

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind vermeidbar: Der Werdenfelser Weg

Beweglich statt fixiert
**Düsseldorfer Fachtag für Bewegungsfreiheit in der
stationären Pflege**

20. Oktober 2011 in Düsseldorf

Uwe Brucker

Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung, MDS, Essen

U.Brucker@mds-ev.de

www-pea-ev.de

Die Maßstäbe pflegerischen Handelns im Thema FEM

- Sind keine originär pflegerische; sie stammen aus dem Recht
- die richterliche Genehmigung und die des Betreuers werden zur Handlungsmaxime abgesicherten pflegerischen Handelns

Fragen:

- sind hier Koordinaten verwischt?
- stimmt da etwas nicht?
- Wo sind die pflegefachlichen Maßstäbe?

Und die Maßstäbe der Pflege?

Üblicherweise:

- Kenntnis der zugrundeliegenden Krankheit/Syndrom
- Einordnung der Symptomatik
- Ableitung angemessener Interventionsoptionen

Neue Fragen:

- Werden diese Maßstäbe flächendeckend von allen Pflegeheimen und Ärzten erfüllt ?
- Oder ist die fachliche Ratlosigkeit Ausdruck von Ohn-Macht im Umgang mit MmD ?
- Verleiht „das Recht“ den Pflegenden (wieder) Macht; die des „legitimierten Gewalttäters“?

MDS Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

- Zusammenhang von hoher Fixierungsquote und Zunahme der Bewohner mit Demenz
- Hinweise auf Untersuchungen, die „Alternativen“ zu Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB aufzeigen:
- „Alternativen“: Personenzentrierte Haltung: Verstehende Pflege trotz verbalen Nichtverstehens des Bewohners
- Denn: Wer nicht verstanden wird, wird leicht zum Objekt, v.a. wenn er/sie/ es Angst verursacht
- Expertenstandard Sturzprophylaxe (2006), Verwendung von Hilfsmitteln (Pflegerester, Niederflurbetten, Bodenbelag, Beleuchtung, u.U. Hüftprotektoren etc.)

MDS-Grundsatzstellungnahme exemplarisch: FreiheitsEntziehendeMassnahmen; § 1906 Abs. 4 BGB

Warum ausgerechnet FEM?

- Das Thema: Aktuell seit 30 Jahren
- Mehr denn je wird in Deutschlands Heimen fixiert
- Lebensqualität: Bewohner & Mitarbeiter
- FEM sind inhuman & unnötig
- 4 von 5 Demenzerkrankte sind Betroffene
(D.Bredthauer, Ärztezeitung 2005)

Entwicklung der FEM 1998-2010

Verhältnis Genehmigungen: Ablehnungen durch AG (Quelle: Bundesjustizamt Mai 2011; eigene Berechnungen)

	1998	2002	2008	2009	2010	Veränderungen 1998-2010
Beantragte Verfahren FEM	40.337	71.914	98.299	103.578	106.021	Mehr als das Zweieinhalbfache +262,8 %
davon genehmigte FEM	38.846	66.888	91.823	96.062	98.119	Mehr als das Zweieinhalbfache +252,6 %
davon abgelehnte FEM	1.491	5.026	6.476	7.516	7.902	verfünffacht 530 %
Ablehnungsquote	3,7	7,0	6,6	7,26	7,45	

Fixierungszahlen national und international

International

- **Pflegeheim: 12 – 49 %** (Joanna Briggs Institute 2002, Hamers et al. 2004)
- **Akutkrankenhaus: 3 – 25 %** (Joanna Briggs Institute 2002)

