



Fixierungen im Pflegeheim und in der ambulanten Versorgung

Dementia Fair Congress 18. Februar 2009, Hamburg

Uwe Brucker

Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung, MDS, Essen

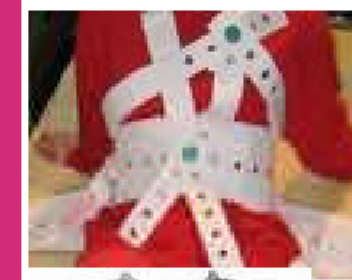
u.brucker@mds-ev.de



**Fixierung ist Gewalt an
Pflegerbedürftigen**



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



Gewalt Begriffsbestimmungen

Margarete Dieck, 1993 (DZA, †):

- systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf die Befindlichkeit des Adressaten

Funktion der Gewalt bei M. Dieck

- Verteidigung der eigenen Ansprüche und Erhaltung der Kontrolle⇒ Bewältigungsstrategie für eine Situation

Differenzierung nach

- Aktiver/passiver Vernachlässigung (neglect) und
- Mißhandlung (abuse)

Gewalt Begriffsbestimmung (2) WHO, 2003

- absichtliche Gebrauch von
- angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder
- physischer Macht gegen
- die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft,
- der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu
- Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.

WHO: Weltbericht und Gesundheit, 2003

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 2007

Präambel

Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde...

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie das Einschließen, das Angurten oder das Verabreichen ruhigstellender Medikamente, können eine schwerwiegende Belastung darstellen und gesundheitliche Gefahren mit sich bringen. Deshalb muss während der Dauer der Maßnahme eine kontinuierliche Beobachtung durch dafür qualifizierte Personen gewährleistet sein. Ferner ist regelmäßig zu prüfen, ob die Maßnahme noch erforderlich bzw. gerechtfertigt ist.

Fixierungen durch mechanische Vorrichtungen

- Das Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter oder besondere Schutzdecken,
- Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln
- Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl, Festigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
- Abschließen der Zimmertür, hoch angebrachte, schwer schließende Türöffner, Zahlenkombischlösser etc

Was ist Fixierung, was nicht?

- Was Fixierung ist und was nicht: ist jeder beruflich Pflegenden bekannt
- Auch die rechtlichen Voraussetzungen
- Die Formalia der Fixierung sind bekannt, es wird sich daran gehalten (MDS 2007)
- Dennoch: es wird in D nach wie vor fixiert:
Nicht überall gleich oft
Aber mit immer wiederkehrenden Gründen

Begründungen 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 %**

© 2006 MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.



Untersuchungslage suboptimal

FEM werden bestimmt von

- Persönlichen Haltungen Pflegender

Werner et al. 2000; Karlsson et al. 2001; Myers et al. 2001

- Erleben & der Umgang mit Belastung ist abhängig von Personenmerkmalen, Setting (Sequiera et al. 2004)

- FEM = Widerspruch zum pflegerischen Selbstverständnis

(Quinn 1993; Marangos-Frost et al. 2000; Sequiera et al. 2004)

Häufigkeiten von FEM

- zwischen fünf und 70 Prozent (Hamers, Huizing 2005, Evans et al. 2002, DeVries et al. 2004, Evans & Cotter 2008)

In D Befragungen

- Köln: circa 30 Prozent Bewohnern (Pfundstein 2004)
- München circa 40 Prozent (Hoffmann, Klie 2004)

In HH (N=2.367) Beobachtungsstudie. in 12 Monaten: 39,8 Prozent; Varianz von 4,4 bis 58,9 Prozent je nach Einrichtung

- 52,4 Prozent erhielten mind. ein psychotrop wirkendes Medikament (Köpcke, Meyer 2008)

