



Verantwortungsbewußter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

Hermann-Josef Schwarz

Sozialpsychiatrischer Dienst - GA Landau /Südpfalz

Nervenarzt

Moderation: Richterin Carola von Looz-Corswarem –
RAG Kerpen



Stadt Kerpen Die Bürgermeisterin

Unser Team grüßt Kerpen !



Sensibilisierung !

Systemische
Betrachtung !

Interdisziplinäre
Zusammenarbeit !

Kleine Schritte !

Das Arsenal !



26.05.2008

Spannungsfeld

Art 1,2 GG

- Menschenwürde
- Freiheit der Person
- Entscheidungsfreiheit
- Selbstbestimmung

BGH 28.4.2005

„Würde steht über dem Schutz“

§ 2 Abs 1 HeimG

- Vertragliche Pflichten des Trägers Gesundheit und Unversehrtheit des Bewohners zu schützen

§80 SGB XI Pflege
Qualitätssicherung

Zielkonflikt

Ethisches Dilemma

„Fürsorgepflicht“ :

Schutz der körperlichen
Unversehrtheit

„versus“

Recht auf Freiheit der Person
Wahrung von Würde
Förderung von Freiheit und Autonomie



Hantikainen V & Käppeli S 2000
Haut A et al 2007 (Review)

§ 2 Heimgesetz (HeimG)- 5.11.2001

(1) Zweck des Gesetzes ist es,

1. die **Würde** sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen,
2. die **Selbständigkeit**, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern,
3. die Einhaltung der dem Träger des Heims (Träger) gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern **obliegenden Pflichten** zu sichern,
4. die **Mitwirkung** der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern,
5. eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende **Qualität** des Wohnens und der Betreuung zu sichern,
6. die **Beratung** in Heimangelegenheiten zu fördern sowie
7. die Zusammenarbeit der für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern.

(2) Die Selbständigkeit der Träger der Heime in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben bleibt unberührt.

OLG Urteil – pro Fixierung

OLG Dresden 23.09.2004 – 7 U 753/04

Bejahung von FeM wegen besonderer
Pflichtenstellung des Trägers

Beweislastumkehr wegen Verletzung
berufsspezifischer Pflichten analog § 282 BGB

Sturzgefahr nicht lediglich Teil des allgemeinen
Lebensrisikos

OLG Urteil – Jein zur Fixierung

Urteile

In seinem Urteil vom 04.02.2003 betonte das Oberlandesgericht Hamm, dass ein universeller Schutz von Pflegeheimbewohnern nicht gewährt werden könne. Welche Maßnahmen zum Schutz gegen Stürze erforderlich seien, hänge vom individuellen Grad der Behinderung und der Gebrechlichkeit sowie vom zumutbaren personellen Aufwand seitens der Pflegeeinrichtung ab.

BGH Tendenzen

- Frühere Urteile: eher Pflicht zur Fixierung
- Heute: Sorgfaltsmaßstab als „state of the art“ bzw. als allgemein anerkannter Standard (= geschuldete Heimleistung nach HeimG)
- Noch: Beweislastumkehr bei unterlassener Fixierung bzw. bei Stürzen im beherrschbaren Gefahrenbereich
- Also gilt Heute: Prüfung von Alternativen zur Fixierung wegen neuerer Pflege-Forschung und anderen Erkenntnissen zu FeM

BGH Urteil – 2005

- BGH Urteil 28.4.2005 – III ZR 399/04
- 1.1.2002 Heimgesetz – Leistungen sind nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen
- Heimvertrag führt zu Obhuts- und Verkehrssicherungspflichten

Was sind FeM ?

- Maßnahmen gegen das Entweichen in Gebäuden:
Tür abschliessen , Personenortungsanlage, elektronische Fesseln, Zurückhalten durch Personal
- Einschränkung von Bewegungsfreiheit durch mechanische Maßnahmen :
Bauch/Bein/Arm-Gurte, Tischbretter, Leibchen, Bettgitter, Schoßtablette, Steckbretter
- Chemische Fixierung durch Psychopharmaka
- unterbringungsähnliche Maßnahmen (BtG)= FeM auf einer offener Station (Bettgitter).

Alles bereit
zum Fesseln?



26.05.2008

FeM nur gestattet

- Einwilligung des Heimbewohners
- Notwehr/ Nothilfe nach 32 StGB (Angriff auf Dritte)
- rechtfertigender Notstand § 34 StGB (Bewegungsunruhe mit EG/FG)
- mit richterlicher Genehmigung + Zustimmung des Betreuers
- „Anordnungscompetenz beim Arzt“, nur Ausnahmsweise beim Pflegepersonal

§ 1906 BGB Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine **Unterbringung** des Betreuten durch den Betreuer, die **mit Freiheitsentziehung** verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. **auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung** des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. **eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff** notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung **die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.**

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

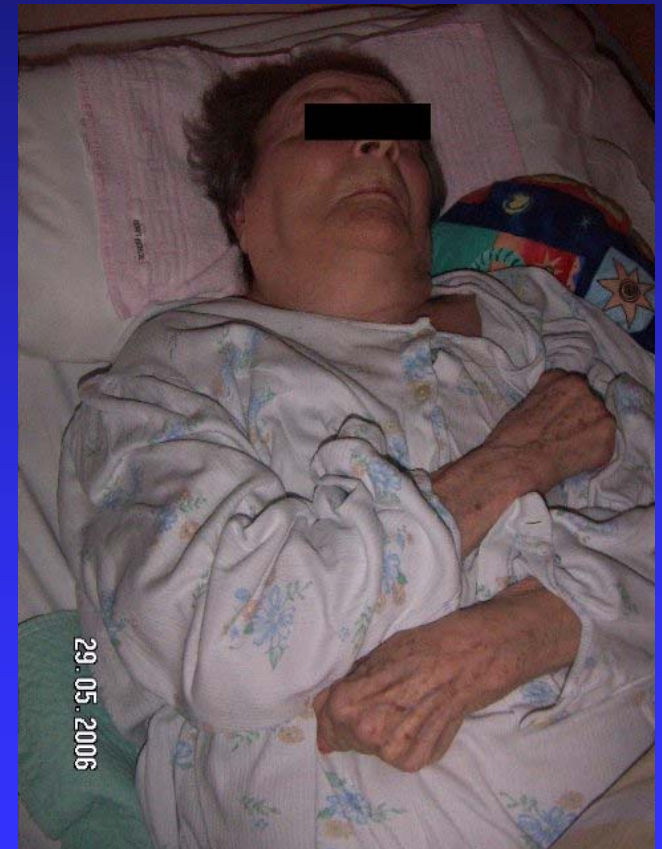
(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer **Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung** aufhält, **ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen**, Medikamente oder auf andere Weise **über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig** die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzt voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

Genehmigungspflicht der FeM

- Natürlicher Wille zur Fortbewegung
- Fehlende Einwilligungsfähigkeit
- Hinderung an der Fortbewegung



! nur bei erheblicher Gefährdungslage
infolge psychischer Krankheit !

Fixierungshäufigkeit in Seniorenheimen (MuG IV)*

- Pflegebedürftige:
33% durch Bettgitter, 5% körpernah
- Pflegebedürftige mit psych. Auffälligkeiten
41% durch Bettgitter, 7% körpernah

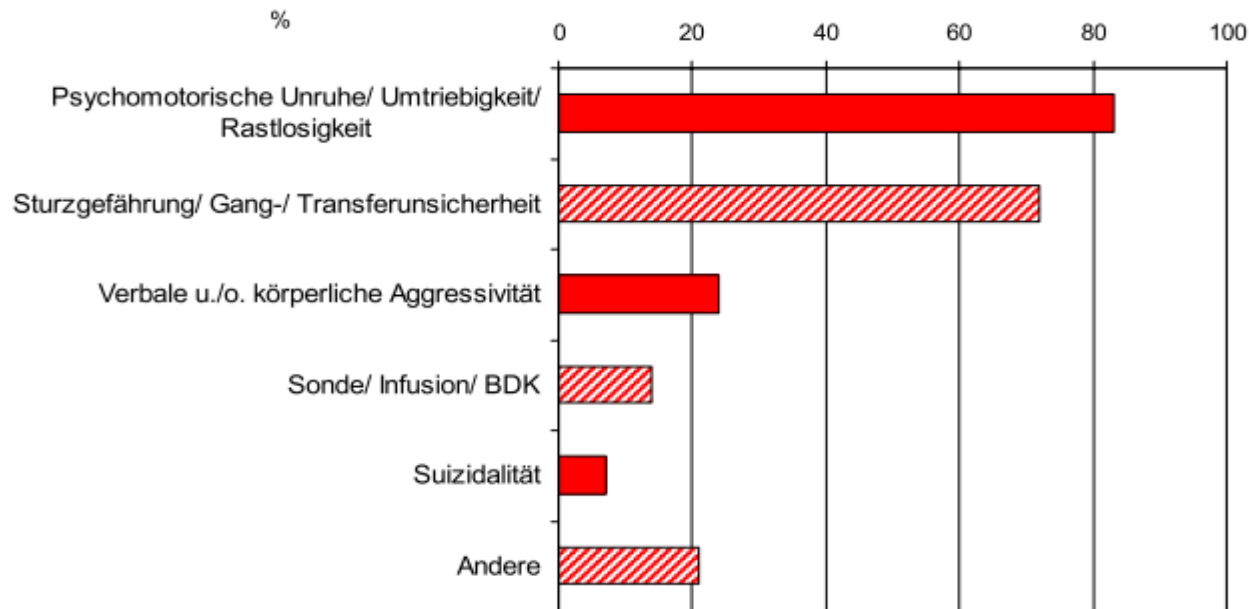
*Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären

Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen

Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München November 2007)

Warum wird fixiert ?

