

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 16

Schwerpunkt: Orte des Alters und der Pflege –

Hospitäler, Heime und Krankenhäuser

Herausgegeben von

Elisabeth Lobenwein, Sarah Pichlkastner,

Martin Scheutz, Carlos Watzka und Alfred Stefan Weiß

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2017



Maria Keil

Die Entfesselung der Alten. Bettgitter in den Sicherheitsdispositiven der Pflege

English Title

Untying the Elderly. About the Role of Bedrails for Security in Care Settings

Summary

The use of bedrails in hospitals and nursing homes has been a subject of controversy for decades. However, analysis of the literature about bedrails reveals that the issue of use and misuse of mechanical restraints via bedrails is very complex and cannot be explained by individual factors. It involves several actors in addition to patients: nurses, hospital administration, relatives, doctors, insurance companies, manufacturers, lawyers, and so on. After years of criticism and many injured patients, bedrails are still in common use in hospitals and nursing homes. Consequently, I argue that bedrails are more than just poorly designed, mundane objects; they are integral components of the “apparatus of security” (Foucault): Besides preventing people from falling out of bed – which they may or may not do – they secure specific circulations, such as movements of people and things, in hospital and nursing home settings.

Keywords

Hospital beds, falls out of bed, bedrails, care, apparatus of security, restraints, patient safety, material culture, Western societies, 20th century

Einleitung

Über den Einsatz mechanischer und pharmakologischer Fixierungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen gibt es keinen Konsens. So werden auch Zweck und Nutzen von „Bettgittern“¹ in Pflege, Krankenhausverwaltung, Gerontologie und in angrenzenden bzw. involvierten Disziplinen lebhaft diskutiert und kritisiert. Die Kritik an mechanischen Fixierungen geht bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. In „Treatment of the Insane without Mechanical Restraints“ (1856) setzte sich John Conolly mit alternativen Vorschlägen und Beispielen für das Ende der „grausamen“ Fixierungen ein.² Das Dilemma von Schutz und Sicherheit versus Freiheitsentzug blieb trotz vielfältiger Kritiken jedoch bestehen, und die Frage „Bettgitter: hoch oder runter?“³ konnte, aufgrund sich widersprechender Forschungsergebnisse zum Thema, nicht abschließend beantwortet werden. Frances Healey⁴ und David Oliver nennen in ihrem Beitrag auf der Webseite der „Nursing Times“ (2009) als Grund die Tendenz, Meinung vor Evidenz zu stellen. Bettgitter generell negativ zu bewerten sei schlichtweg falsch; alternative Lösungen zur Sturzprävention seien aufgrund mangelnder Studienergebnisse nicht zu empfehlen.⁵

Besonders für die deutsch- und englischsprachige Bettgitter-Literatur sind bereits etliche systematische Rückschauen veröffentlicht worden.⁶ Ziel dieser analytischen Re-Lektüren war es meistens, festzustellen, unter welchen Umständen Bettgitter eingesetzt werden, ob Bettgitter im Laufe der Zeit öfter oder seltener verwendet wurden, und welche Einrichtungen, Stationen und Patientengruppen besonders betroffen waren. Zudem geht es darum, Maßnahmen zu identifizieren, die den Einsatz der Bettgitter zu vermeiden helfen und dafür Richtlinien zu erarbeiten. Trotz solcher Bemühungen besteht die Fixierungspraxis mittels Bettgitter weiterhin. Dass diese gegenwärtig weniger verbreitet ist, kann als Ergebnis der veränderten Diskurse gewertet werden. Mittlerweile sind mehrere Faktoren identifiziert worden, von denen

-
- 1 Laut Wörterbuch „Psychembel“ ist das Wort Bettgitter nicht korrekt, es müsste „Seitenhalterung“ heißen. *Psychembel Wörterbuch Pflege* (Berlin–New York 2003), 590. Auch im Englischen gibt es die Bezeichnung „safety sides“. Dennoch wird üblicherweise eher der Begriff „bedrails“ verwendet. Frances HEALEY / David OLIVER, *Bedrails, Falls and Injury. Evidence or Opinion? A Review of Their Use and Effects*, online: <http://www.nursing-times.net/roles/nurse-managers/bedrails-falls-and-injury-evidence-or-opinion-a-review-of-their-use-and-effects-/5003512.fullarticle> (letzter Zugriff: 15.04.2016). Ich verwende das Wort Bettgitter, da dies meiner Meinung nach das Wesen dieser Vorrichtung konkreter ausdrückt.
 - 2 Vgl. John CONOLLY, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints* (London 1856).
 - 3 Vgl. James E. LUDLAM, *Bedrails: Up or down?*, in: *The American Journal of Nursing* 57/11 (1957), 1439–1440. Pharmakologische Fixierungen wurden und werden zwar ebenfalls diskutiert, werden im vorliegenden Beitrag aber nicht weiter behandelt. Berücksichtigt wurde nur deutsch- und englischsprachige Literatur.
 - 4 Healey arbeitet für den britischen Gesundheitsdienst NHS und ist dort u. a. Gutachterin für die „National Patient Safety Agency“.
 - 5 Vgl. HEALEY / OLIVER, *Bedrails, Falls and Injury*, wie Anm. 1.
 - 6 Vgl. Barbara L. BRUSH / Elisabeth CAPEZUTI, *Historical Analysis of Siderail Use in American Hospitals*, in: *Journal of Nursing Scholarship* 33/4 (2001), 381–385; Julie FAIRMAN / Mary Beth HAPP, *For Their Own Good? A Historical Examination of Restraint Use*, in: *HEC Forum* 10/3–4 (1998), 290–299; HEALEY / OLIVER, *Bedrails, Falls and Injury*, wie Anm. 1; Cecilia KRÜGER / Gabriele MEYER / Jan HAMERS, *Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43/5 (2010), 291–296; Frances M. HEALEY / Alexandra CRONBERG / David OLIVER, *Bedrail Use in English and Welsh Hospitals*, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 10/57 (2009), 1887–1891.

der Einsatz der Bettgitter abhängt, dazu zählen beispielsweise die Art der jeweiligen Institution oder die nationalen Gesetze und Kulturen. Deutlich wird in der langanhaltenden Debatte auch, dass Bettgitter in einem größeren Kontext begriffen werden, indem z. B. danach gefragt wird, was diese für die Grundrechte oder für die gesamte Bevölkerung bedeuten. Diesbezüglich ist derzeit in Deutschland von juristischer Seite eine verstärkte Beteiligung an den Diskussionen zu bemerken.⁷ Dabei wird klargestellt, dass Fixierungen wie Bettgitter keineswegs als notwendiges Übel zu akzeptieren seien: „Die *Freiheit der Person* aus Art. 2 I, Art. 104 GG stellt ein so hohes Rechtsgut dar, dass sie nur aus besonders wichtigem Grund angetastet werden darf.“⁸ [Hervorhebung im Original]

Das Bettgitter scheint auf den ersten Blick ein ganz banales Ding zu sein: technisch nicht besonders spektakulär, in der Funktion und Handhabung ebenso wenig. Wie ist es möglich, dass ein „einfacher“ Gegenstand aus der alltäglichen Pflegepraxis Generationen von Expertinnen und Experten beschäftigt? Und wie kommt es, dass Bettgitter angewendet werden, obwohl sie massiv gegen geltendes Recht verstoßen, ja sogar für lebensgefährdende Verletzungen verantwortlich gemacht worden sind?⁹

Der vorliegende Beitrag versteht sich als Kommentar auf Basis einer systematischen Lektüre der Bettgitter-Artikel-Schlacht und will keine Handlungsanweisungen für die Pflegepraxis formulieren. Ich werde die Thematik als Diskurs verschiedener Gruppen betrachten, in den Krankenhausverwaltungen, Pflegekräfte, Angehörige, Versicherer, Anwältinnen/Anwälte und Wissenschaftler/-innen involviert sind. Außerdem sollen anhand von Herstellerinformationen einige historische Beispiele von Bettgittern vorgestellt werden. Schließlich möchte ich die Herangehensweise vorstellen, Bettgitter als Sicherheitstechniken innerhalb der Pflege und ihrer Sicherheitsdispositive zu lesen. Bettgitter können als Teile jener Dispositive gelten, die Foucault zufolge aus zahlreichen „Kleinigkeiten“ bestehen, strategisch auf die Bevölkerung zielen und die liberale Gesellschafts- und Wirtschaftsform stabilisieren.¹⁰ Das Benutzen der Bettgitter wird nicht nur von menschlichen Akteuren – schon gar nicht von Einzelnen – bestimmt. Das Handeln unterliegt auch nicht nur den subjektiven Überzeugungen, sondern Bettgitter sind im wahrsten Sinne des Wortes unüberwindbar geworden. Sie sind Bestandteil eines Netzes oder heterogenen Ensembles, dem auch Diskurse, Regelungen und menschliche Akteure angehören. Sie bilden das Gefüge, das als Dispositiv gelten kann.¹¹ Die These lautet daher, dass es sich um strategisch eingesetzte Materialität im Sinne eines Sicherheitsdispositivs handelt.