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

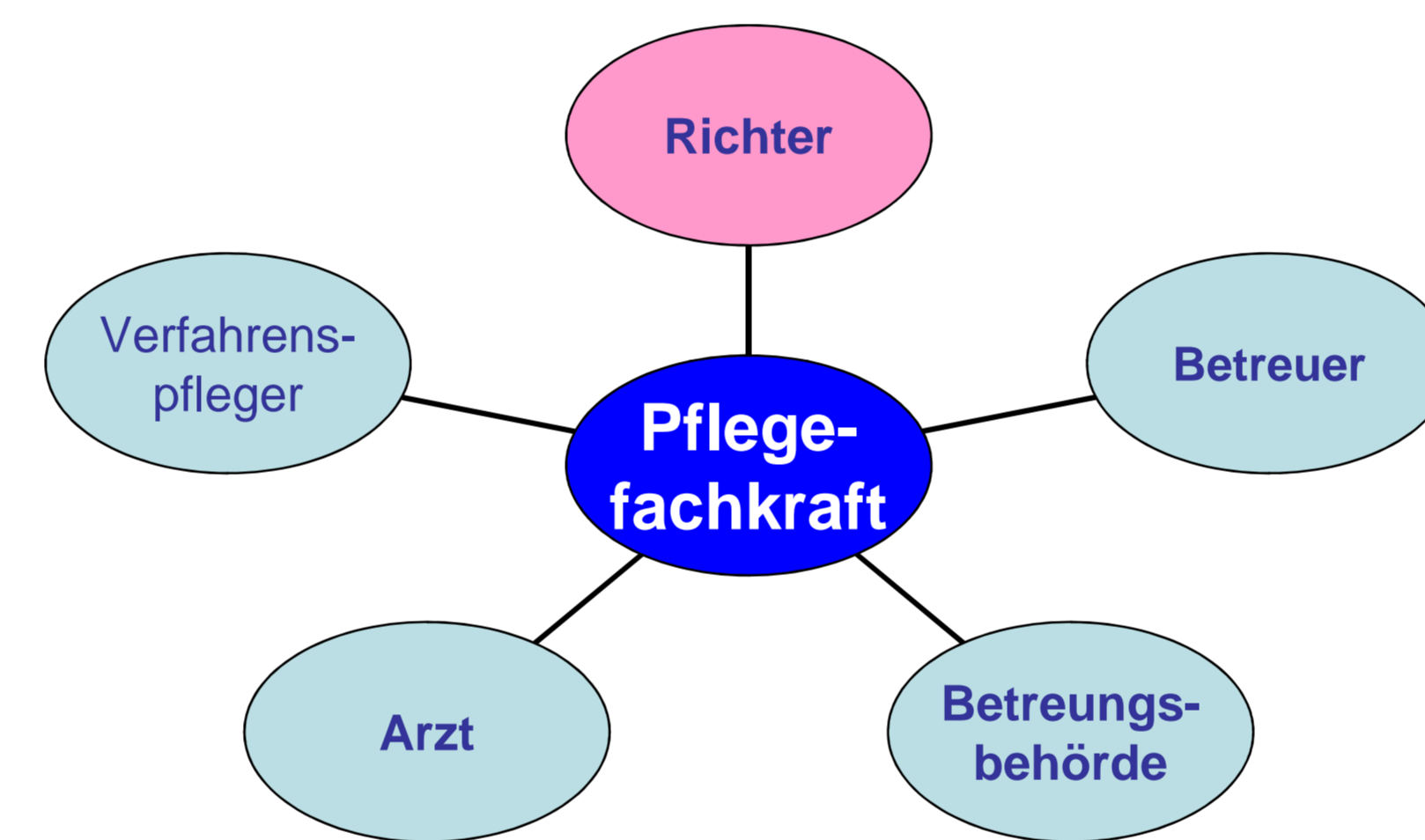
- Mit einem Fuß im Gefängnis
- Haftungsfragen:
- Sicherheit beim Bewohner
- Sicherheit der Angehörigen
- Sicherheit ??
- Sicherheit ?????