Warum wird fixiert (Begründungen)?



Häufigkeit von Begründungen für Fixierungen (Gerontopsychiatrie)

Bredthauer 2002



Andere Gründe für Fixierungen?

Gründe für Fixierungen („Evidenz“)

- **Patientenorientierte:** Stürze, Verhalten
- **Behandlungsorientierte:** Medizin./pfleg. Maßnahmen
- **Sozialorientierte:** Konfliktvermeidung
- **Personal- und organisationsorientierte:** Personalschlüssel, Recht
Einstellungen/Haltungen

Mammun K et al 2005, Klie T et al 2004, Kirkevold Ø et al 2004,
Werner P 2002, Moore K et al 2007, Koch S 2006, Hantikainen V 2001
Hamers JP & Huizing AR 2005, Haut A et al. 2004 (review)



Die
„Vollfixierung“

Jährliche Hüftfrakturen in Deutschland

- 122 hüftnahe Frakturen / 100.000 Einwohner
- 650 hüftnahe Frakturen / 100.000 Einwohner über 65 Jahre alt
- 4000 hüftnahe Frakturen / 100.000 Pflegeheimbewohner oder:
jeder 25. Heimbewohner 1x 1 Fraktur / Jahr

Fixierungsgründe

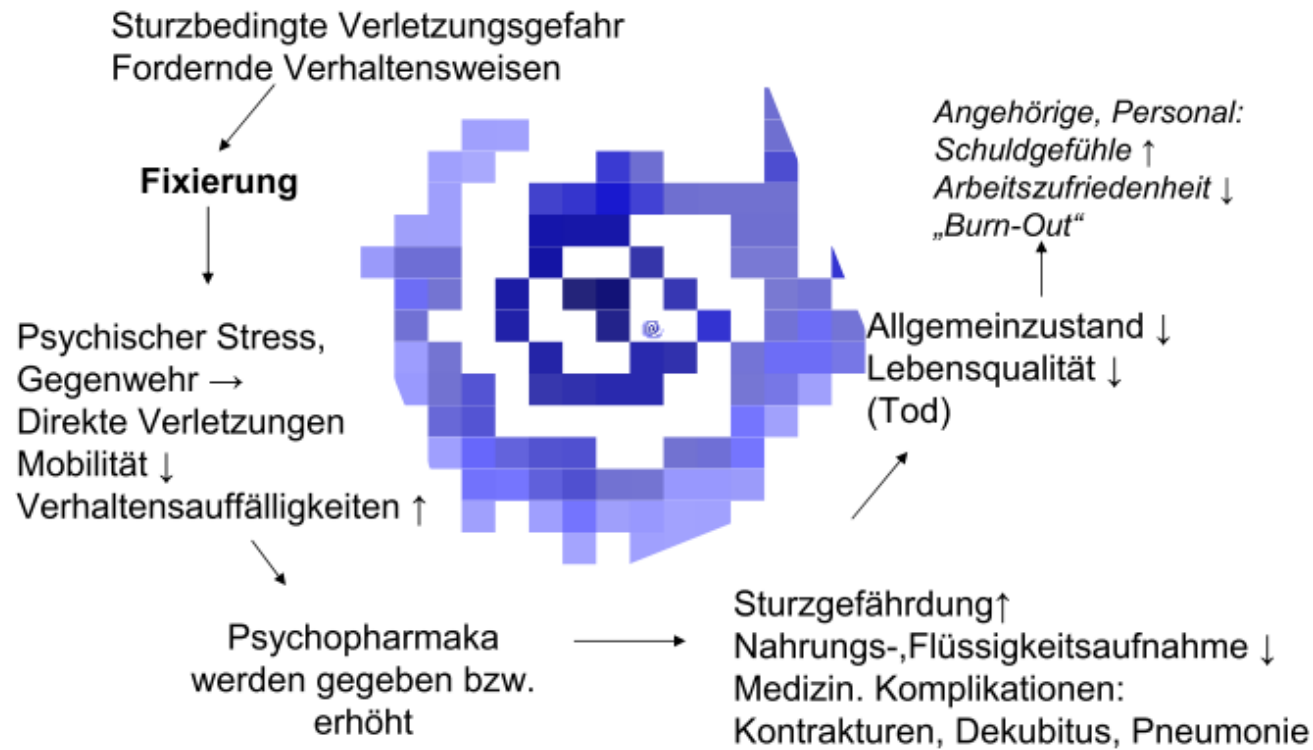
- Sturzgefahr
- Unruhe / herausforderndes Verhalten
- Pflegebedürftigkeit
- Inkontinenzprobleme



Sturzgefahr
wirklich ein
Fixierungsgrund ?

Negativspirale Fixierung

„Negativspirale“ Fixierung



Besserung durch Fixierung ?

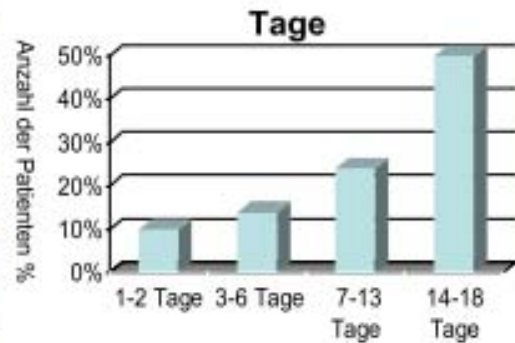
Stand des Wissens: „Nein!“

1. Fixierte Menschen: Stürze ↔ (↑)
 Ernsthafte sturzbedingte Verletzungen ↑
 Verhaltensauffälligkeiten ↑
2. Fixierungsreduktion: Verletzungsrisiko ↓
 Psychopharmaka ↔↓
 Personalschlüssel ↔
3. Keine Studie weltweit zeigt positiven Effekt von Fixierungen
4. Daten über negative Folgen (Verletzungen, Stress) sind alarmierend

Systematic Review: The Joanna Briggs Institute 2002

Wie lange wird fixiert ??

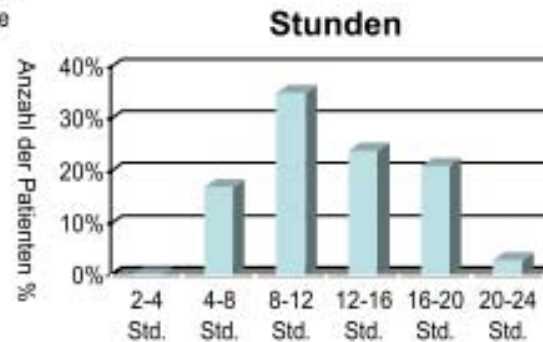
Wie lange wird fixiert?



Fixierungsdauer
von Patienten mit Demenz
in der Gerontopsychiatrie
n=29

Beobachtungszeitraum: 18 Tage nach Aufnahme

Bredthauer 2002



Stürze – ein wichtiges Thema !

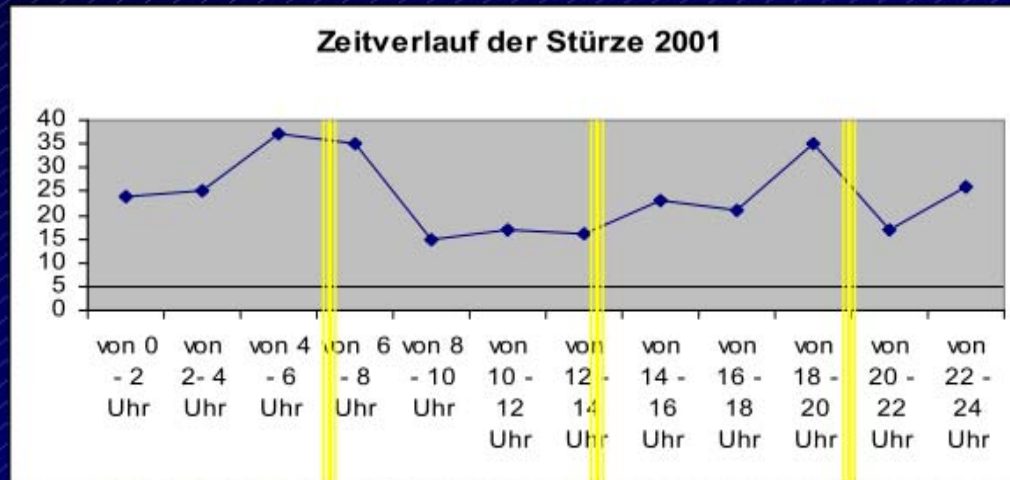
Sturzhäufigkeit

- Jeder zweite Heimbewohner 1x / Jahr (= 50 % !!)*
- Gehfähige Bewohner 4 x / Jahr

* Hüftschutzhosen könnten bis 90 % der Hüftfrakturen verhindern

Wann wird gestürzt ?

