

Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB

Betreuungsrecht für Dezernatsanfänger und –wechsler

Deutsche Richterakademie, Wustrau-Altfriesack, 11. Januar 2011

Uwe Brucker

Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung, MDS, Essen

U.Brucker@mds-ev.de

www-pea-ev.de

Der MDS = Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

- **Rechtsgrundlage § 282 SGB V**
- **Aufgaben: Beratung des GKV SpiBu in allem medizinischen /pflegefachlichen Fragen**
- **Koordinierung und Förderung der Durchführung Aufgaben der MDK und Zusammenarbeit**
- **Aufsicht durch das BMG**
- **Aufgaben des MD im SGB XI:
Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und externe Qualitätssicherung**

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

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

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

Warum ausgerechnet FEM?

- 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)

FEM in Deutschland?

**FEM sind in deutschen Pflegeeinrichtungen:
regelmäßig und weit verbreitet (Hoffmann & Klie 2004,
Pfundstein 2004)**

**HH Heimstudie bestätigt: Beobachtung von ca. 2400
Hamburger Bewohner über 12 Monate zu „körpernahen“
FEM: Bettgitter, Stecktische sowie Gurte im Bett und im Stuhl**

**Am Ende dieses Zeitraums wurde bei knapp 40% aller
Bewohner mindestens einmal eine FEM dokumentiert (Meyer
et al. 2009)**

FEM in der Kulturhauptstadt Essen

Quelle: Stadt Essen (2009) Halbjahresbericht 2008; Befragung der Alteinrichtungen in Essen durch die Heimaufsicht im Jahr 2008

- 2 von 3 Bewohner (69%) sind kognitiv verändert/ dement /gerontopsych. erkrankt (2002: 53%)
- Demenz = häufigster Grund für Heimeinzug
- 47% der Bewohner: ärztl. Verordnung von Neuroleptika/Psychopharmaka
- 75% der Heime haben ein Konzept zur Versorgung von MmD
- 42 % der Heime: kein gerontopsychiatrisch qualifiziertes Personal
- 21,6 % Patienten mit Fixierungen; 22,5% weiblich
- Viele Heime fixieren gar nicht (mündliche Aussage der Heimaufsicht)

Entwicklung der FEM 1998-2009

Verhältnis Genehmigungen: Ablehnungen durch AG (Quelle: Bundesjustizamt 2010)

	1998	2002	2008	2009	Veränderungsquote 1998-2008
Verfahren Freiheitsentziehende Maßnahmen	40.337	71.914	98.299	103.578	Mehr als das zweieinhalbfache +256,8 %
davon genehmigte FEM	38.846	66.888	91.823	96.062	Knapp das zweieinhalbfache +247,3 %
davon abgelehnte FEM	1.491	5.026	6.476	7.516	verfünffacht 504 %
Ablehnungsquote	3,7	7,0	6,6	7,26	Knapp verdoppelt

Entwicklung von FEM

- Vergleich 1998 zu 2009:
Anstieg richterliche Genehmigung von FEM \geq 243 %
- 2009 \geq 96.000 bundesweit (neu) genehmigte FEM.
Angaben zur Anzahl aller genehmigten FEM: fehlen (Betreuungszahlen 2006-2009; Bjustizamt 2010).
- Im Vergleich: Zahl der Heimplätze 2007 insgesamt : ca. 709.311 (2010 destatis)
- 2009: Studie der Unis HH&Witten: fast 4000 Heimbewohner in 36 Einrichtungen zu FEM:
- FEM, bei denen es „keiner richterlichen Genehmigung bedarf, da der zuständige Richter die FEM als nicht genehmigungspflichtig erachtet“ (Köpcke unveröff. 2009) .

Exkurs: freiheitsentziehende Maßnahmen im Akutkrankenhaus

Kaum Studien

Übersichtsarbeit 1998-2008

ZGerontolGeriat 2010.43:291-296 C.Krüger; G. Meyer; J. Hamers

Von 72 Treffern: 8 Studien einbezogen

Studien: Erhebliche method. Limitierungen

Interventionsstudien=Mitarbeiterschulungen -dazu gleich-

In 6 der 8 Studien sind als Gründe für FEM genannt:

- Sicherung medizinischer Maßnahmen
- Verhaltensauffälligkeiten durch Agitation/Verwirrtheit
- Sturzprophylaxe

Art der Fixierung: Hand-,Stuhl- Bettfixierungen (in 7 von 8)

Europ. Vergleichsstudie: Stuhl-(60%) Bettfixierungen (27%)
(de Fries 2004)

Fixierung ist Gewalt an Pflegebedürftigen



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



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

Die Ursachen für Fixierungen

- Die Unkenntnis von Alternativen bei Gericht Betreuern, Pflege, Ärzten?
- Hausintrinsische Faktoren: kompetenter Umgang mit Menschen mit Demenz?
- „Hausgeist“: Gleichsetzung Fixierung=Verantwortungsbewußtsein
- Gewohnheit?
- Haftungsangst?
- 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

- 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)

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



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

Qualifikation des Personals = Juristische-In-House-Schulungen ?