Deutschland

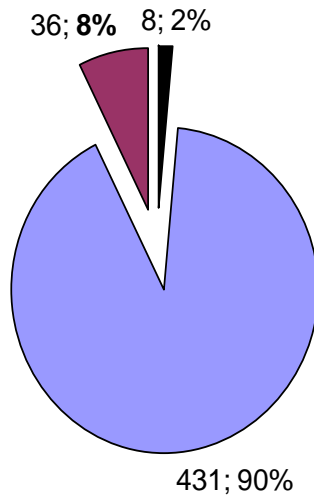
- **Stationäre Geriatrie: 26 – 42 %** (5 – 10% Körpernahe Fixierungen) (Klie&Pfundstein 2002, Becker et al. 2003, Meyer&Köpke 2008)
- **Stationäre Gerontopsychiatrie: 21 – 25 %** (Hirsch et al. 1992, Kranzhoff & Hirsch 1997)

Fixierungsrate nach Versorgungssituation

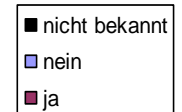
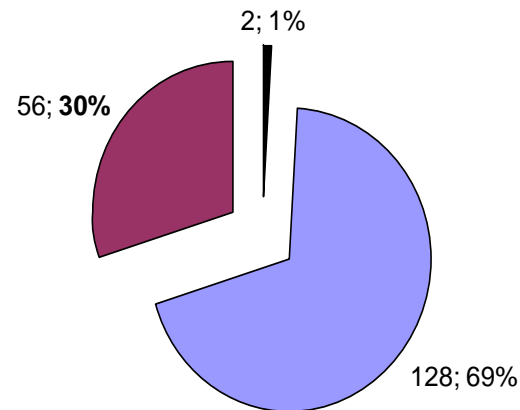
N= 664 (Bayern)

MDK Bayern 2011 Dr. rer. medic. A. Herold-Majumdar

Fixierungsrate ambulant N=475 (Bayern)



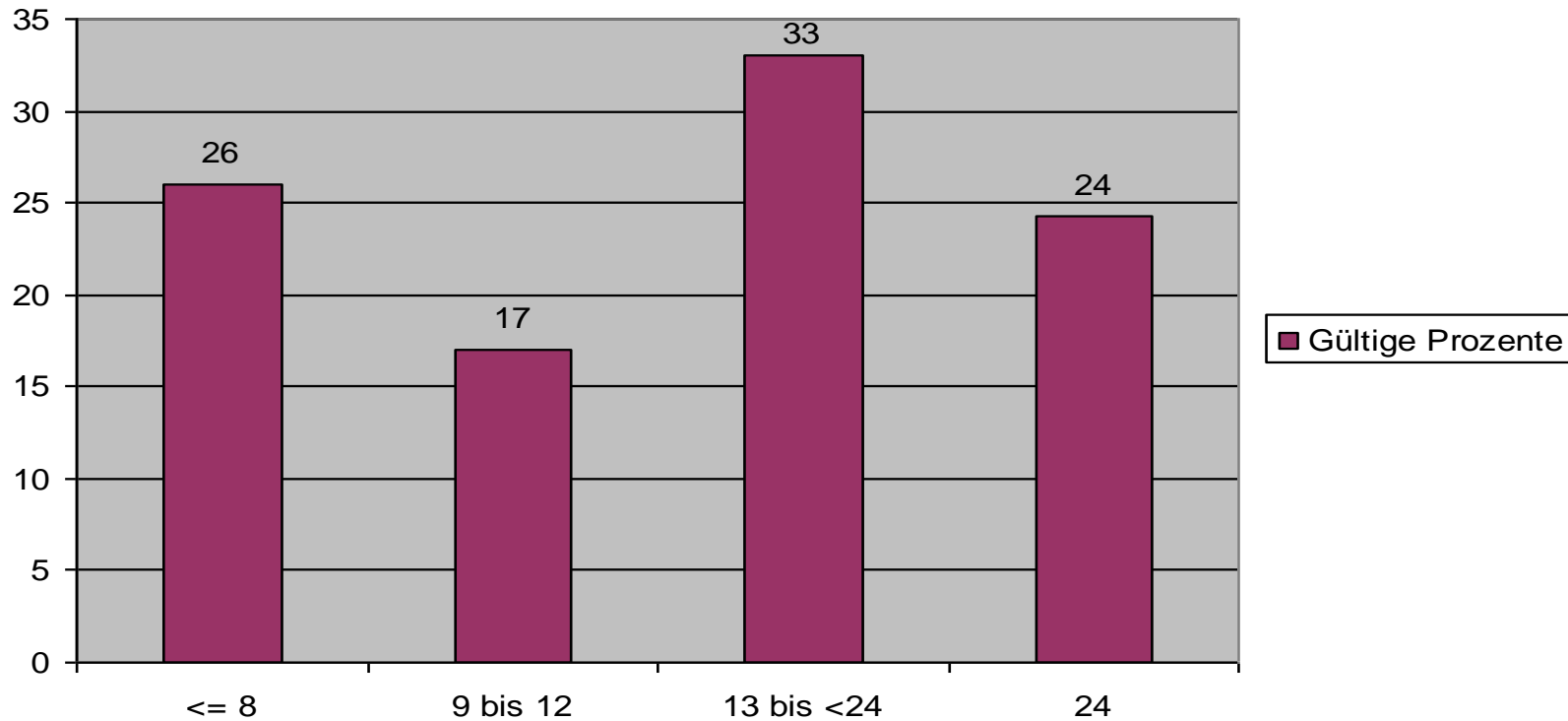
Fixierungsrate stationär N=186 (Bayern)