Beispiel: Sturzverteilung

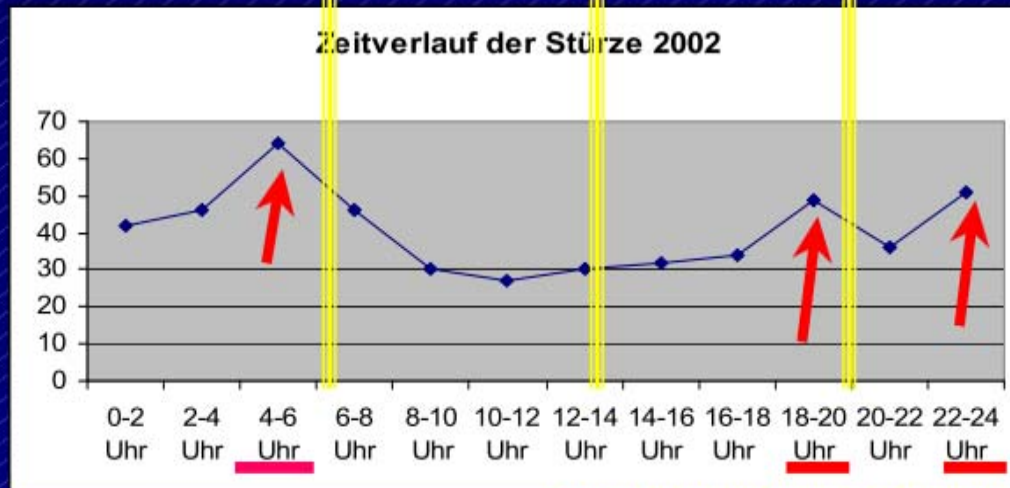


Sturzhäufung an
folgenden Zeiten:

zwischen 4 und 6 Uhr

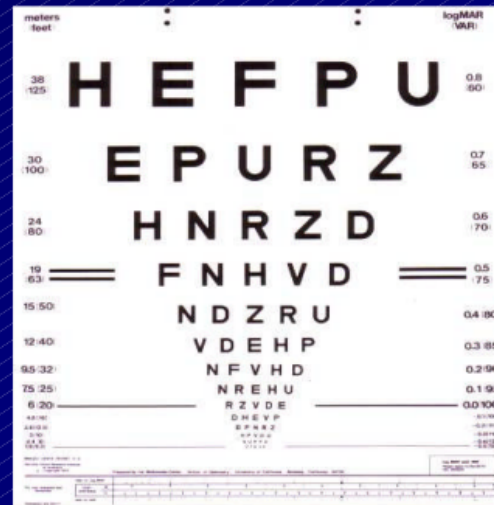
zwischen 18 und 20 Uhr

zwischen 22 und 24 Uhr



Sturzrisiken

Warum stürzen wir? (Sturzrisikofaktoren)



Expertenstandard Sturzprophylaxe /
Ulrich Reißmann / 24.11.2005

Sturzrisikofaktoren

Wichtigste bekannte Sturzrisikofaktoren (Angabe der Risikoerhöhung)

Standunsicherheit	x 1,7
Gangunsicherheit	x 2,3
Schwierigkeiten beim Aufstehen	x 2,2
Kognitives Defizit	x 1,9
Psychopharmakaeinnahme	x 1,9
(Drang-)Inkontinenz	x 2,3
Visusminderung	x 1,6
Sturz in den letzten Monaten	x 4
Gurtfixierung	x 2



Wo wird im KH gestürzt ?

Sturzumstände-Sturzfolgen

Sturzumstände			Verletzungskategorie			
(Kategorien)	N	in %	1	2	3	4
(1) Sturz aus dem Bett	110	45,4%	56	16	32	6
(2) Laufen	36	14,8%	10	7	15	4
(3) Aufstehversuch Bett	26	10,7%	17	3	5	1
(4) Laufen mit Hilfsmittel	18	7,4%	5	3	9	1
(5) Transfervorhaben	13	5,4%	5	3	4	1
(6) aus Stuhl/Rollstuhl	11	4,5%	6	4	1	0
(7) Aufstehversuch Toilette	2	0,8%	0	0	2	0
(8) Ohnmacht, Synkope, Kreislaufdysregulation	9	3,7%	2	1	3	3
(9) Sturz von der Bettkante	6	2,5%	4	1	1	0
(10) Epileptischer Anfall	4	1,6%	0	0	4	0
(11) Alkoholdelir, Drogen	4	1,6%	2	1	1	0
(12) Sehbehinderung	4	1,6%	1	2	0	1
Gesamt	243	100,0%	108	41	77	17

Sturzorte im Heim

- 60 % Bewohnerzimmer
- 30 % im Gang und Gemeinschaftsräumen
- 10 % Toiletten, Bäder

Sturzfolgen

- bis 20 % weitere Abklärung nötig
- bis 5 % Knochenbrüche
- mehr als 90 % der Knochenbrüche sind Folgen von Stürzen
- Hüftfrakturen und Schädelfrakturen sind die schwersten Komplikationen

Hüftfrakturen

- > 100.000 Krankenhauseinweisungen / jahr (1996)
- 80 % Frauen
- jede 3.Frau im Alter bis 90
- bis 40 % der Bewohner versterben im ersten Jahr
- < 50% erreichen wieder Gehfähigkeit

Risikofaktoren für Stürze

- hohes Alter
- weiblich
- frühere Stürze
- Untergewicht
- Pflegebedürftigkeit
- Demenz, Parkinson, Schlaganfall

Personenbezogene Sturzursachen

- Gangstörung
- Balancestörung im Stehen
- Psychopharmaka
- Seheinschränkung (Grauer, grüner Star, Maculaveränderungen)

Umgebungsbedingte Sturzursachen

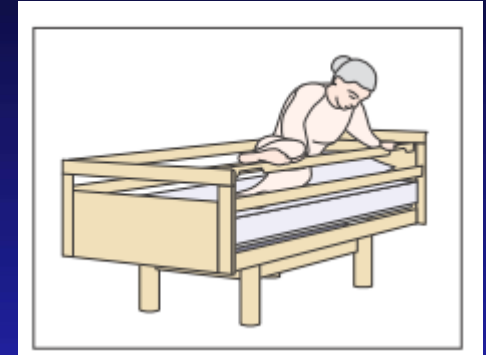
- unzureichende Handläufe an Treppen
- fehlende Haltegriffe im Bad
- lose Teppiche
- unzureichende Beleuchtung
- versperrte oder enge Gehwege

Sturzprävention

- Training (verbessert: Ausdauer, Kraft, Balance, Selbstvertrauen, Blutdruck)
- Anpassung der Umgebung (Entfernung Stolperfallen, Handläufe beidseits an Treppen und in der Naßzelle, Beleuchtung ggfs mit Sensorauslösung)

Stürze und tödliche Komplikationen trotz FeM

Stürze trotz Bettgitter*



- vergrößerte Fallhöhe
- ungünstige Körperhaltung
beim Überklettern

schlimmere Sturzfolgen
als ohne Bettgitter

Die Wirksamkeit von Bettgittern bezüglich der Reduktion des Sturzrisikos bleibt zweifelhaft.
Anders: bei unruhigem Schlaf, Sicherheitsbedürfnis in fremder Umgebung – (Teil -) Bettgitter ggfs nützlich

Sturz trotz Bettgitter

Problematik: Bettgitter

Sturzumstände	N	davon Stürze mit Bettgitter	Lokalisation Bettgitter	Kategorie Verletzungsschwere			
				1	2	3	4
Sturz aus dem Bett	110	8	beidseitig	3	1	3	1
		10	einseitig	4	3	2	1
Aufstehversuch Bett	26	5	beidseitig	2	1	2	0
		0	einseitig	0	0	0	0
Sturz von der Bettkante	6	0	beidseitig	0	0	0	0
		1	einseitig	1	0	0	0
Gesamt	142 (100%)	24 (16,9%)		10	5	7	2

FeM und Todesfälle

34 Personen starben 2003 durch
FeMs in der BRD !

Stürze und Todesfälle trotz FeM



Durchgehend aufgestellte Bettgitter werden ausdrücklich als sturzverhütende Mittel in Frage gestellt, führen im Gegenteil bei Stürzen zu erheblich schwereren Verletzungen.