7 Z. B. von Birgit HOFFMANN / Thomas KLIE, Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis (Heidelberg u. a. 2012).

8 Axel BAUER, Rechtliche Aspekte bei der Pflege und Betreuung bettlägeriger Menschen, in: Gabriele Scholz-Weinrich, Hg., Lebensraum Bett. Bettlägerige alte Menschen im Pflegealltag (Hannover 2015), 112.

9 Das Konzept der „nichtintendierten Technikfolgen“ – vgl. Nina DEGELE, Einführung in die Techniksoziologie (München 2002), 39–56 – greift meiner Meinung nach an dieser Stelle zu kurz, da Produkte und Technologien nicht alleine den Ideen von Ingenieurinnen/Ingenieuren und Designerinnen/Designern entspringen, sondern schon in ihrer Entwicklung und im Entwurf als Teile von (Wissens-)Kulturen, Diskursen und Dispositiven angesehen werden müssen.

10 Vgl. Michel FOUCAULT, Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I. Vorlesungen am Collège de France 1977/1978 (Frankfurt am Main 2006), 74–79.

11 Das Dispositiv besteht aus heterogenen Elementen und hat vorwiegend eine strategische Funktion. Vgl. Michel FOUCAULT, Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit (Berlin 1978), 120.

Die Sicherheitsdispositive

Unter anderem anhand von Stadtplanungen im 18. Jahrhundert und am Beispiel der Stadtgestaltung von Nantes entwickelte der Philosoph Michel Foucault in einer Reihe von Vorlesungen eine Idee davon, was seiner Meinung nach in der „Geschichte der Technologien“¹² als Sicherheitsdispositiv gelten kann. Sicherheitsdispositive sind ihm zufolge Einrichtungen, die juristische und disziplinarische Elemente vereinigen und Sicherheitsräume herstellen. Sie beinhalten eine spezifische Form der Normalisierung, die sich von der in den Disziplinargesellschaften vorherrschenden disziplinarischen Normation unterscheidet.¹³

Sicherheitsdispositive befassen sich mit dem Problem des Aleatorischen: In Stadtplanungen geht es darum, städtische Räume zu entwerfen und dabei noch ungewisse Geschehnisse mit einzubeziehen. Verschiedene unvorhersehbare Ereignisse wie unerkannte Ansteckungsherde, gefährliche Dämpfe und Diebstähle bedrohen potentiell die Freiheit auf den Straßen, auf denen eine unbekannte Anzahl von Fuhrwerken und Passanten unterwegs ist. Diese dafür angewandte „Technik“ oder „Mechanik“ ist, Foucault zufolge, dem Problem der Sicherheit verschrieben, das eigentlich ein „Problem der Serie“ sei. Die Serie bestehe aus zirkulierenden Elementen, deren Anzahl und Auftreten nur in Wahrscheinlichkeiten berechnet werden kann. Diese Elemente müssen strategisch organisiert werden, um die Freiheit des Handels in der Stadt zu sichern. Sicherheitsdispositive sichern die Abläufe im Dienste der logistischen und ökonomischen Interessen einer Stadt.¹⁴ „Die Disziplin richtet sich auf die Körper der Individuen, und die Sicherheit richtet sich auf die Gesamtheit einer Bevölkerung.“¹⁵ Es ist die gesamte Bevölkerung anvisiert, selbst wenn die strategischen Maßnahmen zunächst nur an einzelnen Gruppen ausgeübt werden. Mit Dispositiven organisierte Gesellschaften lösen zwar die Disziplinargesellschaften ab, dennoch verzichten sie nicht auf Disziplinierungen und Regeln, im Gegenteil: Es gibt sogar mehr davon.¹⁶

Ähnlich wie die Stadt muss auch das Krankenhaus organisiert sein und funktionieren, ohne vorab genau zu wissen, welche Ereignisse – Arten von Krankheiten etc. – auftreten werden. Wie viele Betten werden wann und wo gebraucht? Wie viele Patientinnen/Patienten und Besuchende werden kommen? In der Klinik wird seit etwa 1800 versucht, all das systematisch zu kontrollieren und zu organisieren – ähnlich wie Foucault es für die Stadt beschreibt.

Wie in der Stadt und im Gefängnis kommt auch im Krankenhaus die Disziplin ins Spiel: Sie gestaltet den Raum architektonisch und verteilt die Elemente.¹⁷ Im Falle der Betten heißt dies: „jedem Individuum seinen Platz und auf jeden Platz ein Individuum“¹⁸ – ergo Einzelbetten.

12 Vgl. FOUCAULT, Sicherheit, wie Anm. 10, 23.

13 Vgl. ebd., Foucault benennt vier „allgemeine Züge jener Sicherheitsdispositive“, ebd., 26 f. Zu den Unterscheidungen von Norm, Normation und Normalisierung bezogen auf die Disziplinarmechanismen im Unterschied zu den Dispositiven siehe ebd., 88–98.

14 Vgl. ebd., 36–44.

15 Ebd., 27.

16 Die Sicherheitstechnologie wird „installiert, indem sie sich im Innern ihrer eigenen Taktik juristische Elemente, disziplinarische Elemente zu eigen macht und in Gang setzt, manchmal sogar indem sie sie vervielfältigt“. Ebd., 23.

17 Vgl. ebd., 35, 39.

18 Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1991), 183.

Den Ort, an dem die Zirkulation der Ereignisse und Elemente zustande kommen kann, nennt Foucault das „Milieu der Sicherheitsdispositive“.¹⁹ Im Krankenhaus, das als ein solches Milieu betrachtet werden kann, sind alle Wege optimiert, Ansteckungen sollen vermieden werden; es ist alles auf den Fall X vorbereitet.²⁰ Welche Rolle spielen dabei nun konkret die Bettgitter, deren Verwendung in Pflegeeinrichtungen ebenso üblich ist wie in Krankenhäusern?

Die Bettgitter-Diskurse

Bettgitter, so wurde des Öfteren festgehalten, sind das am häufigsten angewandte Mittel in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, um das Aus-dem-Bett-Fallen und damit Verletzungen zu vermeiden.²¹ Sie stehen aber aus verschiedenen Gründen auch in der Kritik: Besonders ältere Erwachsene, und damit die größte Gruppe der Krankenhauspatientinnen und -patienten, geraten durch sie in eine „Abwärtsspirale“: Die Einschränkung ihrer Mobilität aus Sicherheitsgründen führt dazu, dass Patientinnen und Patienten die Fähigkeit verlieren, sicher zu gehen. Aufgrund dessen entwickeln sie Ängste zu stürzen und vermeiden daraufhin Bewegungen; sie bleiben sitzen oder liegen. Der Fokus auf die Sturzvermeidung scheint den Einsatz physischer Restriktionen wie Bettgitter zu rechtfertigen.²² Die Möglichkeit, dass Unfälle passieren, ist im Sinne Foucaults ein aleatorisches Element, dem mithilfe von Bettgittern begegnet werden kann.

Juridische Elemente sind in die Problematik der Bettgitter involviert und entscheiden über die Gestaltung der Sicherheitsräume mit: Vor allem in den USA beeinflussten gerichtliche Entscheidungen, dass der Einsatz der Bettgitter befördert wurde. Auch in Deutschland gab es Bestrebungen von Krankenkassen, Bettgitter durchzusetzen, die durch gerichtliche Urteile gestützt wurden:

„Es gab bereits in der Vergangenheit eine Häufung von Verfahren, in denen Kranken-/Pflegekassen versucht haben, Krankenhäuser und Pflegeheime mit der Begründung in Regress zu nehmen, dass sie das erforderliche Anbringen eines Bettgitters unterlassen haben und es so zu einem Sturz gekommen ist, der zu Verletzungen und erheblichem Pflegemehraufwand geführt habe.“²³

Fixierung durch Bettgitter, Bettische, Bauchgurte oder zu hohe Betten bedeutet nicht nur Schutz, sondern auch Freiheitsentzug. Als Fixierungen oder freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) gelten:

19 FOUCAULT, Sicherheit, wie Anm. 10, 40.

20 Das Krankenhaus wird aufgrund des Ineinandergreifens von (medizinischen, technischen u. a.) Teams, der physischen Umgebung und der vorhandenen Technologien auch als „sicherer Raum“ angesehen, siehe: Alice STREET / Simon COLEMAN, Introduction. Real and Imagined Spaces, in: Space and Culture 15/1 (2012), 4–17, hier 11.