Versorgungssituation fehlend n=3

Chi2 <0,0001

Prozentualer Anteil Fixierungsdauer n=92 (Bayern)



Fixierung ist Gewalt an Pflegerbedürftigen



**Rechtlich gerechtfertigte Gewalt:
bleibt für die Betroffenen Gewalt**



Uwe Brucker - MDS e.V. - Fachgebiet Pflegerische Versorgung

UN-Präventionsausschuss und EU Anti-Folter-Kommission sind in deutschen Heimen unterwegs

- Unterausschuss für Prävention(angegliedert an den UN-Antifolterausschuss): 10 unabhängige Mitglieder.
- Aufgabe: Besuch von sog. Orten der Freiheitsentziehung und Abgabe Empfehlungen ggü. den betreffenden Staaten. (Gefängnisse, Zentren für Asylbewerber, psychiatrische Anstalten, Transitzone internationaler Flughäfen, geschlossene Heime für Kinder und Jugendliche sowie Alten- und Pflegeheime).
- Verpflichtung der Vertragsstaaten: Unterausschuss hat unbeschränkten Zugang zu allen Informationen bezüglich dieser Orte und der betroffenen Personen.
- Die Besuche sind anzukündigen. Die Gespräche mit Insassen dürfen nicht überwacht werden.
- Auch der Ausschuss der Europäischen Anti-Folterkommission hat deutsche Heime besucht

Gründe für Fixierungen

- Hausintrinsische Faktoren: kompetenter Umgang mit Menschen mit Demenz?
- Unkenntnis von Alternativen bei Gericht, Betreuern, Ärzten, Pflege?
- Gewohnheit?
- Haftungsangst?
- „Hausgeist“: Gleichsetzung wer fixiert zeigt Verantwortungsbewußtsein
- Nicht: die Risikostruktur der Bewohner/Patienten
- Nicht: die meisten Begründungen der FixiererInnen
- -siehe gleich-
- Nicht: der gerne behauptete Theorie-/Praxis-Gegensatz
- Denn: der Inhalt der Theorie dieser Praktiker ist der Streitpunkt...

Gründe für FEM

- **Eindruck: FEM = Indikator dafür, dass man in diesen Einrichtungen die tatsächlichen Bedürfnisse der Bewohner nicht richtig einzuschätzen vermag.** Gulpers M.J.M., Bleijlevens, M.H.C., van Rossum, E., Capezuti, E.: Hamers J:P:H. Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. BMC Geriatr. 2010; 10: 11. Published online 2010 February 25. doi: [10.1186/1471-2318-10-11](https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-11)
- **Verhalten von MmD kann von vielen Pflegenden nicht dechiffriert, nicht als deren Kommunikation, die etwas mitteilen will aufgenommen werden; sie verstehen sie nicht & kommen aus diesem Nichtverstehen der Situation zu falschen Schlußfolgerungen & dementsprechenden Handlungen.**

