

Praktische und medizinische Alternativen zu Fixierung und Sedierung

Prof. Dr. med. Hanns Rüdiger Röttgers M.A., M.A.E.
Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen

Demographie und Demenz

Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare
Unterbringungen

„Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende
Maßnahmen in der Einrichtung

-anlassgebende Erkrankungen und
Verhaltensweisen

-strukturelle Bedingungen

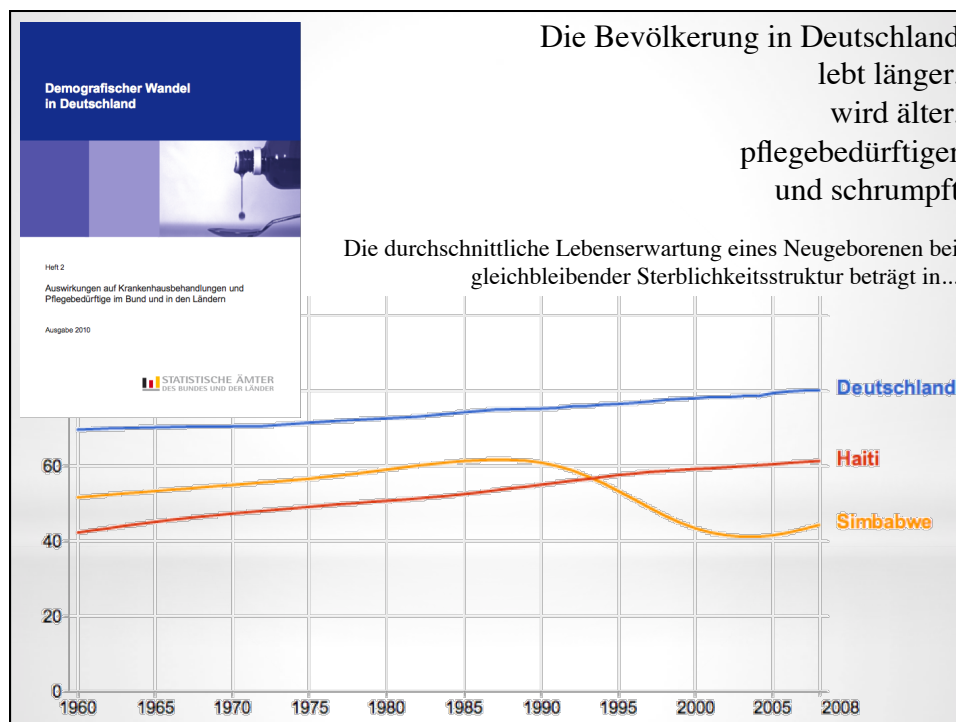
Rechtslage

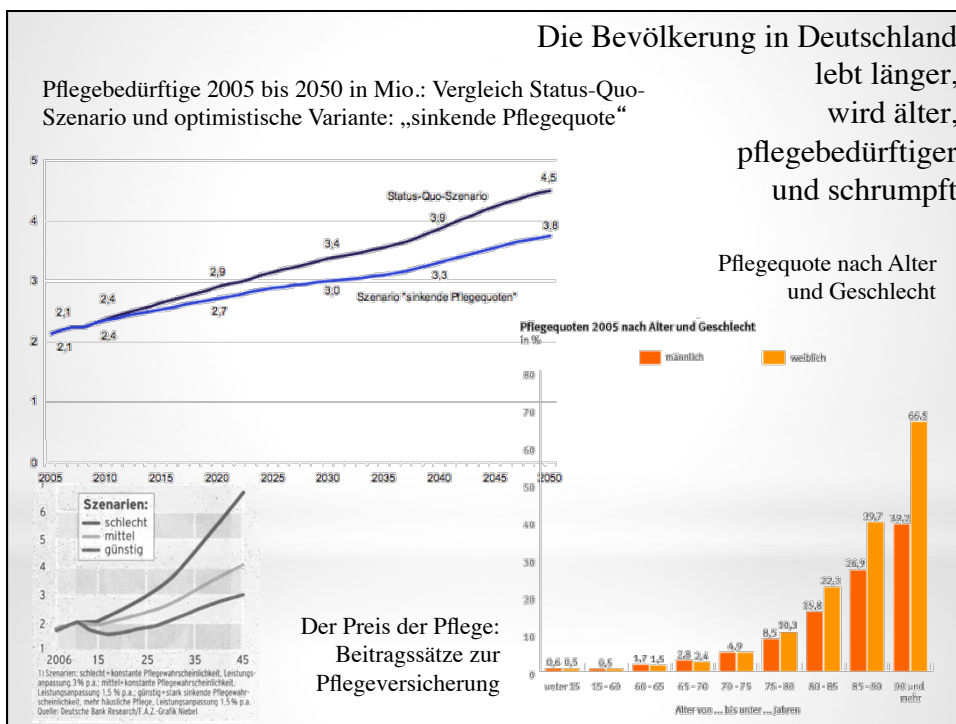
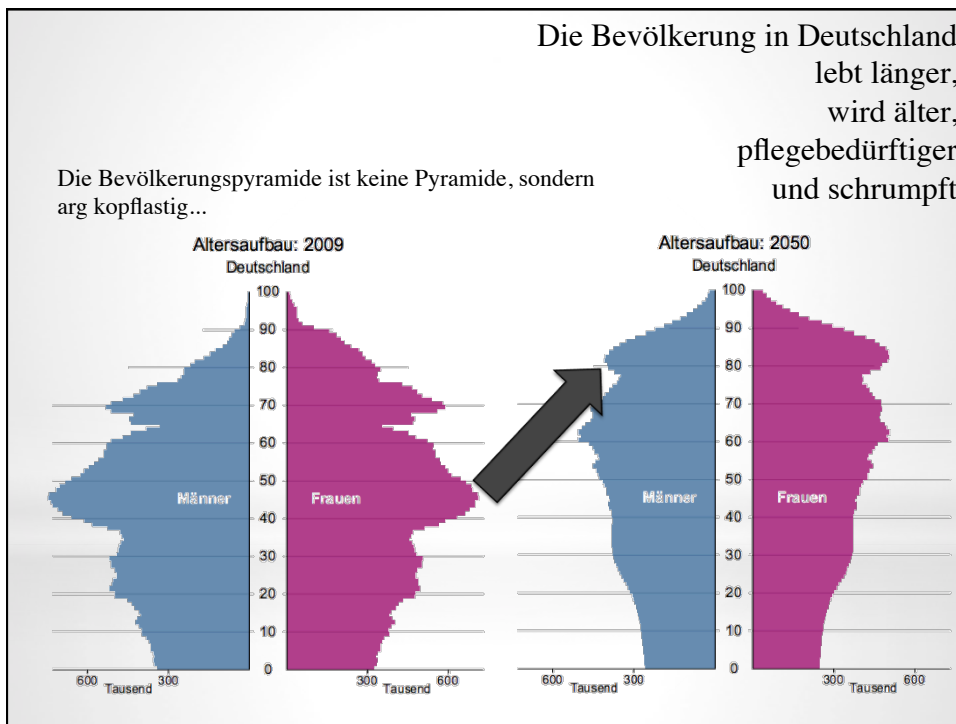
Ethische Bewertung