Klima des Sicherheitsdenkens in Pflegeheimen

- **Positive Verstärkung durch Gerichte:** Antrag Genehmigung § 1906 Abs.4 BGB:
- **wir müssen Stürze vermeiden (Heim):**
Genehmigung FEM: Weniger Stürze - na klar
- 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

Verantwortungsebenen bei Fixierung

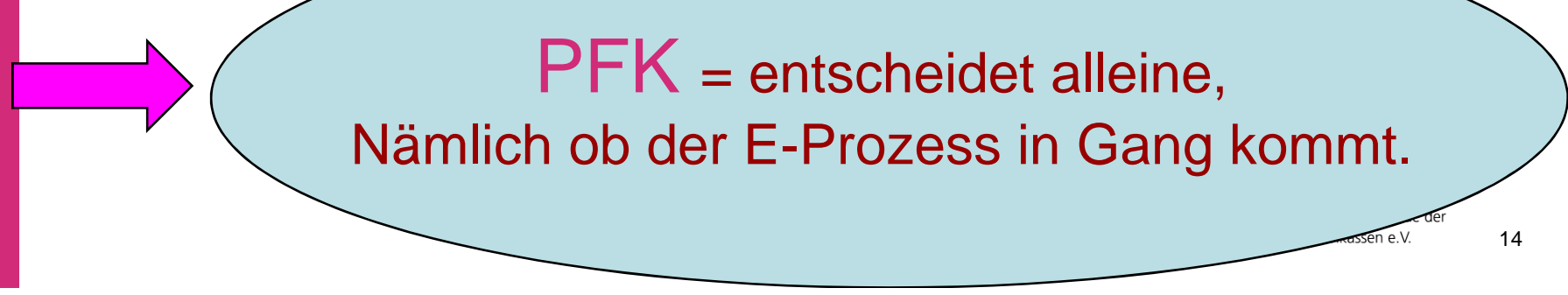


Uwe Brähler: MDS e.V. - Fahrgast/Pflegefachliche Versorgung

MDS
Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der
Krankenkassen e.V.

Verhältnis von Entscheidung und Beratung bei FEM

- Richter genehmigt FEM: ist abhängig von Infos und Einschätzungen der PFK
- Betreuer berät sich mit PFK
- 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.

Zu setzende Signale

- Wo? Vor Ort: Landkreis, Kommune
- Wer? Gericht, Behörde, Heime, Betreuer
- Was?
- Signal 1: Vermeidung von FEM in der Pflege ist gewollt und zu begrüßen

Signale

- **Signal 2:** Allen Beteiligte bestärken Pflegeeinrichtungen bei Anstrengungen FEM zu vermeiden bei vermeintlich höherem Haftungsrisiko
- **Signal 3:** Angebot an die Pflegeheime: Entscheidungen von FEM-Verzicht werden gemeinsam mitgetragen

Signale 4 und 5

- **Signal 4:** Pflegeheime werden angehalten, **jede** einzelne **Fixierung regelmäßig** kritisch zu **überprüfen**
- **Signal 5:** Gemeinsam im Landkreis das **Wissen** ständig **austauschen** und **erweitern**
- **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: 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 auch ohne Beteiligung de Gerichts erweitern: Heimaufsicht = Multiplikator**

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
- 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

Uwe Brähler, MGS e.V. - Fachdienst/Pflegekassen-Vereinbarung



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 verringert bestehendes Risiko?
- Abwägen: Verschlechterung der Lebenssituation bei FEM
- Zusammenfassung Empfehlung (2 Sätze)
- Verfassungspflegschaft bleibt aufrecht erhalten (Folge)

„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)

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“
- „es“??
- FEM = freiheitsentziehende Maßnahme
- Oder nach dem inzwischen wieder abgeschafften Leitsatz der Diakonie Düsseldorf:

Doch, doch: das geht

- Doch, doch: das geht
- Doch, doch: das geht

FEM in der Häuslichkeit, ambulant

- So gut wie keine Untersuchungen dazu
- Geplant: Hochschule der Polizei, Münster

Daher :

allgemeine Beschreibungen der Situation

Belastungen bei Pflege und Betreuung

Überforderung von Pflegenden

- Zeitdruck
- zeitliche Beanspruchung der Pflegeperson
- gestörte Nachtruhe
- Sandwich-Position
- Unvorhersehbarkeit der anfallenden Pflegeaufgaben mit gleichzeitiger körperliche und psychische Belastung
- mangelnder Spielraum in der Lebensgestaltung
- Unwissen über psychische und physische Erkrankungen
- keine Vorbereitung auf Belastung und Beanspruchung
- ältere Pflegeperson
- Aufgabe der eigenen Erwerbsarbeit