Abb. 1 Strangulationsposition.

FeM Todesfallraten in der BRD

Tödliche Risiken

Meist werden fälschliche Gründe angegeben, wenn alte Menschen aus Bett oder einen Stuhl gegurtet werden. Sie sollen nicht aus dem Bett fallen oder vom Stuhl rutschen. Doch beim Einsatz von Bauchgurten kommt es immer wieder zu tödlichen Fehlern: Seit März letzten Jahres starben in München sechs Menschen, rumeist erstickten sie qualvoll im Gurt. Vor wenigen Tagen erst starb eine 90-jährige Frau, angegurtet im Stuhl. Die Staatsanwaltschaft München I hat ein Ermittlungsverfahren wegen unbekannter Todesursache eingeleitet. Ein Gutachten dazu, so Oberstaatsanwalt Anton Winkler, soll in zwei Wochen vorliegen. Erst dann ist klar, ob etwa wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung weiter ermittelt wird.

Der Fall wird sicher die Wiener Gerichtsmedizinerin Andrea Berzlanovich beschäftigen, die seit März 2005

Tödliche Fehler

Sechs alte Menschen starben durch „Fixierung“

am Institut für Rechtsmedizin der Universität München arbeitet. Die Professorin untersucht die Todesfälle, die nachweislich im Zusammenhang mit einer Fixierung stehen, im Rahmen einer Studie und will dazu auch noch die Obduktionen der letzten zehn Jahre durchfor-

schauen. Ein gutes Fixierungssystem. Wenn es richtig angewandt wird und die Empfehlungen eingehalten werden, sollte nichts passieren. Verletzungen oder gar der Tod seien die Folge, wenn der Bauchgurt falsch angelegt werde oder



Bei einem städtischen Fachtag haben Experten absenkbare Betten, Sturzprophylaxe und Beschäftigungsangebote als Alternative propagiert. Ganz vermeidbar werde die Fixierung wohl nie sein, glaubt die Gerichtsmedizinerin. Aber wenn fixiert werde, komme es auf die richtige Handhabung an – und auf die Beobachtung der Betroffenen: „Man kann sie nicht Stunden lang allein lassen, sondern muss regelmäßig nach ihnen schauen.“ Sven Loerzer

meiden. In Wien sei ihr in 16 Jahren nur ein einziger Fall bekannt geworden.

„Es gibt viele Möglichkeiten, Fixierung zu vermeiden“, betont die Professorin. Die Stadt hat 2002 eine Studie vorgelegt, wonach jeder zweite der etwa 4000 Münchner Altenheimbewohner fixiert wird. Das bedeutet, der Betreffende wird mit Psychopharmaka ruhig gestellt oder im Stuhl angegurtet. Auch Bettgitter kommen zum Einsatz. Bei einem städtischen Fachtag haben Experten absenkbare Betten, Sturzprophylaxe und Beschäftigungsangebote als Alternative propagiert. Ganz vermeidbar werde die Fixierung wohl nie sein, glaubt die Gerichtsmedizinerin. Aber wenn fixiert werde, komme es auf die richtige Handhabung an – und auf die Beobachtung der Betroffenen: „Man kann sie nicht Stunden lang allein lassen, sondern muss regelmäßig nach ihnen schauen.“ Sven Loerzer

Süddeutsche Zeitung, 16.01.2006

- ❖ Lt BfArM insg. 34 Todesfälle durch Fixierung in 1-Jahreszeitraum gemeldet (2003)
- ❖ Untersuchung von 33 Todesfällen 1996 - 2007 am Institut für Rechtsmedizin München (Prof. Dr. Andrea Berzlanovich): 28 Fälle Todesursache Fixierung selbst!

Todesfallanalysen München

29 obduzierte Todesfälle in 10 Jahren (Rechtsmedizin München)

- 13 x Tod infolge Bauchgurt
- 4 x Tod infolge Bettgitter
- 2 x Tod infolge Schutzdecke
- 1 x Tod wegen Rollstuhlfixierung
- Mechanismen: Strangulation, Thorax oder Rumpfkompensation, Schädel-Hirn-Trauma
- Bei allen Fällen: Fehlanwendung des Fix.systems !

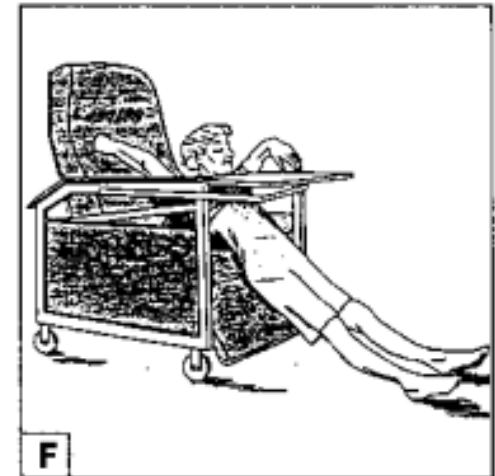
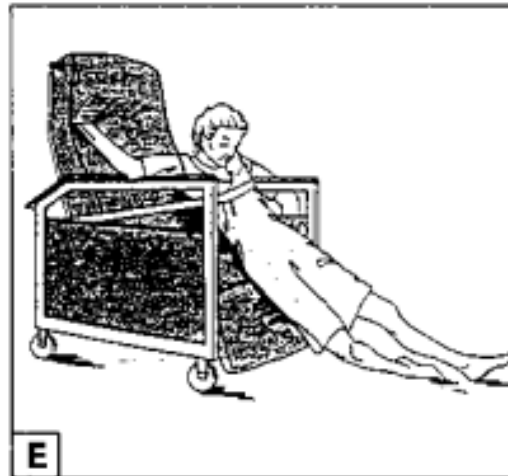
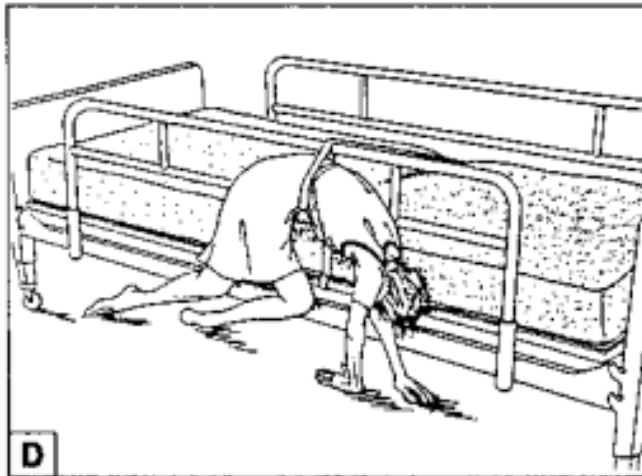
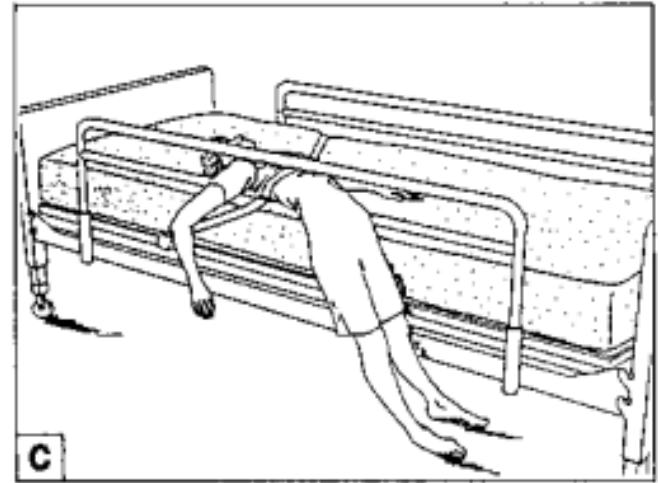
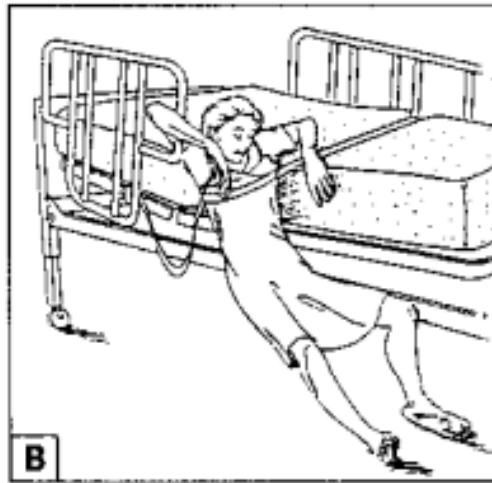
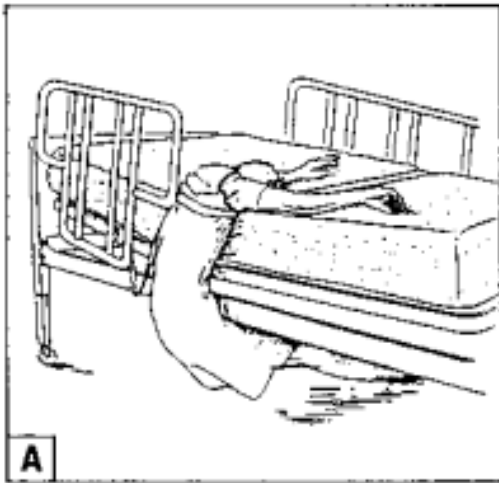
Fallsammlung