- Seit Jahren: Karawanen von Rechtsanwälten ziehen durch Heime
- verbreiten Angst und Schrecken
- Pflege: „Mit einem Fuß im Gefängnis“
- Haftungsfragen:
- Sicherheit beim Bewohner
- Sicherheit der Angehörigen
- Sicherheit des Personals
- Sicherheit ??????



Die Haftungsangst des Personals wird von Studien kaum aufgenommen:

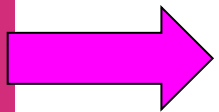
Übertreibung und realistische Einschätzung

Das Sicherheitsdenken in Pflegeheimen sorgt für eine Haltung

- **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 vorgenommen wurde
- Botschaft: **Nichtfixierung = unverantwortlich** und bedarf der Rechtfertigung
- **PFK = Fixierungsverantwortliche;** Richter muß sich auf deren fachliche Einschätzung verlassen
- Haltung geht top→down, wie bottom→up

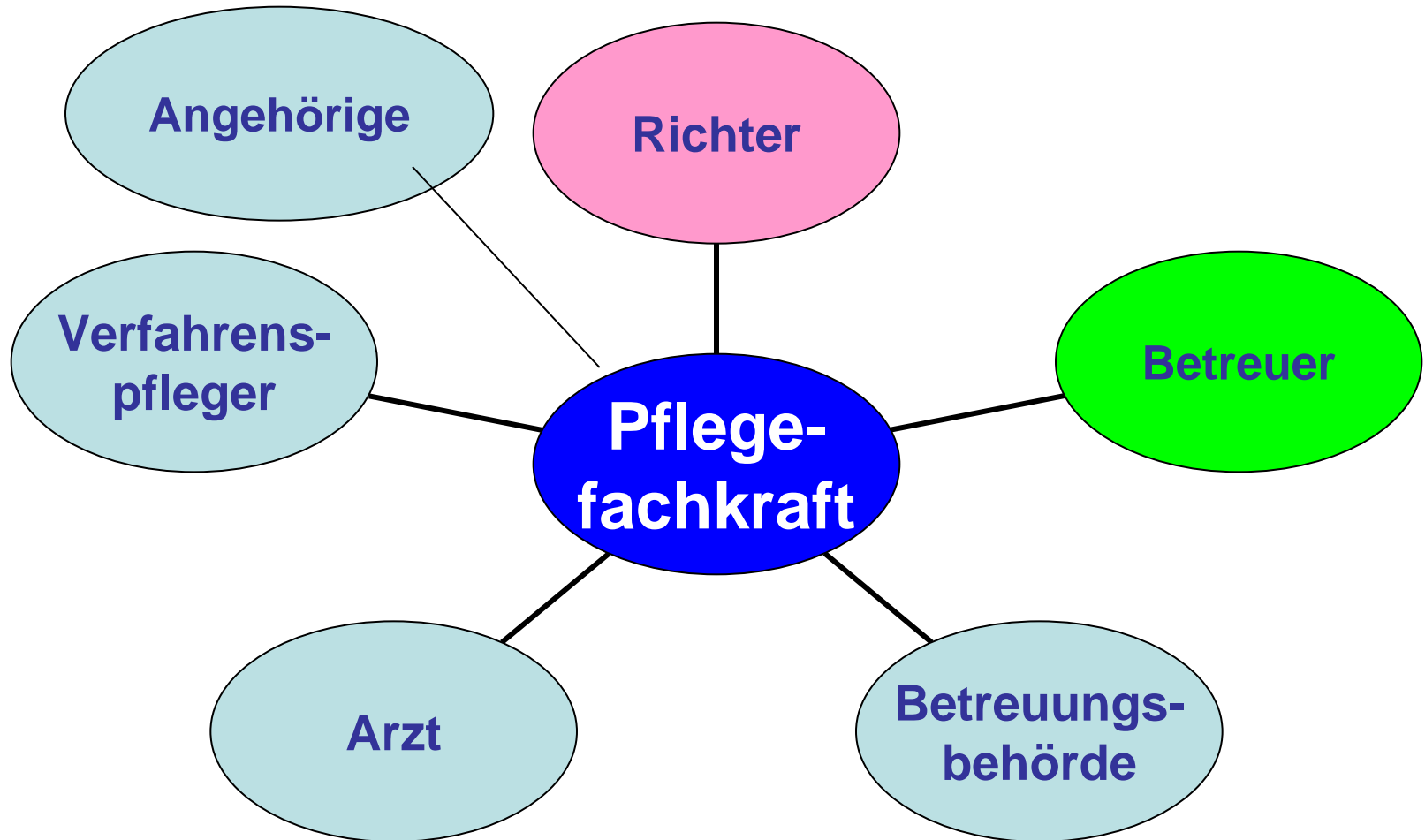
Verhältnis von Entscheidung und Beratung durch das „Netzwerk“ bei FEM

- 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)

Zur Erinnerung: Was will die PFK?