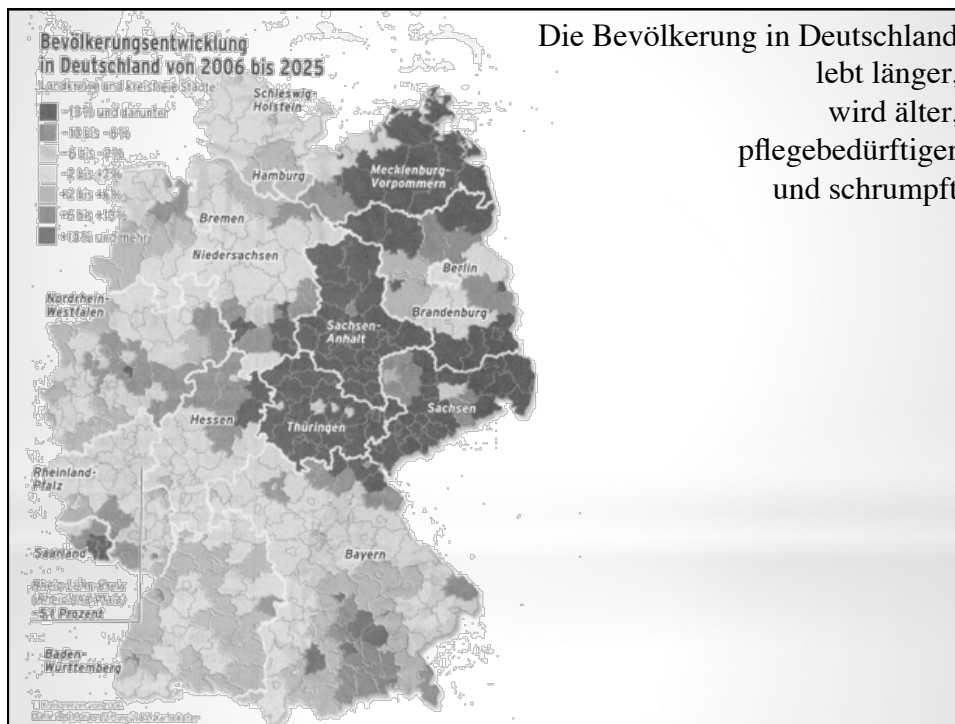
Präventionsideen und Perspektiven

Übersicht

→Demographie und Demenz
 Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.
 Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare
 Unterbringungen
 „Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende
 Maßnahmen in der Einrichtung
 -anlassgebende Erkrankungen und
 Verhaltensweisen
 -strukturelle Bedingungen
 Rechtslage
 Ethische Bewertung
 Präventionsideen und Perspektiven







Die Bevölkerung in Deutschland lebt länger, wird älter, pflegebedürftiger und schrumpft

Spezifische Demenzformen

- * vCJD
- * Chorea Huntington
- * ...