von n = 17 Todesfällen durch Fixierung

Fall	X	Alter	Krankheit	Todesursache
1	f	51	Hirnleiden	Rumpfkompensation
2	m	80	Demenz	Strangulation
3	m	87	Demenz	Strangulation
4	f	79	Tumorleiden	Strangulation
5	f	67	Demenz	Strangulation
6	f	60	Hirnleiden	Thoraxkompression
7	f	60	Hirnleiden	Thoraxkompression
8	m	72	Demenz	Thoraxkompression
9	f	83	Herzleiden	Strangulation
10	f	88	Herzleiden	Rumpfkompensation
11	f	80	Demenz	Rumpfkompensation
12	m	54	Alkoholismus, Delir	Thoraxkompression, Alkoholintoxikation
13	m	68	Demenz	Thoraxkompression
14	f	91	Demenz	Thoraxkompression
15	m	57	Schizophrenie	Rumpfkompensation
16	m	72	Demenz	Schädel-Hirn-Trauma, Sturz
17	f	84	Demenz	Rauchgasvergiftung

Tödliche Unfälle durch FeM

Typische tödliche Unfälle durch Fixierungen (aus „The Gerontologist“, Vol. 32, 1992)



Tod durch veraltete Bettgitter *

Normkonforme Seitengitter sind nach den vorliegenden Daten gleichwohl eine Grundvoraussetzung, um das Risiko von Einklemmungen zu minimieren.

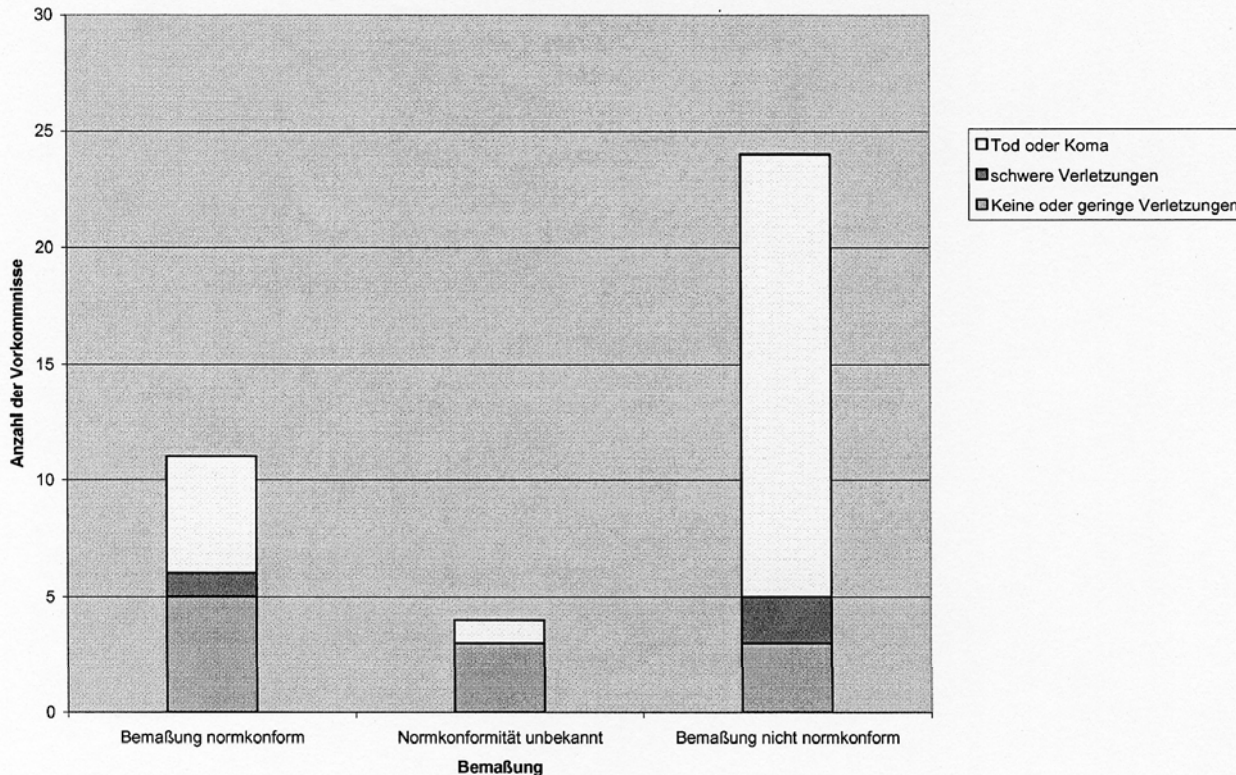


Abb. 4: Diagramm 4: Bemaßungen und Auswirkungen
(Gesamtzahl 39, Stand 11.06.2004)

n=39
Untersuchte

Juni 1996 bis April
2004

n=33 Einklemmungen
von Kopf oder Rumpf
im Seitengitter

**n=13 Letal /
Koma !!**

unteres Spaltmaß bei
waagrechten
Bettgittern 60 mm bis
max 120 mm !

Nachteile der Fixierung

- Verstärkung von Unruhe
- Keine Möglichkeit zur Flucht bei Gefahr
- Dekubitus, Pneumonie, Embolie
- Dokumentationsaufwand
- Kontinuierliche Überwachung nötig
- Ggfs mehr Medikamente nötig
- Völlige Körperkontrolle bei techn. Richtiger Fixierung

Also:

Wir brauchen Alternativen zu
den FeMs !

Alternativen zu FeM bei Sturzrisiken oder Unruhe

- Sturzprophylaxen - Training von Kraft und Balance
- Sichere Umgebung schaffen (Stolperfallen, Böden, Beleuchtung)
- Tiefe Betten,
- geteilte Bettgitter nur im Kopfbereich
- Pflegeumfeld verändern
- Psychopharmaka anpassen

Geteilte Bettgitter,



„Bessere“ Betten und andere Bettgitter



Bereits einstufig aufgestellt vermittelt das kopfseitige Element dem Bewohner die Bettbegrenzung und ein Gefühl der Sicherheit.



Zusätzlichen Schutz bietet eine – in den USA vielfach gebräuchliche – Auffangmatte von Völker.



Absenkbares Bett



Völker Niedrigbett 5380 / 5380 K

Alternativen zu FeM bei Sturzrisiken oder Unruhe

- Hüftprotektoren, Antirutschsocken, Sensormatratze
- Bodennahe Pflege (Pflegenest)
- Validation (spezieller Kommunikationstil mit Dementen)
- Nachtcafe, Snoezelen Raum