Belastungen bei Pflege und Betreuung

Problematische Kontextfaktoren

- Soziale Isolation
- mangelnde Wahrnehmung der Umwelt für die Probleme des Pflegenden
- Belastungen durch pflegeferne Aufgaben wie Versicherungen und Ämter
- ökonomische Zwänge als Hauptmotiv der Pflegeübernahme
- sozialschwache Schicht
- Charakteristika der Pflegeperson und des Pflegebedürftigen
- schwierige zwischenmenschliche Beziehung
- ungeeignetes Wohn- Pflegeumfeld

Aspekte zur Entstehung von Gewalt in der Pflege



Zu den individuellen Faktoren

- Schlafdefizit
- Unzureichende Kenntnis des Krankheitsbildes
- Überlastung durch mehrere Rollen
- Eigene körperliche und seelische Probleme
- Geringe Belastungs- und Stressbewältigungsfähigkeit
- Mangelnde Fertigkeiten
- Überforderung
 - besonders bei:
 - Kognitiven Einschränkungen
 - hoher Pflegeaufwand (Pst III)
 - Sterbephase
 - zu Beginn der Pflege
- Frustrationstoleranz



Zu den familiären Faktoren

- Konfliktbehaftete Beziehung
- Rollenwechsel
- Stabilität der Partnerschaftsbeziehung
- Familienstruktur
- Umgang und Bewertung von Gewalt in der Familie

Zu sozialen Faktoren

- Vereinsamung aufgrund der Pflege
- Reduzierung sozialer Kontakte z.B. um Misshandlungen zu kaschieren
- Finanzielle Not
- Wohnbedingungen
- Mangelnde Unterstützung
- Fehlende Kenntnisse über Hilfsangebote > Pflegeberatung
- Finanzielle und wirtschaftliche Sicherung

Zu kulturellen Faktoren

- Pflegeverpflichtung von Frauen und (Schwieger-) töchtern
- (Vor-)urteile gegen das Alter
- Scham der Opfer vor der Öffentlichkeit durch Tabuisierung der Thematik
- Akzeptanz von Gewalt
- Gesetze, Verantwortung und Strafen



Aggression und Gewalt des zu Pflegenden

- Aggressives Verhalten aufgrund des Gefühls der Abhängigkeit und Hilflosigkeit; Rollenwechsel
- Aggressives Verhalten aufgrund von Gewalterfahrung in der Biografie
- Aggressives Verhalten aufgrund des Krankheitsbildes
- Persönlichkeitsveränderung bei neurologischen oder bei dementiellen Erkrankungen
- Milieu
Temperatur, Reizüberflutung, Unruhe
- Freiheitsentzug



Uwe Brähler, MDE e.V. – Fachverband Pflegefachberufe

Formen von Gewalt am Beispiel AEDL „sich kleiden“ und „Mobilisation“

- Einschließen von Kleidung oder nur der Handtasche
- ungewolltes Anziehen
- ungewolltes Anziehen von Jogginganzügen, Morgenmänteln oder Strumpfhosen statt Strümpfen auch tagsüber nur Nachthemden bzw. Nachkleider anziehen
- "Strampelsack", „Schneemann“, „Heia-Decke"
- Anziehen von ungewollter Rollstuhlkleidung
- generell Kleider von Verstorbenen als Stationskleider anbieten
- Verweigern von Miederwäsche
- zwanghafte Lagerung
- Zwangsmobilisation
- Verweigerung bzw. Nichtanpassung von Gehhilfen
- Verweigerung eines speziell angepassten Rollstuhls
- Nichtanpassung an motorische Fähigkeiten (z.B. beim Gehen: zu schnellgehen, mitziehen)
- Ausführen von ruckartigen Bewegungen
- Anbringen eines "Bewegungsmelders" wider Willen

Rahmenbedingungen und Ressourcen

Rahmenbedingungen

- Sauberkeit der Wohnung, des Zimmers, des Bettes, der Kleidung.
- Angemessenheit der Ausstattung für die Lebenssituation und die notwendigen Pflegemaßnahmen
- Angemessenheit der Bekleidung auch im Hinblick auf die jeweilige Tages- und Lebenssituation

Ressourcen

- Wer trägt die Lasten und Kosten?
- Wer kann die Pflege unterstützen?