**Alzheimer-Demenz
Senile Demenz vom Alzheimer-Typ**

- * Hohe genetische Komponente
- * Unabhängiger von Lebensstilfaktoren
- * Cholinesterasehemmer bremsen Verschlechterung

**Multiinfarkt-Demenz
Gefäßbedingte Demenz**

- * Hohe Abhängigkeit von Risiko- und Lebensstilfaktoren
- * Oft allgemeinmedizinische und neurologische Komborbidität
- * Keine spezifische Therapieform bekannt, Behandlung der allgemeinen Gefäßerkrankung

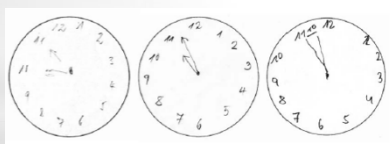
Mischformen von AD und MID

Arten der Demenz

Klinische Symptome und Anamnese

- * Gedächtnisstörung
- * Weitere kognitive Störung
- * Alltagsfähigkeiten beeinträchtigt
- * Länger als 6 Monate
- * Oft Geruchsstörung als Frühsymptom

Einfache testpsychologische Instrumente

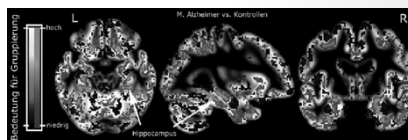


Bei Kombination positiver Befunde kann die „Konversionsrate“ von milder kognitiver Beeinträchtigung zu Alzheimer-Demenz recht sicher vorausgesagt werden (Spez. > 80 %)

Labordiagnostik

* Abeta-Peptid , Phospho-Tau

Alzheimer und gesundes Altern in der MRT



Diagnostik der Demenz

ORIGINAL CONTRIBUTION

Ginkgo biloba for Prevention of Dementia A Randomized Controlled Trial

Soren T. DeKosky, MD
Jeff D. Williamson, MD, MHS
Annette L. Fitzpatrick, PhD
Richard A. Koonin, PhD
Diane G. Ives, MPH
Judith A. Sesson, MD
Omar L. Lopez, MD
Gregory Burke, MD
Michael C. Carlson, PhD
Linda P. Fried, MD, MPH
Lewis H. Kuller, MD, DrPH
John A. Hawkins, MD, MHS
Russell P. Tracy, PhD
Nancy F. Woodard
Ladislau Dunn, MPH
Beth E. Snitz, PhD
Richard L. Nahin, PhD, MPH
Curt D. Furberg, MD, PhD

For the Ginkgo Evaluation of Memory (GEM) Study Investigators

THE PREVENTION OF disabling chronic diseases in elderly individuals is a major clinical and public health goal. Dementia, especially Alzheimer disease (AD), is a prevalent chronic disease currently affecting more than 5 million people in the United States and is a leading cause of age-related disability and long-term care placement.^{1,2} The herbal product Ginkgo biloba is prescribed in some

Context. Ginkgo biloba is widely used for its potential effects on memory and cognition. To date, adequately powered clinical trials testing the effect of G biloba on dementia incidence are lacking.

Objective. To determine effectiveness of G biloba vs placebo in reducing the incidence of all-cause dementia and Alzheimer disease (AD) in elderly individuals with normal cognition and those with mild cognitive impairment (MCI).

Design, Setting, and Participants. Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial conducted in 5 academic medical centers in the United States between 2000 and 2008 with a median follow-up of 6.1 years. Three thousand sixty-nine community volunteers aged 75 years or older with normal cognition (n = 2987) or MCI (n = 482) at study entry were assessed every 6 months for incident dementia.

Intervention. Twice-daily dose of 120-mg extract of G biloba (n = 1545) or placebo (n = 1524).

Main Outcome Measures. Incident dementia and AD determined by expert panel consensus.

Results. Five hundred twenty-three individuals developed dementia (246 receiving placebo and 277 receiving G biloba) with 92% of the dementia cases classified as probable or possible AD, or AD with evidence of vascular disease of the brain. Rates of dropout and loss to follow-up were low (6.3%), and the adverse effect profiles were similar for both groups. The overall dementia rate was 3.3 per 100 person-years in participants assigned to G biloba and 2.9 per 100 person-years in the placebo group. The hazard ratio (HR) for G biloba compared with placebo for all-cause dementia was 1.12 (95% confidence interval [CI], 0.94-1.33, P = .21) and for AD, 1.56 (95% CI, 0.97-2.50, P = .07). G biloba also had no effect on the rate of progression to dementia in participants with MCI (HR, 1.13, 95% CI, 0.85-1.50, P = .39).

Conclusions. In this study, G biloba at 120 mg twice a day was not effective in reducing either the overall incidence rate of dementia or AD incidence in elderly individuals with normal cognition or those with MCI.

Trial Registration. clinicaltrials.gov Identifier: NCT00108033
DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2242

Author Affiliations: University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania (Dr DeKosky, Snitz, Lopez, Nahin, and Woodard); University of Maryland System, Baltimore, Maryland (Dr Williamson); University of North Carolina, North Carolina (Dr Williamson, Burke, and Furberg); and the University of Washington, Seattle (Dr Fitzpatrick and Koonin); Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland (Dr Carlson and Fried); University of California-Davis, Sacramento (Dr Hawkins); University of Vermont, Burlington (Dr Tracy); National Center for Complementary and Alternative Medicine, Bethesda, Maryland (Dr Dunn); and University of Virginia, Charlottesville (Dr DeKosky).