Weiter beachten: Vitamine D und Calcium
Sehstörungen behandeln



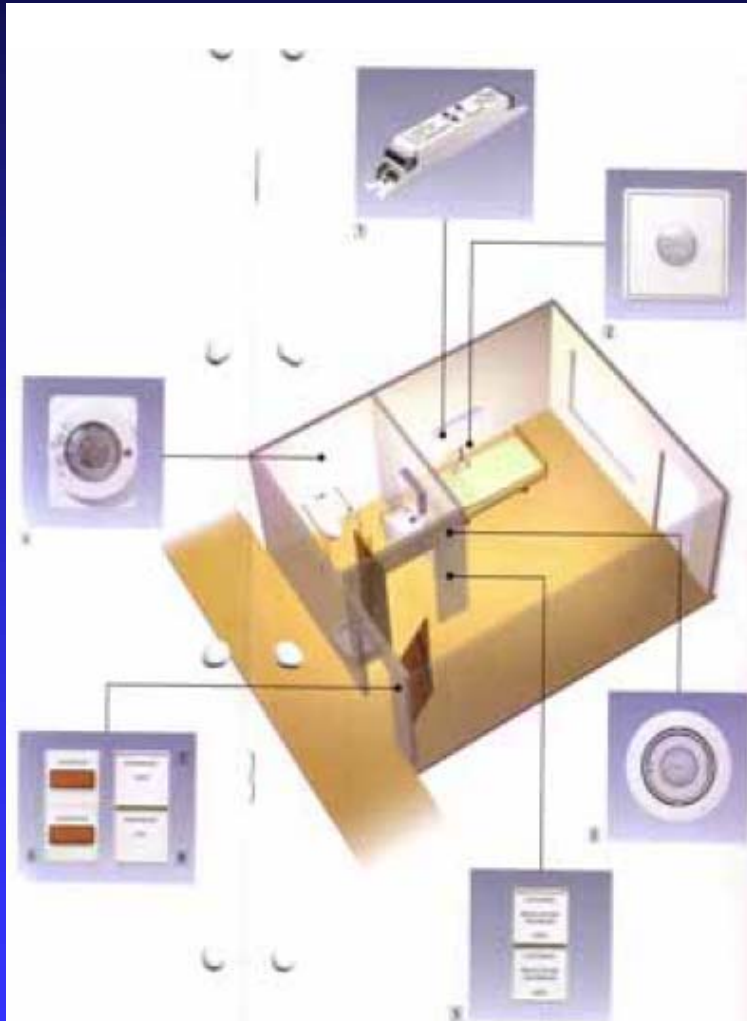
Hüftprotektoren

Wirksame Interventionen: Hüftprotektoren

- Sicherste Möglichkeit zur Vermeidung von Hüftfrakturen
- Keine Nebenwirkungen
- Compliance ist entscheidend (Warnke 2002)



Licht und bessere Orientierung



Lichtsensoren:
Orientierung,
Sicherheit

Fa. Altenburger,
Beleuchtungssysteme

Alternative: Kleingruppe

Kleingruppen



- geben Sicherheit
- Befriedigen das Bedürfnis nach Zugehörigkeit
- stärken das Selbstwertgefühl
- üben noch erhaltene Fähigkeiten
- ermöglichen spielerisches Kraft- und Balancetraining
- üben niederschwellig kognitive Fähigkeiten

Alternative: Gehfrei Apparate

„Gehfrei“

„RCN-Walker“



„Dynamico“
(Fa. Atoform)



Beste Alternative : Kraft und Balancetraining !



Dazu Alternative: Raumangebot

Autonomie fördern - Freiheit maximieren



„Wandern“

(24h-protokol, Gradmann Haus, Stuttgart, 2003)

Empfehlungen bei Weglauftendenzen

- Mitarbeiter, Angehörige, Hausmeister informieren
- Bezugsperson für jede Schicht benennen
- Hör und Sichtbarbleiben des Personals
- Vertraute Atmosphäre schaffen (Biografie, Möblierung)
- Tagedstrukturierung, Gruppenaktivitäten
- Adresse in Kleidungsstücken anbringen
- Foto in der Pflegedokumentation
- Validation
- größt möglichen Bewegungsraum schaffen

Sturzprophylaxen

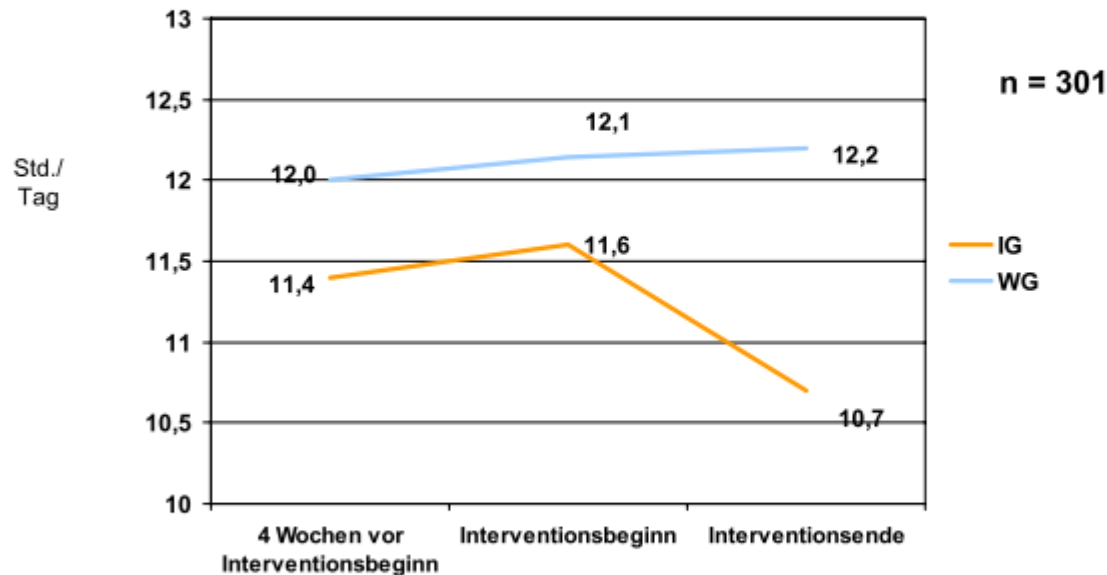
1. Ergebnisse Redufixstudie 2006
2. Expertenstandard Sturz DNQP
3. Internationale Empfehlungen zum Einsatz von FeMs

Ergebnis Redufix :Fixierungszeit Kürzung

Vorläufige Ergebnisse - Fixierungszeiten

Reduktion der Fixierungszeiten (301 Personen)

(zu allen drei Messzeitpunkten wurden drei Tage als Referenz gewählt und davon der tägliche Durchschnitt errechnet)

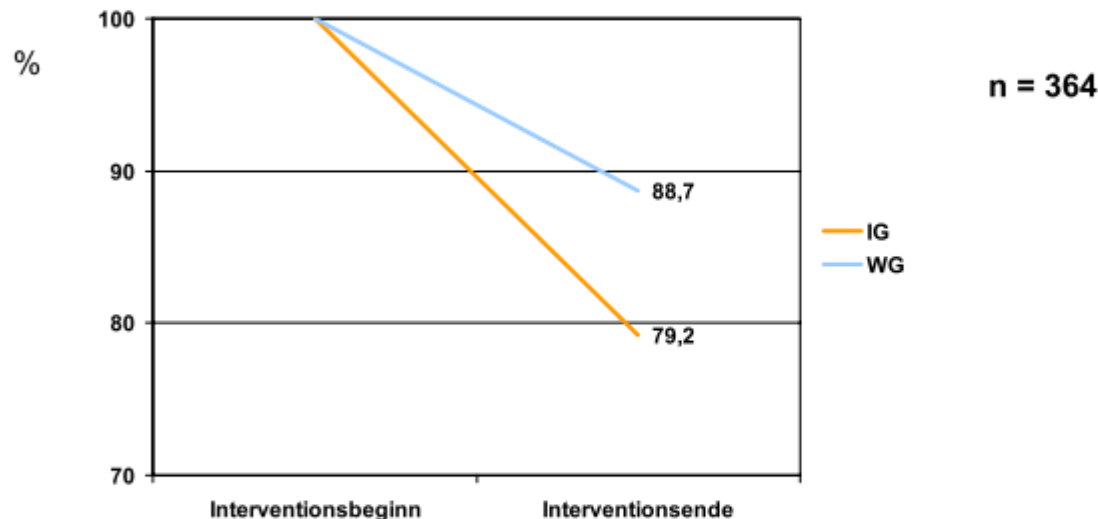


Tendenz zum Gruppenunterschied bei Interventionsende; $p = .051$

Ergebnis Redufix : Abnahme der FeMs

Vorläufige Ergebnisse - Entfixierung

Beendigung der bewegungseinschränkenden Maßnahmen



IG: 48 von 231 Personen der IG wurden entfixiert (20,8%)

WG: 15 von 133 Personen der Kontrollgruppe wurden entfixiert (11,3%)

Gruppenunterschied signifikant; $p = .021$

IG=Interventionsgruppe, WG=Wartegruppe

Negatives Ergebnis: Forderndes Verhalten

Vorläufige Ergebnisse – forderndes Verhalten

Kein Unterschied zwischen IG und WG bei Interventionsende

(mögliche Werte zwischen 0 und 174; WG: Mittelwert = 16,61; SD = 16,54; IG: Mittelwert = 15,15; SD = 15,22; $p = .42$)



Aber: unabhängig von der Gruppe

Im Verlauf Verbesserung bei entfixierten Bewohnern; $p = .047$

Interventionsbeginn: Mittelwert = 14,84, SD = 14,77; Interventionsende: Mittelwert = 12,27; SD = 14,41)

„Domänen“:

- „Unruhiges Verhalten“; $p = .040$
- „Verbal agitiertes Verhalten“; $p = .051$

Ergebnis : Sturzzahlerhöhung ohne Frakturzahlerhöhung

Vorläufige Ergebnisse – Unfall und Verletzung

Mehr Stürze und stürzende Personen in der IG als WG

- IG: 39 Personen (16,9%; Anzahl der Stürze: 85 – 102/100).
- WG: 12 Personen (9%; Anzahl der Stürze: 59 – 70/100).