FEM und Demenz (aus GrdsStn Demenz)

- falsche, den Bedürfnissen von MmD nicht angepasste Betreuung ⇒ chronischer Stress
- Einschränkungen der Bewegungsfreiheit - v.a. Fixierungen- verstärken bei MmD das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit, erschweren ihm das Verständnis der Situation
- Immobilisierung kann die Entwicklung psychotischer Symptome begünstigen
- bereits nach wenigen Stunden der Fixierung werden Halluzinationen & Wahnvorstellungen beobachtet, meistens verbunden mit erheblicher Unruhe und Aggressivität (Wojnar, J 2007)
- Fixierung wird so zur self-fulfilling-prophecy

Beziehung von Pflegefachlichkeit, ethischem Verhalten und Recht

- stressfreie Betreuung von MmD: Identifizierung der Ursachen von herausforderndem Verhalten
- hieraus Alternativen zu FEM ableiten
- Erst wenn diese pflegefachliche Analyse keine Alternativen mehr zuläßt, ist für Betreuungsrichter wie für Betreuer die freiheitsentziehende Maßnahme als „erforderliche“ ultima Ratio gegeben
- Angewandte Pflegefachlichkeit wird so ethisch zur Grundlage für rechtliche Entscheidungen.
- Nicht: die rechtliche Entscheidung zur fachlich-ethischen Begründung für pflegerisches Handeln

Begründungen von PFK für Fixierungen

- Verhalten kontrollieren
- Sicherheit gewährleisten (Schutz vor Fremd- und Eigengefährdung)
- Medizinische Versorgung garantieren

Thomas et al. 1995; Karlsson et al. 1998; Hantikainen V 1998

„Fixierungen führen bei sturzgefährdeten Bewohnern zur Sturzreduktion“:

80 % der befragten Pflegenden stimmen dem zu/sehr zu
10 % nicht oder überhaupt nicht

Suen LKP et al. JAN 2006; 55: 20-8

Von denselben Befragten würden für sich ein Verweigerungsrecht bei Fixierungen im Heim reklamieren: **85 %**

FEM als Sturzprophylaxe

- **Studien: Hinweise auf sturzvermeidende Wirkung von Fixierungen gibt es nicht**
- **Studienevidenz: körpernahe Fixierungen = unangemessen zur Sturzprophylaxe** Capezuti, E., et al
Relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. J of Gerontology 53A, M47–M52 (1998)
- **FEM ⇒ vermehrt zu Stürzen & zu Gleichgewichts- & Koordinationsproblemen der Bewohner.** Evans, D.,; Wood,J,; Lambert,L.: Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs 2003, 41 (3); S. 274-282
- **körpernahe Fixierungen: Anstieg Todesfallrisiko, Gefahr ernsthafter Verletzungen & Dauer Krankenhausaufenthalte.** Evans et al.(2003)

Zur Ergebnisqualität von Fixierungen (1)

- Abbau der Körperfunktionen
- Durchblutungsstörungen
- Herz-Kreislauf-Belastung
- Inkontinenz & Infektionen
- Muskelabbau & Dekubitalulcera
- Agitiertheit & Soziale Isolation
- Psychiatrische Erkrankungen
- Schwere Verletzungen und Tod
- Older adults with dementia have the highest risk of all patients for being restrained when hospitalized

Valerie, T. Cotter, Lois K- Evans: Avoiding restraints in patients with dementia; MedSurgNursing (6/2006)

Zur Ergebnisqualität von Fixierungen (2)

- Kein Wirkungsnachweis für die Reduktion des Sturzrisikos im Gegenteil mehrfach Nachweise über erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko
(vgl. u. a. Feinsod/ Moore/ Levenson 1997, Bredthauer 2002, Rubenstein 2002, Evans/Wood/Lambert 2003, Berzlanovich 2008)
- Erhöhter Bedarf der Krankenbeobachtung und erhöhter Assistenzbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, reduzierte Lebensqualität (Holweg 1997, Haut/Böther/Hartmann 2007)
- Statistisch nachgewiesener erhöhter Personalbedarf um 67 – 75 % ! (Phillips/Hawes/Fries 1993, n= 11 932)