The GEM Study Investigators are listed at the end of this article.

Corresponding Author: Soren T. DeKosky, MD, University of Pittsburgh Medical Center, 3501 Black Mt Rd, Pittsburgh, PA 15261 (soren@pitt.edu).

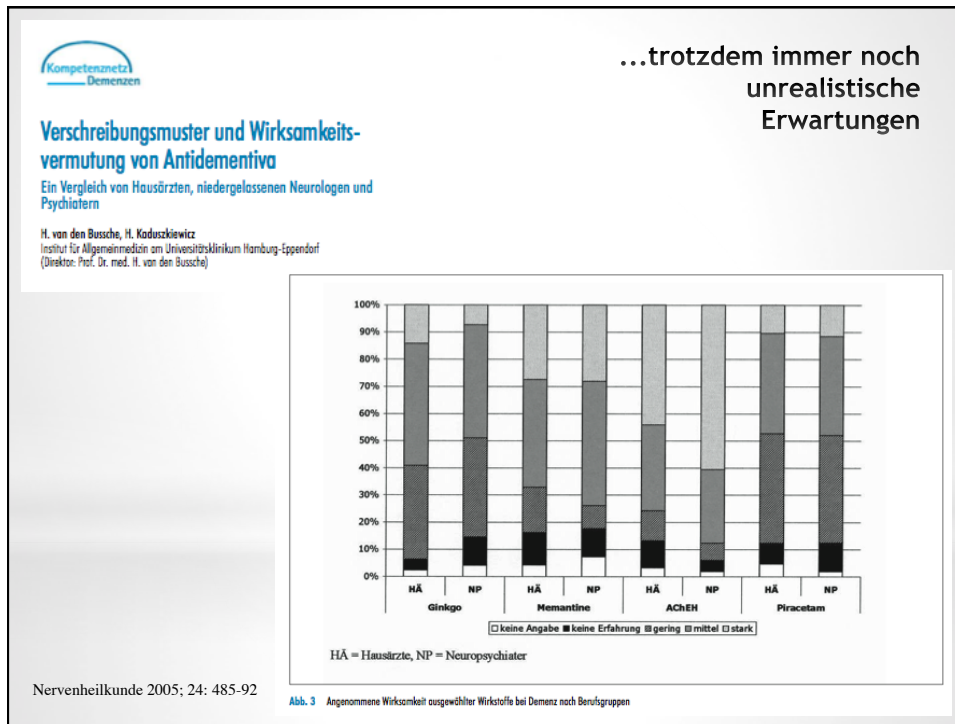
See also p 2306 and Patient Page.

© 2010 American Medical Association. All rights reserved.

Reprinted JAMA, November 19, 2010; 303, No. 19 2293

Downloaded from jama.ama-assn.org by guest on March 6, 2011

Medikamente, Impfungen,
Nahrungsergänzungsmittel:
viele große Hoffnungen,
ebenso viele große
Enttäuschungen:
Antioxidantien
NSAR
Ginkgo
ChE-Hemmer...



Vorsicht: Geschäftemacher

Neue Alzheimer Therapie
 Erste deutsche Stammzellenklinik behandelt Ihren Alzheimer!
www.xcell-center.de/Alzheimer

Verwandte Themen

- ALS
- Alzheimer
- Arthrose
- Chronische Cerebrospinale Venöse Insuffizienz (CCSVI) und Multiple Sklerose
- Diabetes
- Erktionsstörungen
- Frühkindliche Hirnschädigung (Cerebralparese)
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Makula-Degeneration
- Multiple Sklerose
- Parkinson-Krankheit
- Schlaganfall