(Anzahl Stürze/100 Bewohnerjahre - $p = .044$; Anzahl der gestürzten Personen - $p = .037$)



Aber: nur 4 Frakturen; jeweils zwei pro Gruppe

(bei Gruppengrösse IG 231 : WG 133!)

Gesamtergebnis Redufix

Zusammenfassung

Fixierungen können reduziert werden

❖ **Ohne Nachteile für Bewohner**

- Kein Anstieg potenziell ungeeigneter Psychopharmaka
- Tendenzielle Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten
- Mehr Stürze, aber nicht mehr Frakturen (eher weniger?)

❖ **Mit hoher Akzeptanz bei den Mitarbeitern**

Empfehlungen zum Einsatz FeM

Internationale Empfehlungen

1. **Vor dem Einsatz müssen alle Alternativen ausgeschöpft sein**
2. Der potentielle Nutzen muss höher sein als der mögliche Schaden
3. Die minimalste Variante sollte eingesetzt werden
4. Der Einsatz sollte kurzfristig erfolgen
5. Die Notwendigkeit der Maßnahmen muss regelmäßig überprüft werden
6. Eine institutionseigene Richtlinie sollte vorhanden sein
7. Die Anwendung muss fachkundig erfolgen
8. Ein kontinuierliche Beobachtung der fixierten Bewohner ist notwendig
9. Alle Mitarbeiter müssen in deren korrekten Gebrauch geschult sein

Modifiziert nach Joanna Briggs Institute 2002

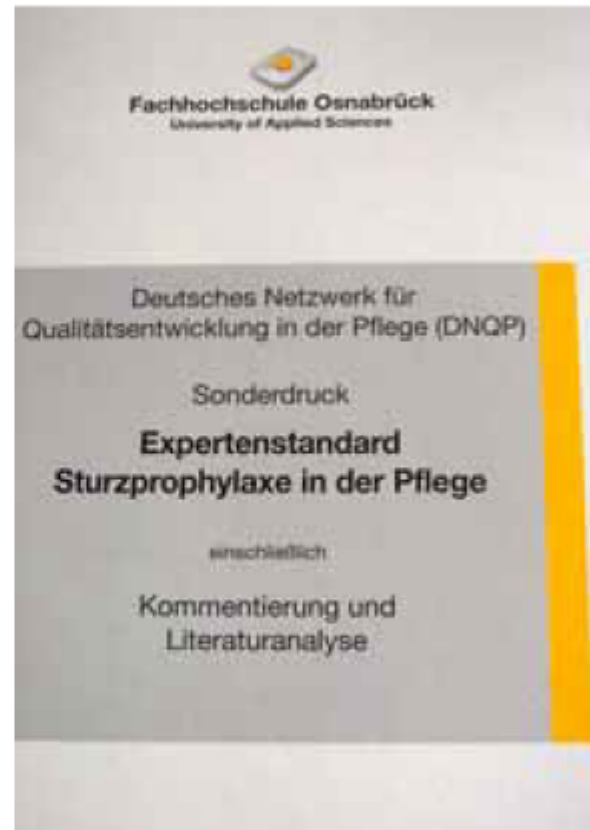
2. Expertenstandard Sturzprophylaxe – DNQP

Expertenstandard Sturzprophylaxe

2. Sturz- und Verletzungsprävention

Wirksame Interventionen:

- Kraft- und Balancetraining
 - Sichere Umgebung
 - Angepasste Hilfsmittel /technische Hilfen
 - Einsatz von Hüftprotektoren
 - Inkontinenzmanagement
 - Sehhilfen
- Wichtig: Mobilität fördern!
 - **Aber: Fixierungen „unbedingt vermeiden“!**



www.dnqp.de

Expertenstandard Sturz

Auszug aus „1.3, Kommentierung der Standardkriterien“;
„P3: Die Pflegekraft entwickelt gemeinsam mit dem Patienten/
Bewohner und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen
einen individuellen Maßnahmenplan“ (Seite 21 f.)

„Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, d. h. die Benutzung mechanischer Hilfsmittel wie Gurte und Bettgitter, das Absperren von Türen, die Wegnahme von Fortbewegungsmitteln (Rollstuhl etc.) oder der Einsatz sedierender Medikamente sollten keinesfalls zum Zweck der Sturzprävention eingesetzt werden. Oberste Prämisse in der Pflege sturzgefährdeter Patienten/Bewohner müssen der Erhalt und die Förderung der sicheren Mobilität haben.

Dennoch kann es sein, dass Patienten/Bewohner beispielsweise nach einem Bettgitter fragen. Das Risiko, das mit dem Anbringen eines Bettgitters verbunden sein kann, muss mit dem Sicherheitsbedürfnis des Patienten/Bewohners abgewogen werden. **Es empfiehlt sich die Verwendung eines Teil-Bettgitters am Kopfende des Bettes, das der Gefahr des Darübersteigens vorbeugt und trotzdem vor einem Sturz aus dem Bett schützt.“**

1. Kernaussage des Standards

Die Pflegefachkraft ...

Struktur	Prozess	Ergebnis
verfügt über das aktuelle Wissen zur Identifikation von Sturzrisikofaktoren.	identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags (..) die personen- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren ... wiederholt die Erfassung der Sturzrisikofaktoren bei Veränderungen der Pflegesituation und nach jedem Sturz des P/B.	Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor.

Der „Sachverständige“ nach dem FGG

Rolle des Sachverständigen

- Das Gericht prüft mit Hilfe eines „externen“ Sachverständigengutachtens, ob die betreffende „gefährliche Maßnahme“ dem Wohl des Patienten eher entspricht als deren Unterlassung und von daher geboten ist
- Die Beurteilung des Grades der Gefährlichkeit einer Maßnahme oder eines Gefährdungspotentials bleibt letztendlich dem mehr „subjektiven Sachverstand des Mediziners“ überlassen.
- Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit

- Keine Geschäftsfähigkeit nötig , da Realakt
- **Wert, Bedeutung** der Rechtsgutverletzung sowie **Folgen, Risiken** der Maßnahme und deren **Alternativen** müssen erkannt werden und für die Dauer der FeM annähernd „behalten werden können“
- Das subjektive Wertesystem des Betreuten ist zu berücksichtigen
- Voluntative Fähigkeiten > kognitive Fähigkeiten

Was geht nicht bei FeM?

- Keine Fixierungen im Interesse Dritter (trotz evtl. „Fixierungsrichtlinien“)
- Keine Fixierung bei Unterbringung ohne Zusatzbeschluß nach § 1906,4
- Eigentlich : Keine Freiheitsentziehung durch Medikamente (sollten nur zur „Heilbehandlung“ eingesetzt werden)
- Keine Dauerfixierung trotz Beschluß

Problem des Sachverständigen

- Stürze oder erhöhtes Sturzrisiko ohne weitere „Beforschung“ kein hinreichender Grund für FeM
- Der Entscheidungsprozess mit Alternativenbildung sollte eigentlich vor dem Genehmigungsverfahren schon gelaufen sein, ist es aber nicht

Einwilligungsfähige Personen

- Einwilligungsfähige können selbst über FeM entscheiden
- Die Einwilligungsfähigkeit muss fortlaufend überprüft werden
- Jede Willensänderung ist sofort zu beachten
- Bei Zweifeln ist eine sofortige fachärztliche Stellungnahme einholen

Einwilligungs „un“fähige

- Umgehende Benachrichtung des Betreuers durch das Heim (Antrag § 1906, 4)
- Ab Antragsdatum Dokumentation im Heim !
- Regelmäßige Überprüfung der weiteren Notwendigkeit durch eine Fachpflegekraft
- § 1906 Beschlußkopie kommt in die Pflegeakte



Heimaufsicht der
Regierung von
Oberbayern



Landeshauptstadt
München



Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
Betreuungsstelle beim Sozialreferat
Heimaufsicht beim Kreisverwaltungsreferat
Referat für Gesundheit und Umwelt



MDK Bayern

Medizinischer
Dienst der
Krankenversicherung
in Bayern

Musterbeispiel:

Fall A: Betroffene sind einwilligungsfähig: keine richterliche Genehmigung, aber schriftliche Einwilligung der/des Betroffenen