21 U. a. HEALEY / CRONBERG / OLIVER, Bedrail Use, wie Anm. 6, 1887.

22 Vgl. Marie BOLTZ u. a., Activity Restriction vs. Self-direction. Hospitalised Older Adults' Response to Fear of Falling, in: International Journal of Older People Nursing 9/1 (2014), 44–53.

23 Maximilian GASSNER / Jens M. STRÖMER, Krankenhausbetten. Stürzen, Fallen und kein Ende – Bodennahe Lagerung als einfacher Ausweg?, in: Medizinrecht 33/4 (2015), 252–257, hier 253.

„Mittel, Materialien oder Applikationen, die am Körper oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht sind und von der entsprechenden Person nicht selbständig entfernt oder kontrolliert werden können und diese Person absichtlich davon abhalten, freie Körperbewegungen in eine Position ihrer Wahl vorzunehmen. Bettgitter sind explizit einbezogen, wenn sie beidseitig angebracht sind bzw. [...] den Ausstieg aus dem Bett unmöglich machen.“²⁴

Dieser Aspekt wird vermehrt von Juristinnen und Juristen erörtert. In der kürzlich erschienenen Publikation „Lebensraum Bett“ beleuchtet beispielsweise der Richter Axel Bauer die rechtliche Seite der Bettlägerigkeit im Pflegealltag. Er meint, die Schutzbedürftigkeit bettlägeriger Menschen sei offensichtlich, weil diese nur erschwert oder gar nicht in der Lage seien, ihre Würde und ihre Interessen entgegen den FEM zu vertreten und zu verteidigen.²⁵

Das Bewusstsein für die Tragweite der FEM tritt in der Literatur seit der Jahrtausendwende verstärkt hervor. Unter anderen befassen sich die amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen Julie Fairman und Mary Beth Happ mit den Hintergründen der Fixierungen durch Bettgitter. Diese seien in der jahrhundertealten Verwahrungspraxis der Irren- und Armenhäuser verwurzelt. Die philanthropischen Reformer/-innen hätten die Meinung vertreten, Fixierungen seien notwendige Maßnahmen für die in ihren Augen im angemessenen Verhalten ungeübten Bewohner/-innen und Patientinnen/Patienten. Interessant ist hierbei ihre durch die Literatur gestützte Erkenntnis, dass vor allem alte Frauen von Fixierungsmaßnahmen betroffen sind.²⁶

Die Pflegewissenschaftlerinnen Barbara Brush und Elizabeth Capezuti unternahmen ebenfalls eine sozialhistorische Untersuchung, die sich mit dem Einsatz der Bettgitter in den USA befasst. Sie stellen fest, dass diese im Verlauf des 20. Jahrhunderts fest in die Pflegepraktiken integriert worden sind. Zunächst seien Bettgitter bei Erwachsenen nur temporär eingesetzt worden und noch nicht fest an Betten installiert. Erst im Laufe der Zeit habe sich die zentrale Funktion des Bettes von Komfort zu Sicherheit gewandelt. Die Autorinnen heben besonders die Rolle der Pflegekraft hervor, die zur Aufsicht über die Ordnung am und im Bett verpflichtet sei. Auch die Höhe der Betten sei für diese Aufgaben angepasst, wobei hingenommen würde, dass es dadurch für Patientinnen und Patienten erschwert wird, aus dem Bett aufzustehen.²⁷

Die Debatten um Fixierungen lassen ein grundlegendes Dilemma in der Pflege besonders hervortreten: Wie kann gute Pflege in einer alternden Gesellschaft in Zeiten des technologischen Fortschritts und des gesteigerten Sicherheitsbedürfnisses gelingen? Viele zeitgemäße Behandlungsformen, so heißt es, würden mit einem Verlust an Autonomie, Handlungsfähigkeit und Würde einhergehen, obwohl sie als Techniken zur Pflege, Sorge und Sicherheit konzipiert seien.²⁸

24 KRÜGER / MEYER / HAMERS, Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen, wie Anm. 6, 291.

25 Vgl. BAUER, Rechtliche Aspekte, wie Anm. 8, 105.

26 Vgl. FAIRMAN / HAPP, For Their own Good?, wie Anm. 6. Es gibt allerdings auch Studien, die keinen altersbedingten Effekt beim Einsatz von Bettgittern für Menschen über 65 Jahre feststellen, siehe u. a. HEALEY / CRONBERG / OLIVER, Bedrail Use, wie Anm. 6, 1890.

27 Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6.

28 Vgl. FAIRMAN / HAPP, For Their Own Good?, wie Anm. 6, 295 f.

Das Aus-dem-Bett-Fallen mit mechanischen Einrichtungen verhindern?

Anhand von Abbildungen aus Herstellerkatalogen und Werbeanzeigen werden im Folgenden Strategien dargestellt, die das Aus-dem-Bett-Fallen verhindern sollen. Die in Abbildung 1 vorgestellten Bettenmodelle stammen aus dem Katalog der *Ebefa* (Erste Berliner Eisenmöbel-Fabrik) von 1925.²⁹ Es handelt sich um „Bettstellen“ für Jugendliche, die halbhohes Seitengitter haben, die herunterklappbar sind.

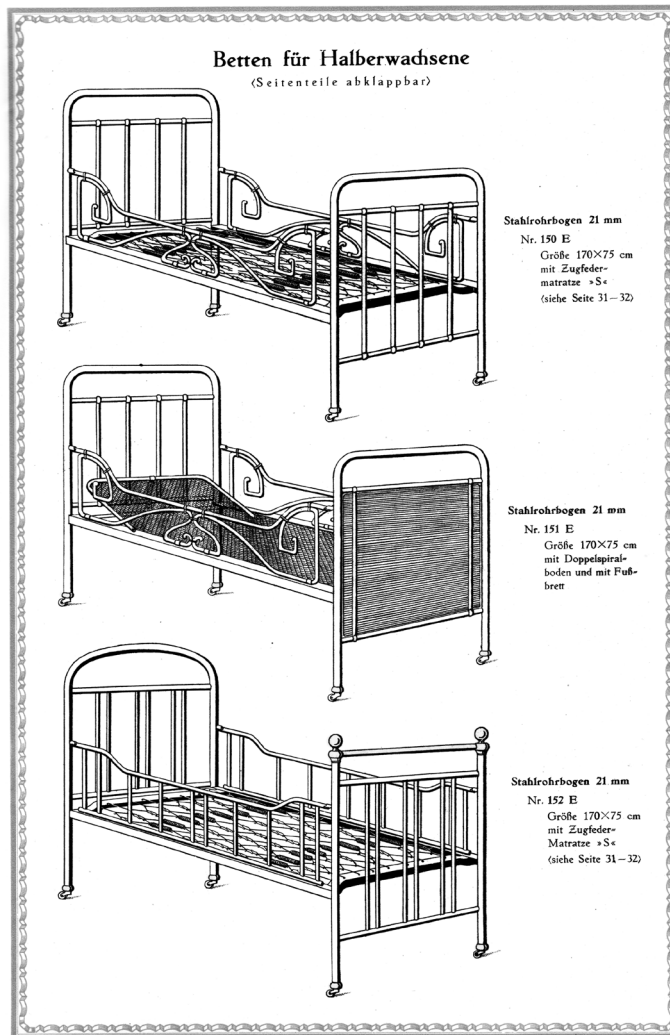


Abb. 1: „Betten für Halberwachsene“ *Ebefa-Eisenmöbel* Produktkatalog (Berlin 1925)

²⁹ Die hier vorgestellten Abbildungen stammen z. T. aus Katalogen, die mir freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden von Werner Beckers, einem ehemaligen Mitarbeiter bei *L. & C. Arnold* in Kempen (Rhein).