Die Stammzelltherapie bei Alzheimer

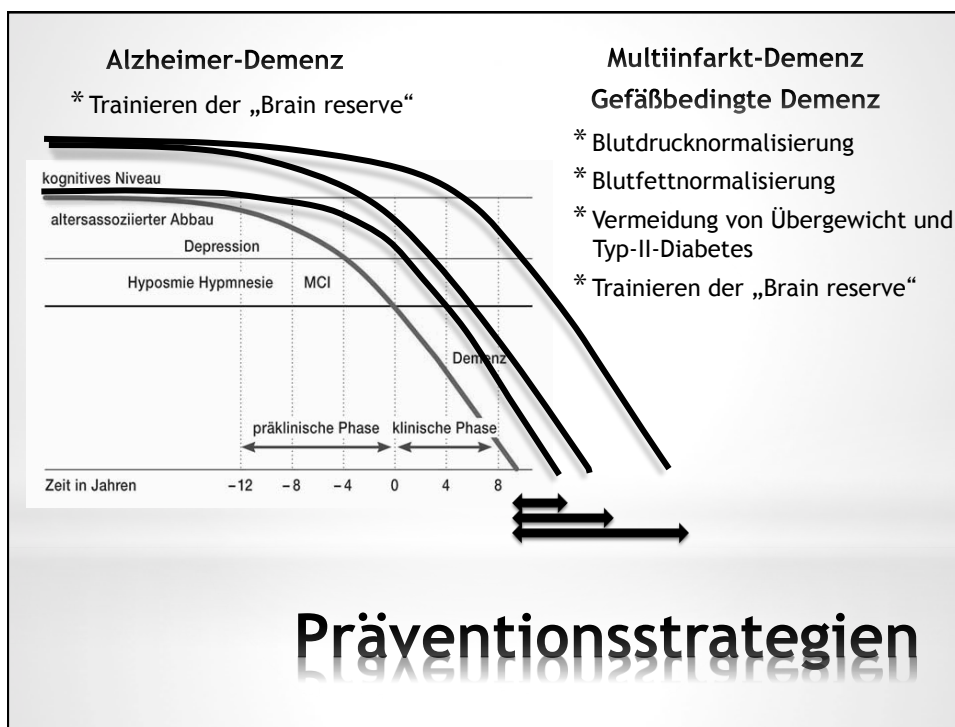
Alzheimer / Demenz
 Alzheimer ist die häufigste Form der senilen Demenz. Die Krankheit verbindet man gewöhnlich mit einem langsamen progressiven Verlust von Nervenzellen und Nervenzellenkontakten. Die Krankheit beginnt schleichend, und die ersten auftretenden Symptome sind Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der Orientierung.

Mit fortschreitender Erkrankung verschlechtern sich die mentalen Fähigkeiten des Erkrankten und die Patienten benötigen nach einigen Jahren Hilfe bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben und können nicht länger alleine leben. Ein für die Familie und die Freunde des Patienten besonders schwer zu verkraftender Aspekt dieser Phase ist, dass der Patient oftmals seine engen Verwandten oder sogar seinen eigenen Lebenspartner nicht mehr erkennt. Menschen, die an Alzheimer erkranken, verlieren schrittweise ihre Persönlichkeit.

Die Ursache der Alzheimer-Erkrankung ist nicht bekannt; jedoch weist das Gehirn eines Alzheimer-Patienten typische mikroskopische Veränderungen auf: extrazelluläre Proteinablagerungen - sogenannte amyloide Plaques - und faserartige intrazelluläre

Kosten
 Die Kosten für eine Stammzellenimplantation mittels der IV-Mannitol betragen 8.495 Euro (inklusive Sedativum/Anästhesie).
 Angiographie inklusive Mannitol: 10.995 (inklusive Sedativum/Anästhesie).
 Angioplastie und Angiographie inklusive Mannitol: 14.500 (inklusive Sedativum/Anästhesie).
 I.V. Mannitol, Angiographie und Angioplastie: 18.500 (inklusive Sedativum/Anästhesie).

GOÄ:
 Beckenkammbiopsie 17,49
 Infusion > 30 Min. 10,49
 Mannitol 8,50



Langzeitstudien zum kognitiven Training bei älteren, nicht dementen Personen: die „Brain reserve“ ist aktivierbar

Study	Intervention condition	Control condition	Initial sample size (n) and type	Follow-up time (months)	Main outcome	Intervention mean change (z-score)	Control mean change (z-score)	Effect size estimate (d.)
Mahncke et al. (2006) [29*]	Computer-based training on several cognitive tasks – 40 sessions of 60 min over 10 weeks	Active contact	162 healthy elders	3	Digit span	0.33	-0.19	0.52
Willis et al. (2006) [30**]	Reasoning training – 10 sessions of 60 min over 5 weeks	No contact	2832 healthy elders	72	IADLs	0.5	0.16	0.34
Oswald et al. (2006) [31]	Paper and pencil training on memory, problem-solving and information processing speed tasks – 30 sessions of 90 min over 30 weeks	No contact	375 healthy elders	72	Composite cognitive score	0.34	0.17	0.18
Derwinger et al. (2005) [32]	Self-generated strategy training – 10 1-h sessions twice a week for 5 weeks	No contact	81 healthy elders	8	Recall of short number sequences	0.77	0.42	0.36
Ozaran et al. (2004) [33]	Diverse cognitive and motor exercises – 3.5-h sessions, twice a week for 1 year	Standard care	84 mixed MCI and dementia	6	ADAS-cog	0.1	-0.15	0.16
Ball et al. (2002) [27]	Information processing speed, memory and problem-solving training – 10 sessions of 60 min over 5 weeks	No contact	2832 healthy elders	24	Information processing speed			0.87
Stigsdotter Newly and Bäckman (1993) [34]	Multifactorial training covering encoding with imagery and method of loci, attentional task exercises and relaxation – 8 weekly sessions	No contact	30 healthy elders	42	Buschke selective reminding test	0.97	-0.19	1.16
Scogin and Bienes (1988) [35]	Manual completion focusing on learning mnemonic skills, increasing encoding time and practice exercises	No contact	27 healthy elders with self-report memory complaints	36	Benton visual retention test	-0.06	-0.31	0.25
							Mean	0.6

Intervention and control z-scores = (post-pre raw scores)/pooled variance. Effect size estimate is Cohen's D = (intervention z-score) – (control z-score). IADL, instrumental activity of daily living; MCI, mild cognitive impairment; ADAS-cog, Alzheimer's Disease Assessment Scale – cognitive subscale.