Name: <i>Herr Müller</i>		Betroffene/r ist einwilligungsfähig				Betroffene/r kann selbst nicht schreiben: Unterschrift von Zeugen / Handzeichen d. Pflegenden	Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit der/des Betroffenen	Ärztliche Bestätigung d. Einwilligungsfähigkeit Datum u. Handzeichen des Arztes	
Erforderliche Maßnahme und Umfang	Anlass – Begründung Alternativen geprüft? Welche?	Vorgesehener Zeitraum	Einverstanden oder Widerruf	Datum	Unterschrift der/des Betroffenen		Begründung mit Datum und Handzeichen der Pflegenden		
<i>Bettgitter nachts und beim Mittagschlaf</i>	<i>Unruhiger Schlaf mit Gefahr, aus dem Bett zu fallen, Deckenrolle genügt nicht.</i>	<i>1.2. -</i>	<i>Einverstanden</i>	<i>1.2.01</i>	<i>Müller</i>	-	<i>Schwankende Tagesform in der geistigen Urteilsfähigkeit 1.2.01 St.</i>		
	<i>Möchte nur für heute nacht kein Bettgitter</i>	<i>Nur 14.2.</i>	<i>Wider-ruf</i>	<i>14.2.</i>	<i>Müller</i>	-			
<i>"</i>		<i>1.5.-</i>	<i>Einver-standen</i>	<i>1.5. 01</i>	<i>Müller</i>	-			

M u s t e r



Heimaufsicht der
Regierung von
Oberbayern



Landeshauptstadt
München

Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
Betreuungsstelle beim Sozialreferat
Heimaufsicht beim Kreisverwaltungsreferat
Referat für Gesundheit und Umwelt



MDK Bayern

Medizinischer
Dienst der
Krankenversicherung
in Bayern

Musterbeispiel:

Fall B: Betroffene sind nicht einwilligungsfähig aber zu willentlich gesteuerten Bewegungen fähig:

nur mit Zustimmung der gesetzlichen Vertretung (Bevollmächtigte oder Betreuer) und in Verbindung mit vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung zur Verwendung ab Zustimmung der gesetzlichen Vertretung (Bevollmächtigte oder Betreuer)!

Name: <i>Frau Maier</i>		Zustimmung des Bevollmächtigten/des Betreuers für die unten aufgeführten Maßnahmen am:		Antrag gestellt am: Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung erteilt am: gültig bis:	
Maßnahme: Art und Umfang bzw. Veränderungen der Maßnahme oder des Umfangs...	Anlass – Begründung Alternativen geprüft? Welche? (einmaliger Eintrag, ansonsten nur bei Veränderungen) mit Datum und Handzeichen der Pflegenden	Anwendung von ... bis (pro Schicht ein zusammenfassender Eintrag, keine Unterbrechungen durch Pflegetätigkeit) mit Datum und Handzeichen der Pflegenden		kontinuierliche fachliche Überprüfung und Beurteilung der Notwendigkeit, der Art und des Umfangs der Maßnahme durch Pflegenden mit Datum u. Hdz	
Vorsatzstuhl am Rollstuhl	BW unternimmt Aufstehversuche, wenn allein und ohne Ansprache. BW ist dann erheblich agitiert. Bei Besuch von Angehörigen oder Anwesenheit von Pflegenden bleibt BW ruhig. BW in Gruppenalltag integrieren/beschäftigen/ Ansprechpartner bieten. 1.2. 2001 Br.	13.30- 17.00	1.2. Kl.	M u s t e r	
		8.45 - 13.00			
		15.00-17.00	2.2. F.		
					
		13.30-20.30	15.4 Br..		
Bettgitter, bis zum Abklingen der Grippe, ca. 1 Woche	Unruhe aufgrund einer fiebrigen Erkältung, keine Alternativen möglich, geteiltes Bettgitter, Matratze am Boden, etc. nicht indiziert. 15.4. 2001 D.	7.30 - 13.00	15.4. F.	Entscheidung aus fachlicher Sicht erforderlich und richtig 15.4.2001 Bl. (SL)	



Heimaufsicht der
Regierung von
Oberbayern



Landeshauptstadt
München

Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
Betreuungsstelle beim Sozialreferat
Heimaufsicht beim Kreisverwaltungsreferat
Referat für Gesundheit und Umwelt



MDK Bayern

Medizinischer
Dienst der
Krankenversicherung
in Bayern

Musterbeispiel Ausnahmesituation:

Betroffene sind nicht einwilligungsfähig, können ihre Bewegungen nicht willentlich koordiniert steuern:
keine richterliche Genehmigung, aber ärztliches Attest über keine vom Willen gesteuerte Bewegungen

Name: <i>Frau Krause</i>			Ärztliche Bestätigung, dass die/der Betroffene zu keinen willentlich koordiniert gesteuerten Bewegungen und zu keiner klaren Willensäußerung bzgl. seiner Fortbewegung mehr in der Lage ist.		
Erforderliche Maßnahme und Umfang	Anlass – Begründung Alternativen geprüft? Welche? Beobachtung der Reaktionen Mit Datum und Handzeichen der Pflegenden	Vorgesehener Zeitraum	Begründung mit Datum und Handzeichen der Pflegenden	ärztliche Bestätigung der Unfähigkeit zu willkürlichen Bewegungen und Willensäußerungen mit Datum und Hdz. des Arztes	
<i>Bettgitter</i>	<i>Unwillkürliche Drehbewegungen könnten zu Sturz aus dem Bett führen. Kissen zur Abgrenzung des Bettes wegen der epileptischen Anfälle nicht ausreichend. Gepolsterte Bettgitter beidseits. 01.02. Kr.</i>	<i>01.02. bis 01.05.</i>	<i>Die Demenz der Bewohnerin ist weit fortgeschritten. Es sind keine klaren Willensäußerungen mehr erkennbar. Die Bewohnerin ist ständig bettlägerig und zu keinen willkürlichen Bewegungen mehr fähig. Mehrmals wöchentlich generalisierte epileptische Anfälle / medikamentös behandelt. 01.02. Kr.</i>	<i>01.02.</i>	<i>Pf.</i>
	<i>Seit der Anwendung von gepolsterten Bettgittern (versperre Sicht in Liegeposition) werden verstärkt Rückzugstendenzen bei der Bewohnerin beobachtet. Einseitiges Bettgitter im Rücken der Bewohnerin und Kissenlagerung / Abgrenzung bauchseits durch Lagerungsschlange. 01.03. Kr.</i>		<i>Deutliche Abnahme der Anzahl und Stärke der Anfälle. 01.03. Kr.</i>		
			M u s t e r		

Beschluß liegt endlich vor ?

- Wenn FeM, dann sach- und fachgerechte Anwendung und aufwendige Dokumentation
- Richterliche FeM Beschluß
= maximal ausschöpfbarer rechtlicher Rahmen

Auch Richter begehen „Fehler“ !

Strafverfahren gegen Vormundschaftsrichter

06. Oktober 2008 Stuttgart - 16. Große Strafkammer

Hauptverhandlung gegen Vormundschaftsrichter

- Vorwurf: Rechtsbeugung, Urkundenfälschung und Freiheitsberaubung.
- vor Anordnung FeM keine persönliche Anhörung
- fingierte Anhörungsprotokolle-
- vorgetäuschte Anhörungen mit Anordnung von FeMn
- ohne persönliche Anhörung Anordnung von Unterbringungsmaßnahmen in geschlossenen Einrichtungen

Quelle: www.lgstuttgart.de

Rolle der Bevollmächtigten und gesetzlichen Betreuer/-innen

- Anwendung der FeM kontrollieren (Sturz und Fixierungsprotokolle zeigen lassen, Betreuten besuchen und während FeM beobachten)
- notwendige (alternative) Maßnahmen anstoßen bzw. aktiv erfragen
- Pflegemanagement hinterfragen
- Sich an Fallbesprechungen beteiligen
- Pflegeleitbild, Pflegestandards, Ausstattung des Heimes hinterfragen
- Pflegeplanung zeigen und erläutern lassen
- Psychopharmakareduktion ansprechen

Rolle der Bevollmächtigten und gesetzlichen Betreuer/-innen

- Das Heim muß sich an die Entscheidung des Betreuers halten !
- Der Betreuer ordnet die Fixierung an, nicht der Arzt / Pflegekraft, sie stellen nur die optionale Indikation für eine FeM und sind Erfüllungsgehilfen

Fixierungsprotokolle ?

[illegible]

- Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei demenzkranken Bewohnern in Pflegeheimen, Stuttgart 2006
- Kann auf Fixierungen verzichtet werden? Das „ReduFix“ Konzept, Stuttgart 2006
- Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege - Bayerischer Landespflegeausschuss, November 2006
- Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen - Städt. Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege München 2005
- Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung MuG IV- BMFSFJ , November 2007
- Betreuungsrechtliche Aspekte freiheitsentziehender Maßnahmen RAG Horst Böhm , Straubing, 22.3.07 Fachtagung „Freimut“
- Jutta König 100 Fehler bei Stürzen im Heim und was sie dagegen tun können
- Die Pflege in Altenheimen und Krankenhäusern unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten, 2004, RA Iris Carolin Karthaus

Empfohlene Literatur

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Gleiszellen in der Pfalz 13. 11. 2005

auch im Auftrag dieser Person...



Vielen Dank

www.aktivinjedemalter.de