- 1.,2., und 3.: Sicherheit !
- Bisherige Lösung: was kann die PFK tun, um Sicherheit zu erlangen?
- „Sicherheit für wen?“ Sicherheit= Haftungsargument
- FEM bringt primär die PFK und das Heim in Sicherheit= aus der Haftungslage (vereinbar mit BtG?)
- Anderer Weg: Man nimmt die Sorge des Heimes ernst und fragt:
- Was könnten die anderen Beteiligten zum Sicherheitsbedürfnis der PFK beitragen?



Wo kann wer dazu beitragen, neue Signale ins Heim zu tragen

- **Wo?** Vor Ort: Landkreis, Kommune, Träger
- **Wer?** BtGericht, Behörde, Betreuer, Angehörige
- **Und:** Heime in Persona ihres Führungspersonals
- **Was?** Es bedarf anderer Signale Richtung Heim
- **Signal 1:** Die Vermeidung von FEM in der Pflege ist gewollt und zu begrüßen

Heime brauchen neue Signale

- **Signal 2:** Alle Beteiligten bestärken die Pflegeeinrichtungen bei Anstrengungen, FEM zu vermeiden auch bei vermeintlich höherem Haftungsrisiko
- **Signal 3:** Angebot an die Pflegeheime: Entscheidungen von FEM-Verzicht werden gemeinsam mitgetragen
- **Signal 4:** Pflegeheime verpflichten sich, **jede** einzelne **Fixierung regelmäßig** kritisch zu **überprüfen**
- **Signal 5:** Gemeinsam ständiger **Austausch** und **Erweitern** des **Wissens** in der Kommune

Kleine Änderungen bewirken mitunter viel

- **Erste Konsequenz:** Neuausrichtung der Funktion des **Verfahrenspflegers:**
- Bisher durchweg Rechtsanwälte (nicht zwingend)
- Neu: pflegerische Fachlichkeit und Betroffenenperspektive; geschult von Btbehörde, Heimaufsicht und in LTC ausgewiesener Pflegewissenschaft
- Dazu: zusätzlich zum ärztlichen bestellt das Gericht ein **pflegefachliches Gutachten** zur Erforderlichkeit der beantragten FEM

Neuausrichtung des Verfahrenspflegers

- **Alt:** Verfahrenpfleger=Rechtsanwalt;pflegerisch unbedarft
- **Neu:** Verfahrenspfleger hat pflegefachliche Kompetenz & er ist der Botschafter des Neuen Klimas: FEM-Vermeidung
- Neben starrem Sicherheitsdenken: Alternativen führen zur Vermeidung von FEM
- In Initiative von AG und Btbehörde steckt ein 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
- Nächster Schritt: die Handlungssicherheit erweitern, auch ohne Beteiligung des Gerichts : Heimaufsicht & MDK = Multiplikatoren

Das ist der „Werdenfelser Weg“

- Eingang Fixierungsantrag beim AG (Eilverfahren):
- Vorläufige Entscheidung binnen 6 Wochen
- 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)**

„Werdenfelser Weg“(3)

- **Kein statistisches Material**
- **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)**
 - **Für Einzel-Fallbesprechung: Einbeziehung PFK**

Klassische WIN-WIN-Situation

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

Fazit: FEM in Heimen

Es gilt:

zu gewinnen: Betreuungsrichter

**Zu überzeugen: Heimleiter, PDL und
Angehörige; Heimaufsicht & MDK**

**Es gilt aber auch der (ehemalige) Leitsatz der
Diakonie Düsseldorf:**

„Doch, doch: das geht“

Ab 1.1.2011:

Werdenfelser Weg in Witten

Angebot von Universität Witten und PEA e.V.



Evil is knowing better, but willingly doing worse.
Philip Zimbardo: The Lucifer Effect, 2007



http://www.ted.com/talks/philip_zimbardo_on_the_psychology_of_evil.html; 2008

Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

U.Brucker@mds-ev.de

 0201 8327-132

www.mds-ev.org

www.pea-ev.de