Source: Curr Opin Psychiatry © 2008 Lippincott Williams & Wilkins

Präventionsstrategien

Demographie und Demenz

→ Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare Unterbringungen

„Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Einrichtung

- anlassgebende Erkrankungen und Verhaltensweisen

- strukturelle Bedingungen

Rechtslage

Ethische Bewertung

Präventionsideen und Perspektiven

Herr M., 80 Jahre, lässt den Herd an, als er im Garten arbeitet. Die Milch kocht über, die Nachbarn haben Angst vor einem Wohnungsbrand. Eine Betreuung wird angeregt. Der Gutachter sieht eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit. Mangels Angehöriger wird ein Betreuer bestellt, der zunächst einen Krankenhausaufenthalt veranlasst. Herr M. lehnt dies ab, fügt sich aber. Ein bisher unbehandelter hoher Blutdruck wird neu eingestellt. Herr M. ist schwindelig, stürzt im KH, erleidet einen Armbruch. Es folgen OP und Verlegung in ein Pflegeheim. Herr M. protestiert laut, ist oft unruhig. Daher wird er medikamentös behandelt, ein Bettgitter verordnet. Der Kreislauf wird labiler, Herr M. gangunsicherer, daher weitgehend immobilisiert. Bei einem Ausgang stürzt er, erleidet einen Oberschenkelhalsbruch. Nach deren OP ist er vollständig bettlägerig, erkrankt an einer Pneumonie und liegt wund. Drei Monate nach der Betreuungsanregung verstirbt Herr M..

Kennen Sie solche Konstellationen ?

Demographie und Demenz

Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

→Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare Unterbringungen

„Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Einrichtung

-anlassgebende Erkrankungen und Verhaltensweisen

-strukturelle Bedingungen

Rechtslage

Ethische Bewertung

Präventionsideen und Perspektiven

Warum werden Betreuungen mit der Folge nicht gewollter Unterbringungen und freiheitsbeschränkender Maßnahmen eingerichtet ?

Sorge vor Eigengefährdung

akut: Desorientierung, körperliche u/o psychische Erkrankungen

chronisch: Vernachlässigung, lebenspraktische Probleme

Sorge vor Fremdgefährdung

KFZ-Nutzung, Brand, Wasserschäden, Hygienemängel...

Grundsätzlich ist das Betreuungsrecht in diesen Konstellationen ein geeignetes Instrument, methodisch wird oft eingeschränkt reagiert („Einweisung hilft immer“), ist aber nicht das mildeste Mittel

Gibt es Alternativen ?

Praktische Alternativen zu Unterbringungen:

Problemkonstellation Eigengefährdung

aufsuchende Behandlung einer evtl. Grunderkrankung

praktische, v.a. hauswirtschaftliche Hilfen, technische Hilfen
(Sturzsensoren mit Meldesystem)

Problemkonstellation Fremdgefährdung

KFZ-Stillegung und ÖPNV-Ticket, Herdwächter, Feuermelder,
Schutzventile im Bad, ggfs. Küchenstillegung und „Essen auf Rädern“

Alle diese Maßnahmen können Verwandte, Freunde,
Bevollmächtigte, sicher auch ein Betreuer veranlassen

Erhalt der Selbständigkeit oft möglich, aber aufwendig und
risikoträchtiger

Demographie und Demenz

Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare
Unterbringungen

→ „Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende
Maßnahmen in der Einrichtung

-anlassgebende Erkrankungen und
Verhaltensweisen

-strukturelle Bedingungen

Rechtslage

Ethische Bewertung

Präventionsideen und Perspektiven

Warum werden freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei Demenzkranken angeordnet ?

1. Angst, Wahn, Unruhe, Aggressivität...oder auch BPSD „Behavioral and psychological symptoms in dementia“: meist für die Umgebung bedeutsamer als die kognitiven Einbussen

Reaktionsweisen:

(ursächlich:) Behandlung von Auslösern und Bedingungen Schmerzen ? Kommunikationshindernisse ? Sonstige psychische Erkrankungen ? (Real-)Angst ? Verhaltensanalytische Fähigkeiten und verhaltenstherapeutische Kompetenzen sind in D selten...

(symptomatisch:) mechanische Fixierung (Bettgitter, Gurt...)und/oder medikamentöse Sedierung

2. Körperliche Gebrechlichkeit, v.a. Sturzrisiko

Vorsicht: häufig durch Situation und Medikation verschärft

Strukturelle Probleme (I)

Medikamenten/Hilfsmittelbudgetierung der Kassenärzte

- moderne, teils nebenwirkungsärmere Medikamente sind ein finanzielles Risiko für den Arzt
- dito "veranlaßte Leistungen" wie Ergo- und Physiotherapie
- Absicherungstendenz, Zeitmangel
- Sektorentrennung: Krankenhaus-/Heimeinweisung entlastet Budget