Zu vermuten ist, dass die Gitter primär das Herausfallen der Kinder und Jugendlichen während des Schlafens verhindern sollen. In Anlehnung an Marcel Mauss, der das Schlafen an sich zu den Körpertechniken zählte, kann hier argumentiert werden, dass das Schlafen in einem Bettgestell erst erlernt werden muss.³⁰ An die jeweiligen Dimensionen eines Bettes müssen sich Menschen erst gewöhnen. Zu einem Verbleib im Bett und in bestimmten Positionen müssen sie sich disziplinieren bzw. werden sie durch Bettgitter diszipliniert.

Um 1900 wurden bestimmte Patienten-Gruppen in Holzkästen auf vier Beinen verwahrt: Die Berliner Firma *Primissima* bot eine „Große Krampfkastenbettstelle“ unter der Rubrik „Spezial-Bettstellen für Irrenhäuser“ (Abb. 2) an. Es handelt sich um das Modell „Buch, Herzberge“. Obwohl dieses Kastenbett brutal anmutet, ist es als sicherer Raum für die Integration krampfender Personen in den Klinikalltag gestaltet. Die Idee dahinter ist der Schutz der Patientinnen und Patienten und der Umgebung vor unkontrollierten Bewegungen.

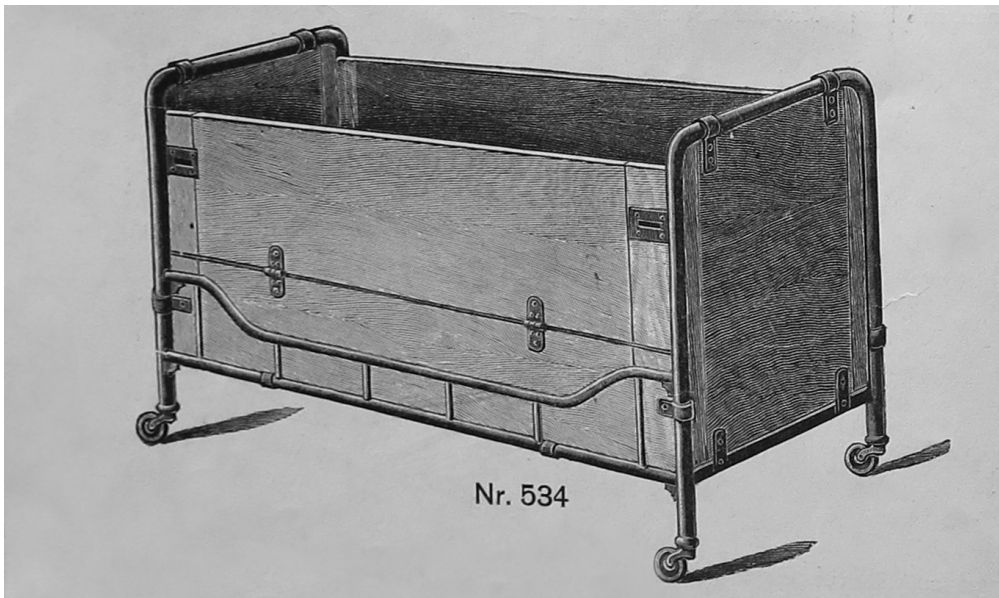


Abb. 2: „Modell: Buch, Herzberge – Große Krampfkastenbettstelle“ *Primissima* Produktkatalog 126 (Berlin o. J.)

30 Vgl. „Techniken der Kindheit“ in: Marcel MAUSS, *Soziologie und Anthropologie*, Bd. 2: Gabentausch, Soziologie und Psychologie, Todesvorstellung, Körpertechniken, Begriff der Person (Frankfurt am Main 1989), 211.

Ein besser einsehbares Bett in Form eines leichten Stahlrohrgestells, mit etwas erhöhten Seitenteilen und Möglichkeiten zur Fixierung, findet sich in Katalogen des Kemptener Eisenmöbelwerks *L. & C. Arnold* (Abb. 3). Die höheren Seitenteile erscheinen sinnvoll, um das Herausrutschen der Matratzen und des Bettzeugs zu verhindern. Allerdings dienen diese, als „Bettstelle für Irrenanstalten usw.“ ausgewiesenen Bettgestells, ebenfalls dazu, dort Fixierungen durch Bänder, Gurte und Jacken anzubringen.

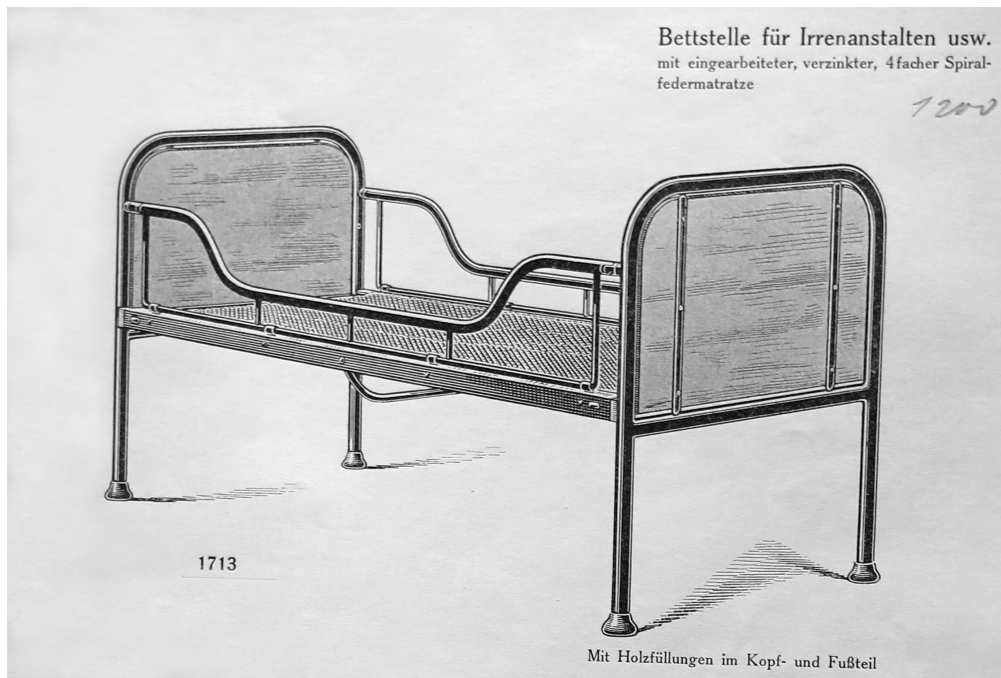


Abb. 3: „Bettstelle für Irrenanstalten usw.“ *L. & C. Arnold* Produktkatalog (1911)

Bettgitter als zusätzliches Equipment, die bei Bedarf an ein Standardbett montiert werden (Abb. 4–8), sind in Katalogen mindestens seit den 1930ern bis in die 1970er Jahre zu finden.

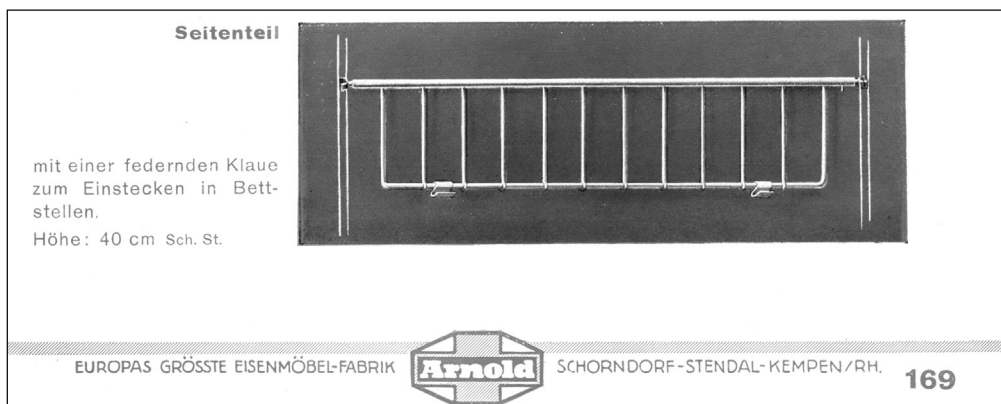


Abb. 4: „Seitenteil“ *L. & C. Arnold* Produktkatalog 31 (1931)