Wie Gewalt erkennen? Körperlicher Status

- Trockene Haut und stehende Hautfalten als Anzeichen für Austrocknung
- Verletzungszeichen (alte Verletzungen) ohne adäquates traumatisches Ereignis
- Geformte Hautunterblutungen als Zeichen eines einwirkenden Gegenstandes
- Rektale und genitale Blutungen
- Rötungen, Schwellungen und Schürfwunden an Hand- oder Fußgelenken
- Dekubitus (Kritische Prüfung der Gesamtsituation und der Pflegedokumentation)
- Verlust der Kopfhare durch Ausreißen
- Hämatome an nicht sturz- oder anstoßtypischen Stellen



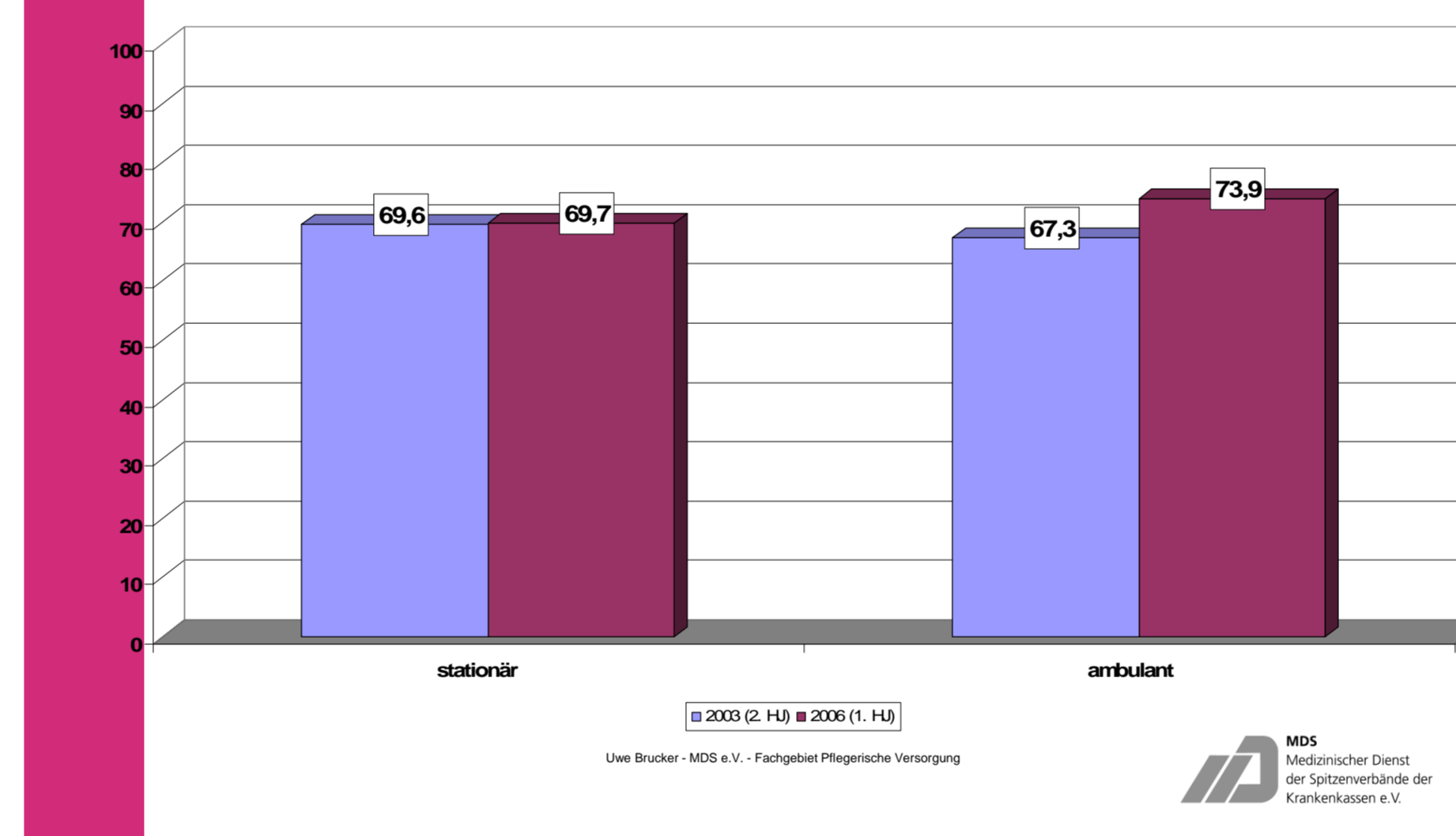
Geistiger Status

- **Stimmungsveränderungen**
- **Depressionen**
- **Rückzug**
- **Aggressionen**
- **Scheu**
- **Selbstvernachlässigung**
- **Schwierigkeiten eigene Bedürfnisse auszudrücken**
- **Unterwürfigkeit**



Versorgung von Menschen mit Demenz angemessen

Vgl. 2. HJ 2003 / 1. HJ 2006



Besonderheit: Demenz & Gewalt

Gewaltspirale bei Demenzkranken

- Ängste durch Verknennung der Umwelt beim Erkrankten und Ausdruck der Ängste in Gewalt gegen die Pflegeperson.
- Gegenreaktion der Pflegeperson durch Überlastung und/oder mangelnde Kenntnis der Krankheitssymptome.
- Herausforderndes Verhalten bei MmD, KDA, 2007

1. Verstehende Diagnostik 2. Verhalten in der Praxis erfassen

3. Validieren = für gültig erklären 4. Erinnerungspflege

5. Berührung und Basale Stimulation 7. Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen

MmD mit Respekt und Würde begegnen

Try this (alzheimer's association 2003)

- Kommuniziere klar, langsam, und ruhig; schau den Patienten dabei an, nenne ihn bei seinem bevorzugten Namen, Gesten und Berührung, sei entspannt und lächle