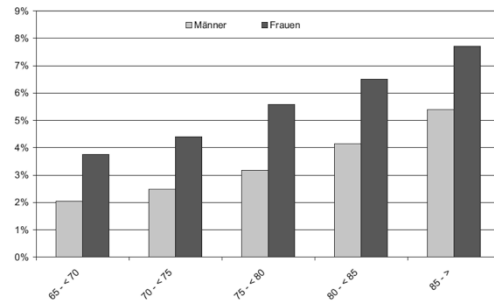
Mangelnde pharmakotherapeutische Kompetenz

- Verordnungspraxis in der Bundesrepublik genügt nicht den Anforderungen der „evidence based medicine“

Pflegeeinrichtungen belastet

- hohe bürokratische Last, Fachkräftemangel, Schnittstellenprobleme mit der ärztlichen Versorgung, Angehörigenerwartung teils unrealistisch
- Fixierung/Sedierung als ungewollte Notlösung

Abbildung 1.1 Anteil älterer Menschen mit Verordnungen von Hypnotika nach Alter und Geschlecht

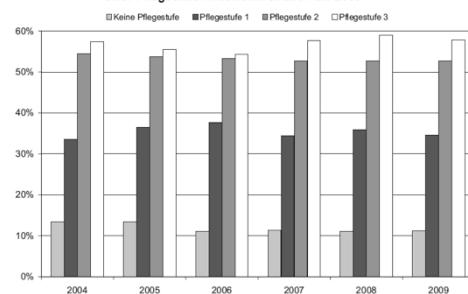


Quelle: Glaeske et al., 2010

Je älter Menschen werden, desto häufiger werden in Deutschland Hypnotika verordnet.

Alle Hypnotika stören Kognition, Koordination und Antrieb, teils provozieren sie bei älteren Menschen paradoxe Effekte (Unruhe !)

Abbildung 3.2.2 Anteil prävalent Demenzerkrankter mit mindestens einer Verordnung eines Neuroleptikums differenziert nach der Zuweisung zu einer Pflegestufe in den Jahren 2004 bis 2009



Die Mehrheit der an Demenz erkrankten Personen in den Pflegestufen 2 und 3 erhält mindestens ein Neuroleptikum, selbst in der PS 1 ist es mehr als ein Drittel.

NL können indiziert sein, werden aber nicht selten unspezifisch eingesetzt und haben UAW, sind z.B. kreislaufwirksam, bewegungsstörend, depressionsfördernd, kognitiv beeinträchtigend -> Teufelskreis

The Risk of Hip Fracture After Initiating Antihypertensive Drugs in the Elderly

Debra A. Butt, MD, MSc, CCFP, FCFP; Muhammad Mandani, PharmD, MPH; Peter C. Austin, PhD; Karen Tu, MD, MSc, CCFP, FCFP; Tara Gomes, MHS; Richard H. Glazier, MD, MPH, CCFP, FCFP
Arch Intern Med. 2012;172(22):1739-1744. doi:10.1001/2013.jamainternmed.469. Text Size: A A A

Article Figures Tables References Comments

ABSTRACT

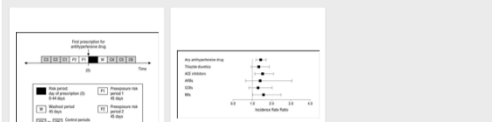
ABSTRACT | METHODS | RESULTS | COMMENT | AUTHOR INFORMATION | REFERENCES

Background Initiating antihypertensive drugs in the elderly has been associated with an immediate increased risk of falls. However, it is unknown whether initiation of antihypertensive drugs (eg, thiazide diuretics, angiotensin II converting–enzyme inhibitors, angiotensin II receptor blockers, calcium channel blockers, or β -adrenergic blockers) is associated with an immediate increased risk of hip fractures.

Methods A population-based, self-controlled case series design using health care administrative databases identifying patients initiating an antihypertensive drug in Ontario, Canada. A cohort of newly treated hypertensive elderly patients was linked to the occurrence of hip fractures from April 1, 2000, to March 31, 2009, to create exposed cases. The risk period was the first 45 days following antihypertensive therapy initiation with control periods before and after treatment in a 450-day observation period. The outcome measure was the first occurrence for a proximal femoral fracture during the risk period. The analysis determined the relative incidence (incidence rate ratio), defined as the hip fracture rate in the risk period compared with control periods.

Results Among the 301 591 newly treated hypertensive community-dwelling elderly patients, 1463 hip fractures were identified during the observation period. Hypertensive elderly persons who began receiving an antihypertensive drug had a 43% increased risk of having a hip fracture during the first 45 days following treatment initiation relative to the control periods (incidence rate ratio, 1.43; 95% CI, 1.19-1.72).

Conclusions Antihypertensive drugs were associated with an immediate increased hip fracture risk during the initiation of treatment in hypertensive community-dwelling elderly patients. Caution is advised when initiating antihypertensive drugs in the elderly.