Diese Art von Bettgittern ist seitdem so häufig eingesetzt worden, dass Constance Haigh und J. M. Hayman 1936 ihre Untersuchung – eine der ersten Studien zu Stürzen im Krankenhaus (Cleveland, USA) –, auf Basis von 116 Vorfällen, die in Verbindung mit dem Bett standen, durchführen konnten. Darin tritt ein deutlicher Widerstand der Patientinnen und Patienten gegen Bettgitter zutage: In 31 % der Stürze hatten nicht zusätzlich fixierte Patientinnen und Patienten versucht, über die Bettgitter zu klettern. In weiteren 7 % hatten sie sich vorher von Fixierungen befreit und waren dann über die Bettgitter geklettert. Obwohl die Bettgitter offensichtlich weder allein noch in Verbindung mit weiteren Fixierungen wirksamen Schutz vor Stürzen boten, kamen Autor und Autorin (Arzt und Krankenschwester) zu dem Schluss, dass Bettgitter eine wirksame Maßnahme seien, um „die Widerspenstigen gefügig zu machen“.³¹

Während nachfolgender Entwicklungen, in denen sich das Krankenhaus als sicherer Ort etablierte, wobei Versicherungsunternehmen wichtige Kooperationspartner waren, wurde die Sicherheitsfunktion der Bettgitter weiter manifestiert: In den 1940er Jahren kam es in den USA zu mehreren gerichtlichen Auseinandersetzungen, bei denen Patientinnen und Patienten das Krankenhaus bzw. die Pflegenden verklagten, nachdem sie sich bei Stürzen im Krankenhaus schwer verletzt hatten. Die Gerichte gingen davon aus, dass die Stürze und damit die Verletzungen hätten verhindert werden können, wenn Bettgitter eingesetzt worden wären. Diese Urteile wurden in den folgenden Jahrzehnten wiederholt bestätigt. Krankenhausverwaltungen waren daher mehr darauf bedacht, sich ausreichend und schnell mit diesen Sicherheitstechniken auszurüsten.³² In einer Anzeige von *Hard* (Abb. 5) aus der Zeitschrift „Hospitals“ (1952) eilt ein Vertreter mit einem Bettgitter und einem Aktenkoffer ins Krankenhaus, um in dieser Frage auszuhelfen: „He’s thinking of helping you solve a safety problem.“³³

Auch Thomas Weil und Henry Parrish³⁴ machten in ihrer Studie von 1958 die Pflegenden und geeignetes Equipment für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten verantwortlich und plädierten für den Einsatz von Bettgittern:

„to prevent falls from bed, the nurse should make certain that the patient’s bedside table is close enough so that he [sic] doesn’t have to lean out of bed to reach for objects. Also, it is her [sic] responsibility to see that bedrails are securely fastened to prevent the patient from falling out of bed.“³⁵

31 BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6, 382, beziehen sich auf die Studie von Constance HAIGH / J. M. HAYMAN, Why They Fell out of Bed, in: *Modern Hospital* 47/6 (1936), 45. Zitat ebd., „rendering the obstinate docile“ [Übers. Keil].

32 Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6, 383 f; GASSNER / STRÖMER, Krankenhausbetten, wie Anm. 23, 252 f.

33 Anzeige von *Hard Manufacturing Co.* „Here Mr. Administrator...“, in: *Hospitals* 26 (1952), 18.

34 Zur Zeit der Studie arbeitete Thomas P. Weil in der Verwaltung des Mount Sinai-Krankenhauses und Henry Parrish war Stipendiat an der Universität von Pittsburgh. Der Artikel war Teil eines M.P.H. Abschlusses im Fach Public Health der Yale University.

35 Thomas P. WEIL / Henry M. PARRISH, How Did It Happen? An Analysis of the Causes of 2036 Patient Accidents at New York’s Mount Sinai Hospital, in: *Hospitals* 32 (1958), 43–48, hier 48.



HERE, MR. ADMINISTRATOR . . .
comes news . . . hot off the assembly line!

Tucked under his arm is a brand new piece of hospital equipment that you will want to see. In this case, it is HARD'S revolutionary, new Dual Purpose Safety Side—designed to furnish rigid support to ambulatory patients getting in and out of bed . . . as well as security to patients who are semi-conscious or under sedation.

This man is your hospital supply dealer's salesman! He has a vast amount of information about new products . . . information that he gathers from many sources, many manufacturers.

This trip he's carrying a HARD product. He's thinking of helping you solve a safety problem. However, he could just as well be carrying a new forceps . . . or an improved sutures . . . or a more efficient detergent.

That's why HARD sells exclusively through hospital supply dealers. HARD believes that a salesman must know the entire hospital equipment field before he can do a helpful job of selling.

See this Safety Side and other Safety-Engineered equipment at Booth 505, AHA Convention, Sept. 15-18.



122 Tonawanda St.

Buffalo 7, N. Y.

Abb. 5: Anzeige *Hard Manufacturing Co.*, in: *Hospitals* 26 (1952), 18

In ihren Untersuchungen von 2.036 Unfällen in den Jahren 1954–56 am New Yorker „Mount Sinai Hospital“ stellten Weil und Parrish fest, dass der größte Teil der Unfälle im Krankenhaus am bzw. im Umkreis des Bettes stattfanden (65 %). Daraus schlossen sie, dass Krankenhausbetten und damit verbundenes Equipment – Bettgitter und Bettische – neu gestaltet werden müssten, um Unfälle zu vermeiden.³⁶ Aus den Ergebnissen der oben zitierten Studie von Haigh und Hayman – die Unfälle thematisiert, die geschehen, obwohl Bettgitter hochgestellt sind – leiteten Weil und Parrish ab, dass die eingesetzten Bettgitter aufgrund des schlechten Designs ineffektiv waren bzw. zusätzliche Fixierung dieser Patientinnen und Patienten nötig gewesen wäre.³⁷

Der amerikanische Hersteller für Krankenhausbetten *Hill-Rom* integrierte die Ergebnisse von Weil und Parrish in ein Equipment-Handbuch für Pflegekräfte sowie in einschlägige Werbeanzeigen. Darin warb *Hill-Rom* u. a. mit dem Aufruf: „Reduce bedfalls! By equipping all beds with Hill-Rom Safety Sides.“³⁸

Etwa seit den 1960er Jahren gibt es (zunächst in den USA) Bettgitter, die am Bett verbleiben und bei Bedarf hinauf oder herunter gestellt werden. Bettgitter, die sich über die volle Bettlänge erstrecken, gelten als die sichersten und werden daher mehrheitlich eingesetzt. Einige Firmen, wie *Hard* oder *Hill-Rom*, propagierten auch geteilte Bettgitter, die als Ausstiegshilfe für Patientinnen und Patienten gedacht waren.³⁹ Ausziehbare Teleskop-Bettgitter sollten den verschiedenen Ansprüchen gerecht wurden, indem sie auf zwei Längen einstellbar waren: entweder auf die volle Länge oder mit einem Ausgang für Patientinnen und Patienten. „Quickly raised or lowered by nurse and lock securely in either of two height positions.“⁴⁰

36 Vgl. ebd., 45.

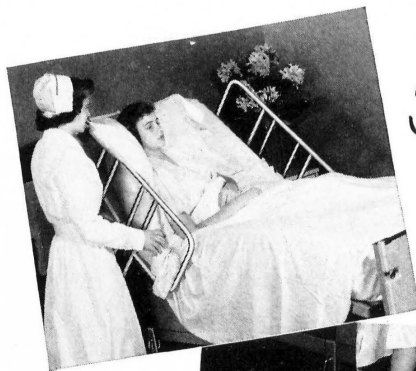
37 Vgl. ebd.

38 Anzeige von *Hill-Rom* „Reduce bedfalls!“, in: *The Modern Hospital* 94/1 (1960), 140.

39 Das „Hilow Bed“ wurde von *Hill-Rom* u. a. in: *Hospitals* 31/16 (1957), 99 beworben. Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, *Historical Analysis*, wie Anm. 6, 383.

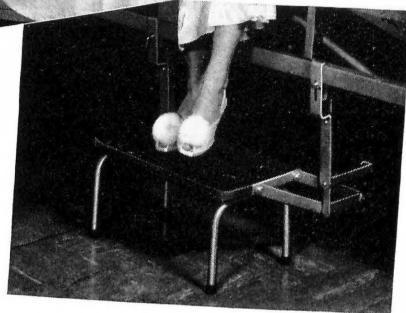
40 Anzeige von *Simmons Company* „What Kind of Side Rails Do You Want?“, in: *The Modern Hospital* 94/6 (1960). Teleskop-Bettgitter wurden u. a. auch von *Evered & Co.* und *Joh. Stieglmeyer* angeboten.

two new Hill-Rom firsts



*Safety
Side*

*Safety
Step*



to help reduce bed falls

Both of these new Hill-Rom safety items can be used on any hospital bed—wood or metal. The Safety Side is attached to the head-end of the bed, and does not interfere with use of overbed table, nor with making up the bed. Above illustration shows its use for a cardiac case, enabling the patient to rest or sleep in an almost-sitting position.