Tod durch Fixierung am Bettgitter

(nach A. Berzlanovich 2010 <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=9017>)

N=33; davon 82 % Menschen mit Demenz

Zeit letzter Lebendkontakt und Todeszeitpunkt im

Heim: 3-4 Stunden; Krankenhaus 1'40

Todesursachen:

- Strangulation/Halskompression: 8“-10“ (19)
- Brustkorbkompression: 20“-25“ (3)
- Kopftieflage: 30“-45“ (11)

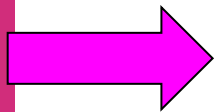
Konsequenzen für die Abstände der Besuche

Das Sicherheitsdenken in Pflegeheimen sorgt für eine Haltung

- **Frage: Wo steht die Pflege mit einem Bein?**
- **Positive Verstärkung durch Gerichte:** im Antrag Genehmigung § 1906 Abs.4 BGB steckt auch:
- **wir müssen Stürze vermeiden (Heim): §§- Genehmigung FEM:** Weniger Stürze - na klar
- Die Logik: wo **Schaden = da Schuldiger für Stürze:** weil keine Fixierung erfolgte
- Botschaft: **Nichtfixierung = unverantwortlich** und bedarf der Rechtfertigung
- **PFK = Fixierungsverantwortliche;** Richter muß sich auf deren fachliche Einschätzung verlassen
- Haltung geht top→down, wie bottom→up

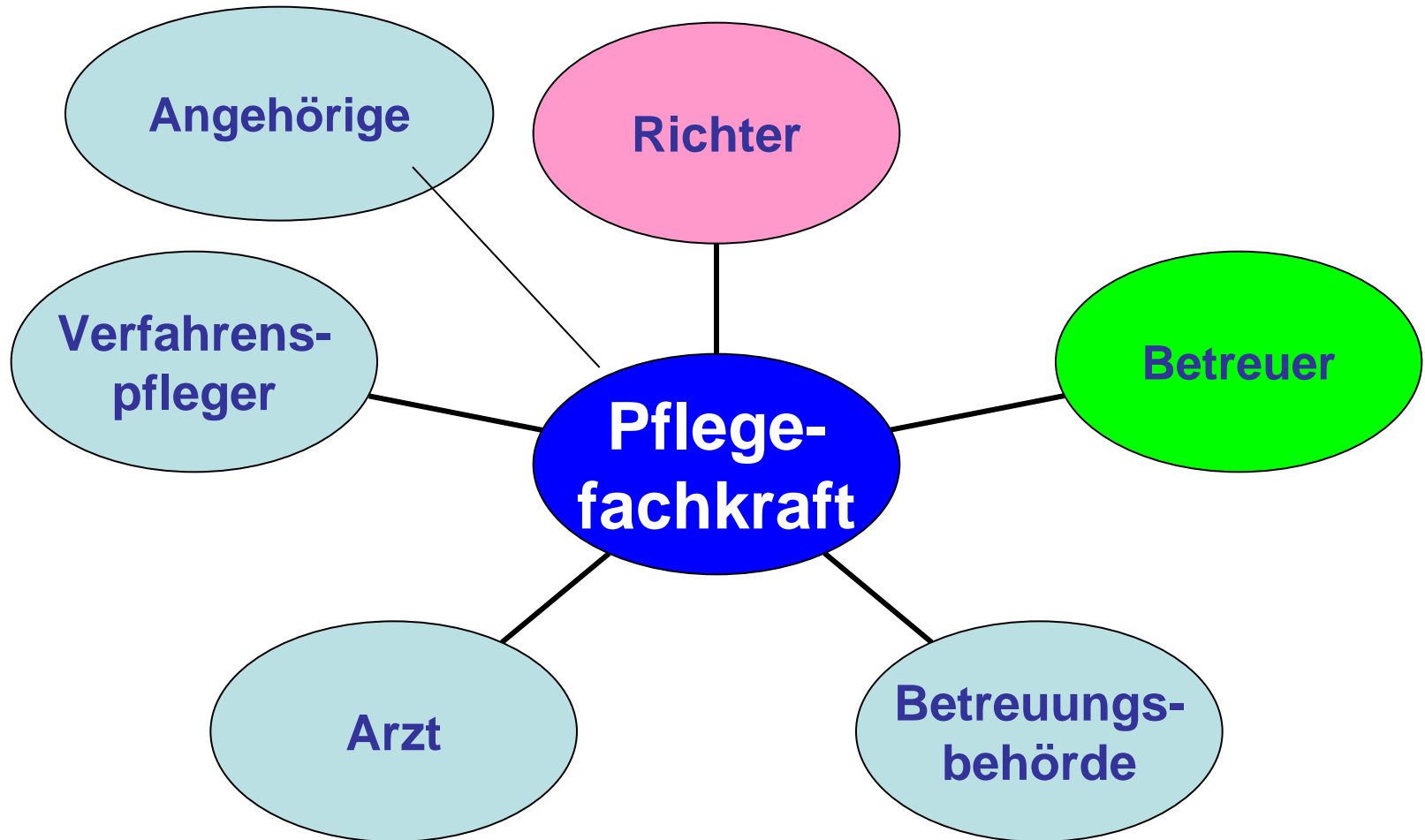
Verhältnis von Entscheidung und Beratung durch das „Netzwerk“ bei FEM