Das Risiko einer OS-Fraktur bei älteren Patienten steigt in den ersten 6 Wochen nach „Einstellung“ des Blutdrucks um 43 %

Bei älteren Menschen ist eine radikale RR-Senkung allenfalls „Laborwertkosmetik“ mit teils fatalen Folgen

Bewegungseinschränkung führt zu verstärkter Unruhe und kognitiver Verschlechterung: Heime, Pflegedienste, Ärzte und Gerichte als „Demenzbeschleuniger“

[The more physical inactivity, the more agitation in dementia](#)

+ preview

Abstract

Epidemiological studies show a close relationship between physical activity and cognition. A causal relationship between physical activity and cognition has been observed in children, adolescents, older people without dementia, and in older people in a very early stage of dementia. Considering these positive effects, we argue that a decline in physical activity has a detrimental effect on cognition and behavior in patients with dementia. Merely living in a nursing home reduces the level of physical activity. The level of physical activity may even be reduced to a minimum when physical restraints are applied. The use of physical restraints coincides with stress, further aggravating the already existing neuropathology, which may increase stress and agitation even more. Exercise may reduce stress and agitation.

Erik J.A. Scherder, Thorsten Bogen, Laura H.P. Eggermont, Jan P.H. Hamers and Dick F. Swaab

International Psychogeriatrics / Volume 22 / Special Issue 08, pp 1203 -1208

Teufelskreis Bewegungsmangel -> Verschlechterung von Kognition und Kompetenzen -> Unruhe/Verwirrtheit -> Heimeinweisung/Medikation/Fixierung -> weitere Verschlechterung

Strukturelle Probleme (II)

Pauschalierung der Betreuervergütung

- ambulante „Fälle“ oftmals zu aufwendig, stationäre Unterbringung als „Notnagel“

Betreuungsgerichte stark belastet

- Personal hält nicht mit Fallzahlentwicklung stand, Prüfung der jeweiligen Einzelumstände kapazitativ und fachlich schwierig
- kommunale Betreuungsbehörden unterschiedlich ausgestattet
- Gutachtenqualität im Betreuungsrecht oft mäßig

Demographie und Demenz

Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare Unterbringungen

„Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Einrichtung

-anlassgebende Erkrankungen und Verhaltensweisen

-strukturelle Bedingungen und problematische Behandlungsverfahren

→ Rechtslage

Ethische Bewertung

Präventionsideen und Perspektiven

Klare Rechtslage:

Heimbewohner, die nicht selbst entscheiden können, dürfen nicht ohne gerichtliche Genehmigung in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden. Die Zustimmung des Betreuers reicht nicht aus. Bettgitter und Fixierung im Stuhl mit Beckengurt sind freiheitsentziehende Maßnahmen, die eine gerichtliche Prüfung erfordern (BGH XII ZB 24/12).

Problem: Empfehlungen von Professionellen sowie Bedürfnisse von Institutionen und Angehörigen haben oftmals die Tendenz zur Absicherung und Interventionsmaximierung – die normative Bewertung durch das Gericht kann sich dem nur schwer entziehen.

Demographie und Demenz

Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare Unterbringungen

„Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Einrichtung

-anlassgebende Erkrankungen und Verhaltensweisen

-strukturelle Bedingungen und problematische Behandlungsverfahren

Rechtslage

→ Ethische Bewertung

Präventionsideen und Perspektiven

Ethische Bewertung freiheitsbeschränkender Maßnahmen

Vier bioethische Prinzipien nach Beauchamp/Childress

Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit

-hier typischerweise Konflikt zwischen Autonomiebedürfnis und Fürsorgegebot

Prüfungskriterien:

-Eine Einschränkung kann gerechtfertigt sein, wenn ein höherwertiges Gut geschützt wird.

Beispiel: Unterbringung bei akuter Suizidalität, bei akutem Wahnerleben

-Je länger eine Einschränkung verhängt wird, um so höher sind die Ansprüche an deren Rechtfertigung !

-stellt die Einschränkung das mildeste Mittel dar ?

-Das Interesse des Schutzbefohlenen ist maßgeblich, Patient ist Subjekt, nicht Objekt der Abwägung

Konkret: Dienen Sedierung, Bettgitter, Fixierung nicht oft primär der Absicherung des Professionellen/ der Institution und werden mit Patienteninteressen pseudo-objektiviert ?

-Eine Abwägung zwischen Verlust an Lebensqualität und Würde durch die Maßnahme, deren sekundären Folgen und dem abzuwendenden Risiko durch krankheitsbedingte Selbstgefährdung ist erforderlich:

- Zeitperspektive des Lebens und der Erkrankung
- Teufelskreis durch Medikation und Fixierung
- Lebensqualität vs. Dauer

-Was mite ich dem Patienten zu ? Intuitive Prüfung: was würde ich für mich wünschen ? Was weiß ich /wissen die Angehörigen von den Präferenzen und Werten des Patienten ? Ethik-Konsile in Pflegeeinrichtungen ?

Demographie und Demenz

Ein fiktives Fallbeispiel: Herr M. stirbt.

Im Vorfeld der Heimpflege: vermeidbare
Unterbringungen

„Risikofaktoren“ für freiheitsbeschränkende
Maßnahmen in der Einrichtung

-anlassgebende Erkrankungen und
Verhaltensweisen

-strukturelle Bedingungen und problematische
Behandlungsverfahren

Rechtslage

Ethische Bewertung

→ Präventionsideen und Perspektiven