The Safety Step is easily attached to either side of the bed, and may be easily raised out of the way with a touch of the toe when doctor or nurse is working at the bedside. With this new step the entire weight is carried on the floor—there is no strain on the side rail of the bed. Write for illustrated literature and complete information.



The new Hill-Rom Safety Side weighs only 7 lbs., can be easily attached and adjusted by even a small nurse.

HILL-ROM COMPANY, INC., BATESVILLE, IND.

Furniture for the Modern Hospital

Abb. 6: Anzeige Hill-Rom Company, Inc., in: Hospitals 26 (1952), 139

Die Integration der Bettgitter in pflegerische Routinen

Ein Grund, wieso Bettgitter in die Pflege integriert wurden, lag im „Schwesternmangel“ der 1950er Jahre, der noch in den 1960ern und 1970ern anhielt und Manager/-innen und Ingenieurinnen und Ingenieure als Begründung diente, pflegerische Arbeitsabläufe stark zu rationalisieren.⁴¹ Bei der Fülle der Aufgaben, der hohen Anzahl der zu Betreuenden und den neuen Krankenhäusern, die nun nicht mehr aus großen und auf einen Blick zu überschauenden Sälen, sondern aus Ein-, Zwei- oder Drei-Bett-Zimmern bestanden, waren Bettgitter ein Ersatz für die „wohltätige“ Aufsicht⁴² oder einfach nur die einzige praktikable Lösung für Pflegende.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass Hersteller das Argument der Zeitersparnis – „a real time-saver for your busy staff!“⁴³ – für den Kauf von Bettgittern anführten. In einer Anzeige der *Royal Hospital Furniture* (Abb. 7) aus dem Journal „The Modern Hospital“ von 1960 heißt es: „for free access and easy housekeeping“. Mit einem „fingertip“ seien die Bettgitter verstellbar.⁴⁴

In den „Mitteilungen“ der deutschen Firma *Joh. Stieglmeyer* erzählen fiktive Kurzgeschichten mit „Schwester Maria“ von den Vorteilen der Produkte im Sinne der Arbeits- und damit Zeitersparnis. So heißt es 1957 betreffend der Seitengitter:

„Schwester Maria ist eine alte, erfahrene Pflegeschwester, aber als dieser Tage Lernschwester Anni zu ihr kam und berichtete, der Patient Mayer von Zimmer 217 sei so unruhig, daß er fast aus dem Bett gefallen sei, da wußte sie im Augenblick keinen Rat. [...] Schwester Maria würde von diesen Seitengittern begeistert sein, und selbst die Verwaltung hätte nichts gegen einen Kauf dieser Hilfsgeräte einzuwenden, denn sie sind im Hinblick auf die Arbeitersparnis und Rentabilität äußerst preiswert.“⁴⁵

Krankenhausmöbelhersteller hielten an Bettgittern fest bzw. erklärten sie sogar zum Standard-Zubehör. Falls nötig, helfen sie, den Bewegungsraum bestimmter Patientinnen und Patienten auf das Bett zu beschränken. *Joh. Stieglmeyer* eröffnete 1977 die Bewerbung „Zwei neue Stieglmeyer-Seitengitter“ mit dem Satz: „Seitengitter am Krankenbett sind ein wichtiges Zubehör, wenn es darum geht, unruhige Patienten an einem Verlassen des Bettes zu hindern.“⁴⁶

41 Vgl. BRUSH / CAPEZUTI, Historical Analysis, wie Anm. 6, 383.

42 Vgl. Howard S. RUBENSTEIN u. a., Standards of Medical Care Based on Consensus Rather than Evidence. The Case of Routine Bedrail Use for the Elderly, in: Law, Medicine & Health Care. A Publication of the American Society of Law & Medicine 11/6 (1983), 271–276, hier 273.

43 Anzeige von *Royal Metal Manufacturing Company* „for protection ... plus freedom!“, in: The Modern Hospital 94/5 (1960), 181.

44 Anzeige von *Royal Hospital Furniture* „Combine Protection with Freedom!“, in: The Modern Hospital 95/5 (1960), 213.

45 Schwester Maria und ein unruhiger Kranker. Neue praktische Seitengitter, in: Stieglmeyer Mitteilungen 8 (1957).

46 Zwei neue Stieglmeyer-Seitengitter, in: Stieglmeyer Mitteilungen 34 (1977), 40.

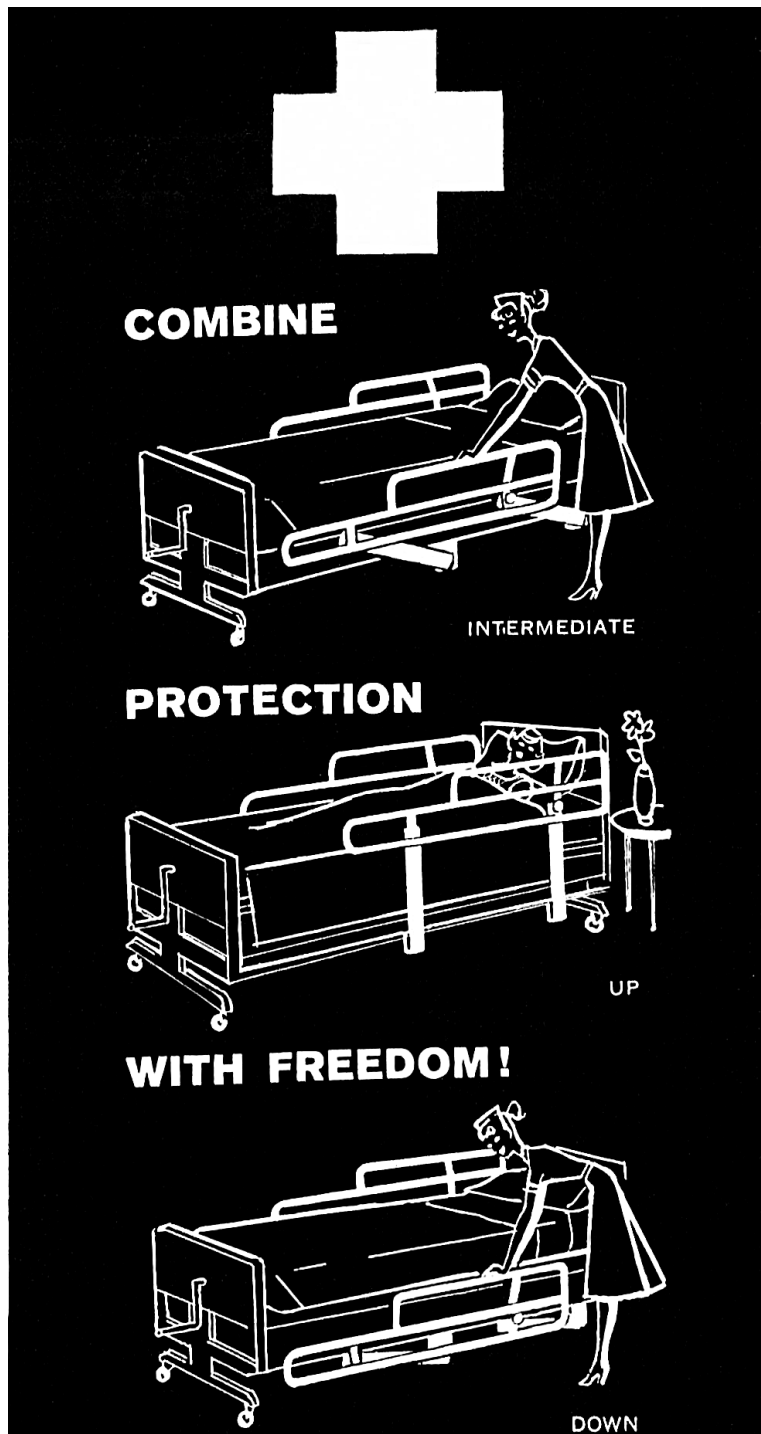


Abb. 7: Ausschnitt aus der Anzeige der *Royal Hospital Furniture*, in: *The Modern Hospital* 95/5 (1960), 213