- Verstehe die Gründe des Patienten, wieso er das Bett verlassen will: meisten will er nur aufs Klo
- Schutz vor Stürzen und Verletzungen: Nachtbeleuchtung im Bad; Funktionserhaltung durch tägliche Gewichtsorientierung, bequemes Sitzen; rutschfeste Hausschuhe; am Bett- oder Türrahmen: "Sturzrisiko"; besondere Aufmerksamkeit: bei Schichtwechsel
- Biete Aufsicht: nimm den Patienten näher zum Schwesternzimmer, „use monitors“
- Werte Schmerz- und Behandlungsprotokolle aus aus: www.hartfordign.org

Fünf Wege der Prävention und Intervention

1. Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Schulung

- Problembewusstsein und Wissen schaffen
- Gewaltindikatoren und Hilferessourcen individuell benennen
- Personen im Umgang mit Gewalterfahrungen, Ursachen von Gewalt und einschlägigen Verdachtsituationen schulen

2. Praxisforschung mit Implementierungsvorschlägen

3. Beratung, Hilfe und Unterstützung

4. Kontrolle, Abschreckung und Ahndung von Gewalt

5. Makrosoziale Ebene

- Einfluss nehmen auf Gesetzgebung und politischen Entscheidungen
- Infrastrukturentwicklung

Pflege und Gewalt




Uwe Brähler: MDS e.V. - Fahrgast/Pflegeische Versorgung

MDS
Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der
Krankenkassen e.V.

Pflege und Gewalt



Uwe Braker: MDS e.V. - Fahrgast-Pflegeische Versorgung



Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

U.Brucker@mds-ev.de

☎ 0201 8327-132

www.mds-ev.org

www.pea-ev.de

Uwe Brucker: MDS e.V. - Fahrgast-Pflegerische Versorgung

 MDS
Medizinische Dienst
der Spitzenverbände der
Krankenkassen e.V.

44