- Richter genehmigt FEM: ist abhängig von Infos und Einschätzungen der PFK
- Betreuer berät sich mit PFK, stellt Antrag
- Betreuungsbehörde: Infos zur Stellungnahme aus Heim/PFK
- Arzt: wer beurteilt: z.B. Erforderlichkeit nächtlicher Fixierung: PFK
- Verfahrenspfleger = Rechtsanwalt



**PFK = entscheidet alleine,
Nämlich ob der E-Prozess in Gang kommt**

Entscheidungsnetzwerk bei Fixierung



Beispiel AG Delmenhorst

- Bettgitter ist nur dann FEM, wenn dies so hoch, dass Betroffene unter Berücksichtigung seiner körperlichen Fähigkeiten am Verlassen des Bettes gehindert wird
- Andernfalls: Schutz vor unbeabsichtigtem Herausrollen
- IdR Schutzmaßnahme, „wenn die Bettgitter niedriger als ca. 25 cm sind“
- Folge: Heim ist autonom in der Entscheidung
- Wo ist die Betroffenenperspektive des BtG ?
- Woher diese Erkenntnisse? Delmenhorster Studien?
- FEM & Schutzmaßnahme: Schutz = positiv; Schutz durch Gewalt? PatVerfG?
- Sturzhöhe und Ausmaß der Verletzungsgefahr
- Alternativen zum Schutzgitter FEM werden erst gar nicht ventiliert: Niederflurbett, Matratze vor dem Bett, Bodenpflege etc)

Wir brauchen neue Signale; von vielen

- Wo? Vor Ort: Landkreis, Kommune, Träger
- Wer? BtGericht, Behörde, Heime, Betreuer, Angehörige
- Was wird signalisiert?
- **Signal 1:** Vermeidung von FEM in der Pflege ist gewollt und zu begrüßen

Wir brauchen neue Signale

- **Signal 2:** Alle Beteiligten bestärken das Heim bei Anstrengungen, FEM zu vermeiden bei vermeintlich höherem Haftungsrisiko
- **Signal 3:** Angebot an die Pflegeheime: Entscheidungen von FEM-Verzicht werden gemeinsam mitgetragen

Neue Signale 4 und 5

- **Signal 4:** Pflegeheime verpflichten sich, **jede** einzelne **Fixierung regelmäßig** kritisch zu **überprüfen**
- **Signal 5:** Gemeinsam ständig **Austausch** und **Erweitern** des **Wissens** im Landkreis
- **Erste Konsequenz:** Neuausrichtung der Funktion des **Verfahrenspflegers**: pflegerische Fachlichkeit und Betroffenenperspektive; geschult von Btbehörde, Heimaufsicht und in LTC ausgewiesener Pflegewissenschaft