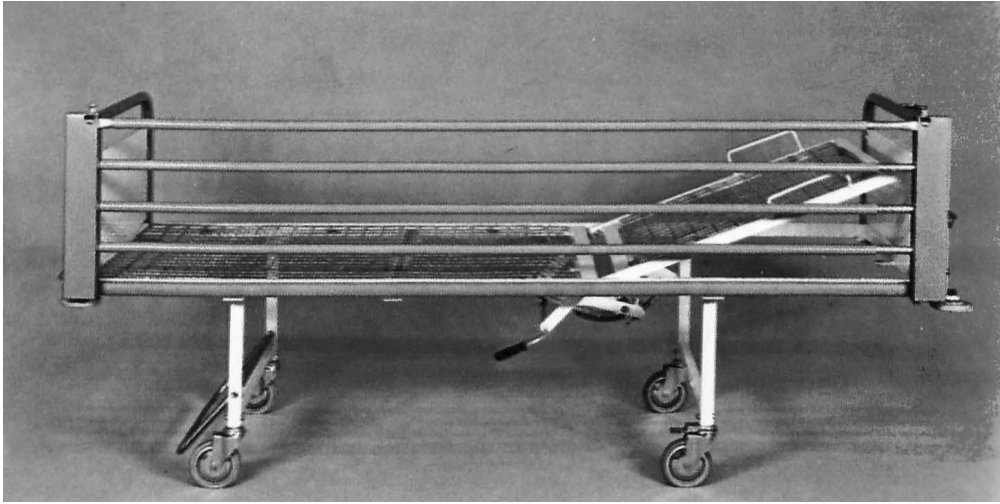


Abb. 8: Seitengitter Modell 6630, in: Stieglmeyer Mitteilungen 34 (1977), 40

„Untie the Elderly“

Überwiegend galten und gelten ältere Menschen als besonders sturzgefährdet und häufiger orientierungslos, daher erscheint für diese Bevölkerungsgruppe der Einsatz von Bettgittern besonders gerechtfertigt. Das zeigt sich u. a. an den Werbestrategien der Hersteller. So bewarb *Aygee (Hospital Equipment) Ltd.* aus London seine Bettgitter, die mit speziellen Schellen an üblichen Krankenhausbetten anzubringen waren, mit der Losung: „Ideal for geriatric patients.“⁴⁷

Eine altersbedingte Disposition für Stürze (aus dem Bett) lässt sich sicherlich nicht in Abrede stellen: Die Wahrscheinlichkeit zu stürzen, ist laut dem Report der britischen „Patient Safety Agency“ aus dem Jahr 2007 weniger von der Umgebung und der Ausstattung der jeweiligen Einrichtung abhängig als von der Konstitution der Patientinnen und Patienten. Die größte Gruppe der Sturzgefährdeten bilden demzufolge die über 65-Jährigen. Von diesen wiederum seien besonders an Demenz Erkrankte und Personen mit eingeschränkter Mobilität bzw. eingeschränkter Kognition betroffen.⁴⁸

Dennoch stehen die Mittel zum Schutz gefährdeter Personen auch hinsichtlich ihrer Sicherheit in der Kritik: Bettgitter sind nicht nur Instrumente zum Schutz vor Unfällen, sondern sie sind sogar verantwortlich für Verletzungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus: Allein für den Zeitraum von 1985 bis 1999 wurden in den USA 371 Fälle von Verletzungen – häufig Strangulation – in Betten mit Bettgittern gemeldet, 228 davon sogar mit tödlichem

47 Produktinformation über *Aygee (Hospital Equipment) Ltd.* „The Aygee detachable drop bedside“, in: *Hospital Purchasing Guide* 6 (1968), 2.

48 Vgl. Frances HEALEY / Sarah SCOBIE, *Slips, Trips and Falls in Hospital. The Third Report from the Patient Safety Observatory*, hg. v. NHS National Patient Safety Agency (London 2007), 22–24.

Ausgang; 87 Patientinnen und Patienten erlitten nur leichte Verletzungen und 56 wurden nicht verletzt, weil Personal intervenierte.⁴⁹ Aufgrund dessen hat es inzwischen Anpassungen in den Normen bei Bettgittern gegeben und Erhängen, Einklemmen etc. ist nunmehr kaum noch möglich.

Nicht nur wegen der Verletzungsgefahr stellten der Mediziner Howard Rubenstein und seine Kollegen von der Universität Harvard 1983 den Bettgittern ein verheerendes Zeugnis aus: „Lawyers, no less than physicians and others concerned with patient safety, seem to find it difficult to believe that something meant to protect may have no safety value at all and may even be hazardous.“⁵⁰ Sie fanden heraus, dass Bettgitter oftmals allein aus Versicherungsgründen eingesetzt wurden – und nicht aus pflegerischen Erwägungen. Rubenstein u. a. schlossen sich der Meinung anderer Forscher/-innen an, die schon 1965 zu dem Thema eindeutig Stellung bezogen hatten: „Siderails are frightening and imply dangerous illness. To others, siderails are irritation and humiliating because they emphasize the confining aspects of hospitalization.“⁵¹

Solche Kritik an der Sicherheits- und Verwehrpraxis, vor allem durch Fixierungen, erhielt in den 1980er Jahren vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit: Heterogene Gruppen unterstützten entsprechend auch den „Nursing Home Reform Act“ (1987).⁵² 1989 lud ein Komitee des US-Senats zu einem Symposium mit dem Titel: „Untie the Elderly: Quality Care Without Restraints.“ Aufgrund des großen öffentlichen Interesses kündigte die Regierung an, jene Einrichtungen und Umgebungen fördern zu wollen, die ohne Fixierungen auskämen bzw. Fixierungen reduzierten.⁵³

Auch Initiativen in Deutschland wie die „bodennahe Pflege“ und der „Werdenfelser Weg“⁵⁴ bemühen sich, Bettgitter abzuschaffen oder zumindest deren Anwendung möglichst zu vermeiden und Alternativen zu erproben. Die aktuelle Bewegung der sogenannten „bodennahen Pflege“ oder „bodennahen Lagerung“ propagiert eine bemerkenswerte, weil radikale Aktion: Man bettet gefährdete Bewohner/-innen und Patientinnen/Patienten mit eingeschränkter Mobilität u. a. möglichst nah am Boden auf einem Matratzenlager o. Ä.⁵⁵

49 „371 incidents of patients, who were caught, trapped, entangled, or strangled in beds“, Gail POWELL-COPE u. a., *Modification of Bed Systems and Use of Accessories to Reduce the Risk of Hospital-Bed Entrapment*, in: *Rehabilitation Nursing* 30/1 (2005), 9–17, hier 9. Auch Pflegenden verletzten sich mitunter an abnehmbaren Bettgittern. Andrea KEXEL, *Sicherheitsaspekte von Krankenhausbetten* (Bremen 1996), 19.

50 RUBENSTEIN u. a., *Standards of Medical Care*, wie Anm. 42, 272.

51 Ebd.

52 FAIRMAN / HAPP, *For Their Own Good?*, wie Anm. 6, 290.

53 Vgl. UNITED STATES, Congress. Senate. Special Committee on Aging, *Untie the Elderly. Quality Care without Restraints. Symposium before the Special Committee on Aging, United States Senate, One Hundred First Congress, first session* (Washington, DC 1990), III, online: <http://hdl.handle.net/2027/uc1.b4258085> (letzter Zugriff: 25.04.2016).

54 Sebastian KIRSCH, *Kurzbeschreibung: Was ist der Werdenfelser Weg?*, online unter: http://www.martha-maria.de/fileadmin/MP_SZ_WUE/PDF-Dateien/Werdenfelser_Weg.pdf; *Werdenfelser Weg – Das Original*, online unter: <http://werdenfelser-weg-original.de/literatur/downloads/> (letzter Zugriff: 09.05.2016).

55 Zu den Alternativen gehören außerdem Aktivierung und Mobilisierung. Die bodennahe Pflege wird derzeit erprobt. „Bisher ist die sog. ‚bodennahe Pflege‘ offenbar nicht über das Experimentierstadium hinausgekommen. Sollte die bodennahe Pflege zunehmend in den Krankenhaus- bzw. Pflegealltag integriert werden, könnte sie perspektivisch auch in den haftungsrechtlich maßgeblichen medizinisch-pflegerischen Standard aufgenommen werden.“ GASSNER / STRÖMER, *Krankenhausbetten*, wie Anm. 23, 254.