Neuausrichtung des Verfahrenspflegers

- **Besondere fachliche Kompetenz: Er ist der Botschafter des Neuen Klimas: FEM-Vermeidung**
- **Neben starrem Sicherheitsdenken: Alternativen führen zur Vermeidung von FEM**
- **Anbindung an AG und Btbehörde: Angebot an Heime: gemeinsame Verantwortungsübernahme**
- **Stärkung der Handlungssicherheit der Heime: gegen Vorwürfe, gegen Haftungsansprüche**
- **Bei Restrisiko: Vermeidung von FEM durch Minimierung des Haftungsrisikos mittels Verteilung der Verantwortung auf viele Schultern**
- **Handlungssicherheit erweitern, auch ohne Beteiligung des Gerichts : Heimaufsicht = Multiplikator**

Das ist der „Werdenfelser Weg“

- Eingang Fixierungsantrag beim AG (Eilverfahren):
- Vorläufige Entscheidung für 6 Wochen; anders: Witten
- zeitgleich: Gericht beauftragt o.g. Verfahrenspfleger
- VfPfl ⇒ Einrichtung: Recht, Vermeidungsstrategien, Fachwissen = Basis für Diskussion „auf Augenhöhe“
- Alternativen („auf Probe“) werden mit Pflege und Angehörigen vereinbart
- Diskussion: Risiko vs. Verschlechterung und Verlust an Lebensqualität
- VfPfl bestätigt ggü. Gericht & Heim: fachliche Prüfung ergab: man geht bestimmtes Risiko mit Billigung des Gerichts oder: es gab keine Alternative zu Fixierung
- Innerhalb 6 Wochenfenster: i.d.R. gemeinsame Empfehlung von Heim und VfPfl

„Werdenfelser Weg“(2) Inhalt Schlußbericht

- Umfang der Tätigkeit
- Reduzierte Problembeschreibung (Sturz bei Nacht)
- Einschätzung: erkennbarer Wunsch, sich fortzubewegen: Einschränkungen? Leidensdruck?
- Stichworte: welche alternative Maßnahmen wurden erwogen/ ausprobiert ?
- Welche Maßnahme minimiert das bestehende Risiko?
- Abwägen: Verschlechterung der Lebenssituation bei FEM
- Zusammenfassung Empfehlung (2 Sätze)
- Verfahrenspflegschaft bleibt aufrecht erhalten (Folge)

„Werdenfelser Weg“(3)

- **Kein statistisches Material (Multiplikatorenseminar im Mai in Erkner)**
- **Stabilisierung der Anträge auf sehr niedrigem Niveau**
- **Spürbarer Erfolg:**
 - **Engagement & Ideen der Pflege: fühlen sich ernst genommen**
 - **Heimleiter: Offenheit, Kooperationsbereitschaft, Ehrgeiz**
 - **Gemeinsames Auftreten der Behörden LRA und AG**
 - **Fachkompetenz und Engagement der VfPfl (auch abends)**

Klassische WIN-WIN-Situation

<http://www.lra-gap.de/550.0.html>

Fazit: FEM in Heimen

- Tut Euch zusammen vor Ort: Gerichte, Behörden, Angehörige, Heime
- Schafft eine neue Kultur des
„Wir lassen es bleiben“
- Oder nach dem (inzwischen wieder abgeschafften)
Leitsatz der Diakonie Düsseldorf:

„Doch, doch: das geht“



Angebot von Universität Witten und PEA e.V.

<http://www.leitlinie-fem.de/>

www.pea-ev.de

TO GO
LINO

Play-a-Sa

Bob
der
Baumeister

Yo,
wir schaffen das!



Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

U.Brucker@mds-ev.de

 0201 8327-132

www.mds-ev.org

www.pea-ev.de