Diese Ausführungen zeigen auch, dass das, was als sicher, angemessen oder normal gilt, historisch variabel ist. Die materielle Realität der Bettgitter jedoch hat – in sich wenig verändernden Formen – die Wandlungen der Diskurse und Praktiken überstanden und ist noch immer in Gebrauch. „Das Aufstellen von Bettgittern gehört sowohl im Krankenhaus als auch in der Pflege alter Menschen in Heimen zur pflegerischen Routine. Das Motiv, die Legitimation, lautet allenthalben: Sicherheit.“⁵⁶

Die Bettgitter als Bestandteile der Sicherheitsdispositive

Zugleich lässt sich beobachten, dass Bettgitter über einen langen Zeitraum ein brisantes Thema geblieben sind und dabei verschiedene Gruppen und Akteure an diesen Auseinandersetzungen teilhaben. Obwohl die Argumente für oder gegen Bettgitter stets die Sicherheit der Patientinnen und Patienten adressieren, ist erkennbar, dass auch die (rechtliche) Sicherheit der Pflegekräfte und der Verwaltungen eine Rolle spielt.

Von Herstellern und Krankenhausträgern wird zudem der ökonomische Aspekt betont: Im Falle der Bettgitter heißt dieser Zeitersparnis. Bettgitter entlasten die Pflegekraft in ihrer Aufsichtspflicht, helfen, die Patientinnen und Patienten in der richtigen Position zu halten und gewährleisten einen einfachen und schnellen Zugriff. Inzwischen sind die Bettgitter etabliert und noch leichter anwendbar, sie sind in der Regel an den Betten vorinstalliert und die Praxis ihrer Verwendung ist eingeübt. „Staff has been told that the devices are safe, and it’s a one-size-fits-all approach. Beyond that, these physical barriers also serve as mental barriers for nurses, because they keep them from providing more care and from thinking of more solutions.“⁵⁷

Bei der Gestaltung von Krankenhaus- und Pflegebetten und deren Bettgittern geht es darum, dass möglichst wenige Pflegekräfte benötigt, deren Rücken geschont und dennoch reibungslose Abläufe generiert werden. Der Bereich der Pflege ist von ökonomischen Interessen nicht ausgenommen, sondern auch für diese in einer bestimmten Weise optimiert. Diente der Komfort der vormodernen Krankenbetten noch als Zeichen der Wohltätigkeit ihrer Stifter/-innen, so ist die Sicherheit der Betten heute ein Garant für die Planbarkeit und Kalkulierbarkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Jedoch bleiben diese ökonomisierten Prozesse nicht ohne Kritik. Auch auf juristischer Seite verändert sich der Diskurs, und Bettgitter sowie Bettgitter-bedingende Umfelder werden kritisiert:

„In Institutionen wie Pflegeheimen sind die Grundrechte bettlägeriger Personen in hohem Maße schon deshalb gefährdet, weil die Organisation des Pflegebetriebes, die Personalausstattung und die durchstrukturierten Arbeitsabläufe aus strukturellen Gründen die individuellen Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen nur bedingt berücksichtigen können. Solche Institutionen neigen strukturell, also unabhängig von den individuellen Absichten der einzelnen Leitungs- und Pflegekräfte dazu, ihre eigenen Organisations- und Wirtschaftlichkeitsinteressen vorrangig gegenüber den Bedürfnissen und Interessen der zu Pflegenden durchzusetzen.“⁵⁸

56 Thomas KLIE, Hinter Gittern. Die Aufstellung eines Bettgitters erfüllt streng genommen den Tatbestand der Freiheitsberaubung, in: *Altenpflege. Vorsprung durch Wissen* 23/7 (1998), 37–39, hier 37.

57 N. N. / Elizabeth CAPEZUTI, Improving Bed Safety, in: *NYU Nursing Newsletter* (2007), 7.

58 BAUER, Rechtliche Aspekte, wie Anm. 8, 105 f.

Foucault konstatierte zwar, dass das Dispositiv die Disziplinarmechanismen ablöst, aber dennoch auf disziplinierende Maßnahmen zurückgreift. Dies gilt auch für das Krankenhaus: Dessen Ordnung reguliert sich im Allgemeinen selbst durch normalisiertes Verhalten, die Regel, das Bett nicht zu verlassen, wird dennoch unter Umständen erst mithilfe der Bettgitter durchgesetzt – gemeint ist hierbei der Einsatz der Bettgitter als freiheitsentziehende Maßnahme. Damit wird zugleich eine Hierarchie manifestiert. Sie basiert auf der Grundannahme, dass die Verwirrten, die Alten und die Schwachen vor ihrem eigenen unvorhersehbaren Verhalten geschützt werden müssen, das folgenschwer für sie selbst sein kann. Oder wie Foucault es ausdrückt: „persönliches Unglück, alles, was jemandem in seinem Leben zustoßen kann, ob es sich nun um Krankheit oder um das handelt, was auf jeden Fall eintritt, nämlich das Alter, darf weder eine Gefahr für die Individuen noch für die Gesellschaft darstellen.“⁵⁹

Die Bettgitter erfüllen die Funktion der Sicherheit in doppeltem Sinn: Sie dienen einerseits dazu, dass Menschen im Alter keiner Gefahr ausgesetzt sind, denn Bettgitter verhindern angeblich das Herausfallen aus dem Bett, welches in der sogenannten „vierten Lebensphase“ den Hauptaufenthaltsort⁶⁰ darstellt. Und andererseits reduzieren Bettgitter die Gefahr für die Gesellschaft, weil die Alten keine Störungen verursachen, sondern im Bett liegend in die organisatorischen Abläufe und ökonomischen Interessen eingegliedert werden. Das Alter und seine Erscheinungen – die wackeligen Beine und die schlechter sehenden Augen – gehören hier zu dem, was Foucault als „Natur der Wirklichkeit“ bezeichnet. Diese wiederum wird ganz wesentlich in die Strategien der Sicherheitsdispositive eingebaut.⁶¹

Zweifel und Kritik an der Sicherheitsfunktion des Bettgitters für die Patientinnen und Patienten haben zu Anpassungen im Design und zahlreichen Regelungen geführt, sie stellten aber nicht die strategische Position innerhalb der Sicherheitsdispositive infrage. Im Gegenteil, der Ruf nach mehr Sicherheit und mehr Regeln erscheint noch nachvollziehbarer. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung gehen Fairman und Happ in dem erwähnten Artikel sogar davon aus, dass eine Gefahr für die mentale und physische Gesundheit drohe, die nicht nur Pflegeheimbewohner/-innen und Patientinnen/Patienten in Krankenhausbehandlung betreffe, sondern uns alle, die wir altern: Diese Gefahr liege in der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen wie Bettgitter, die mit den komplexen technologischen Behandlungen, die Menschen im fortgeschrittenen Alter zwangsläufig zuteilwerden, einhergehen. Die Autorinnen beenden ihren Artikel mit dem Satz: „By freeing our patients we are freeing ourselves.“⁶² Jedoch wäre es nur eine scheinbare Befreiung, wenn lediglich die Bettgitter abgebaut würden.⁶³ Denn inzwischen übernehmen andere disziplinierende Sicherheitseinrichtungen wie Kameras und

59 Michel FOUCAULT, *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvenementalität II* (Frankfurt am Main 2006), 100.

60 Vgl. Nadine LEXA, *Der letzte Lebensort*, in: *Pflegezeitschrift: Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege* 69/2 (2016), 76–79, hier 76.

61 Vgl. FOUCAULT, *Sicherheit*, wie Anm. 10, 62, 76 f.

62 FAIRMAN / HAPP, *For Their Own Good?*, wie Anm. 6, 296.

63 Bettgitter stehen einer neuerdings angestrebten „Patienten-Mobilisierung“ entgegen. Da sich die Mobilisierung als kostengünstiger zu erweisen scheint als Bettlägerigkeit, ist zu erwarten, dass Bettgitter letztlich deswegen doch noch abgeschafft werden. Vgl. Nils A. LAHMANN u. a., *Mobility Is the Key! Trends and Associations of Common Care Problems in German Long-term Care Facilities from 2008 to 2012*, in: *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015), 167–174.

Sensoren in viel konsequenterer Weise die strukturell-strategischen Aufgaben in den Sicherheitsdispositiven der Pflege. Es geht daher darum, diese zu erkennen und andere Wege zu finden, wie Gestaltungsaufgaben für Pflegedinge im Interesse der Patientinnen und Patienten formuliert werden können.

Information zur Autorin

Maria Keil, M.A., promovierte 2017 mit einer kulturwissenschaftlichen Arbeit zur Geschichte des Krankenbettes am Exzellenz-Cluster „Bild Wissen Gestaltung. Ein interdisziplinäres Labor“ an der Humboldt-Universität zu Berlin, E-Mail: mariakeil@posteo.de