

Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz aus Sicht des MDS

Jahrestagung der **neVap**
9. Juni 2010, Braunschweig

Uwe Brucker

Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung, MDS, Essen

u.brucker@mds-ev.de

www-pea-ev.de

Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

1. Ergebnisqualität & Nutzerperspektive in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz
2. Epidemiologie der Demenz
3. Demenzformen und Schweregrade
4. Medizinische Diagnostik & Therapie/unterstützende therapeutische Möglichkeiten
5. **Rechtliche und ethische Aspekte**
6. **Professioneller Zugang in der Pflege und Betreuung von MmD**
7. Pflegerische Assessments
8. **Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung**
9. **Versorgungskonzepte für den stationären Bereich**
10. Besondere Anforderungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
11. **Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen**
12. **Managementaufgaben**
13. **Besondere Anforderungen an die Pflegeplanung**
14. **Empfehlungen zur Good Practice anhand von Erfahrungen aus Modellprojekten**
15. Literaturverzeichnis

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

Warum ausgerechnet FEM?

- Aktuell seit 30 Jahren
- Mehr denn je
- Lebensqualität: Bewohner & Mitarbeiter
- FEM sind inhuman & unnötig

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 Alteneinrichtungen 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 1998-2008

Verhältnis Genehmigungen:Ablehnungen durch AG

	1998	2000	2002	2008	Veränderungsquote 1998-2008
Fixierungen	40.337	56.234	71.913	98.823	145%
davon genehmigt	38.846	54.060	66.888	91.823	136%
davon abgelehnt	1.491	2.174	5.026	6.476	334%
Ablehnungsquote	3,7	3,9	7,0	6,6	

Entwicklung von FEM

- Vergleich 1998 zu 2008:
Anstieg richterliche Genehmigung von FEM \geq 145 %
- 2008 \geq 91.800 bundesweit (neu) genehmigte FEM.
Angaben zur Anzahl aller genehmigten FEM: fehlen (Betreuungszahlen 2006-2008).
- **Im Vergleich: Zahl der Heimplätze insgesamt : ca. 713.000 (2004, BMFSFJ)**
- 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)

Fixierung ist Gewalt an Pflegerbedürftigen



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



Beispiel AG Delmenhorst

- Bei Bettgitter: FEM nur, 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“
- 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: niedriges Bett, Matratze vor dem Bett, Bodenpflege etc)

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
- 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...

FEM und Demenz (aus GrdsStn Demenz)

- falsche, den Bedürfnissen von MmD nicht angepasste Betreuung \Rightarrow 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 %

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

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)

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

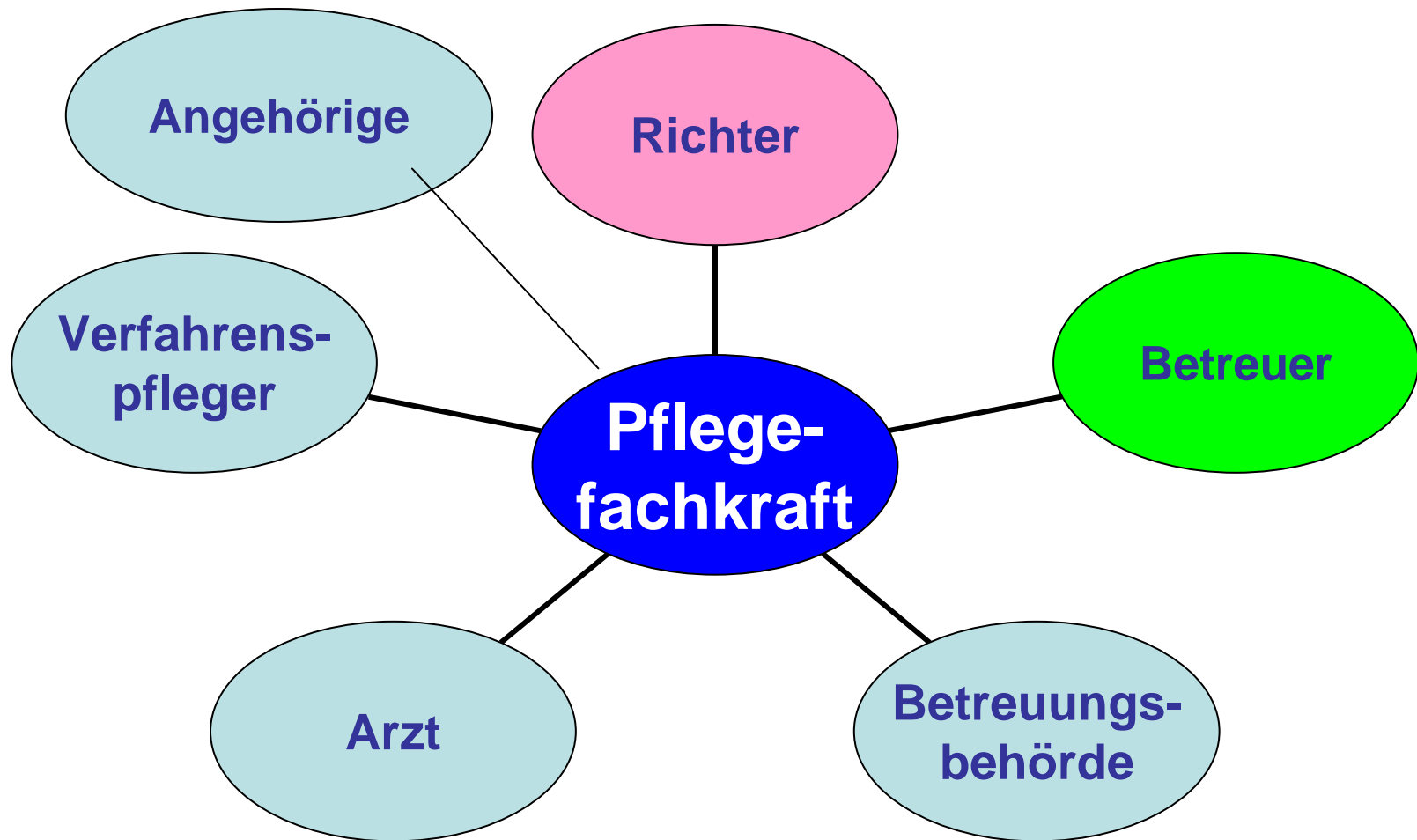
- Seit Jahren: Karawanen von Rechtsanwälten ziehen durch Heime
- verbreiten Angst und Schrecken
- „Mit einem Fuß im Gefängnis“
- Haftungsfragen:
- Sicherheit beim Bewohner
- Sicherheit der Angehörigen
- Sicherheit des Personals
- Sicherheit ??????



Das Sicherheitsdenken in Pflegeheimen sorgt für eine Haltung

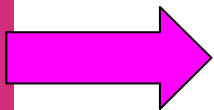
- **Positive Verstärkung durch Gerichte:** im Antrag Genehmigung § 1906 Abs.4 BGB steckt auch:
- **wir müssen Stürze vermeiden (Heim):**
Genehmigung FEM: Weniger Stürze - na klar
- Die Logik: wo **Schaden = da Schuldiger für Stürze**, weil keine Fixierung vorgenommen wurde
- Botschaft: **Nichtfixierung = unverantwortlich** und bedarf der Rechtfertigung
- **PFK = Fixierungsverantwortliche;** Richter muß sich auf deren fachliche Einschätzung verlassen

Entscheidungsnetzwerk bei Fixierung



Verhältnis von Entscheidung und Beratung bei FEM

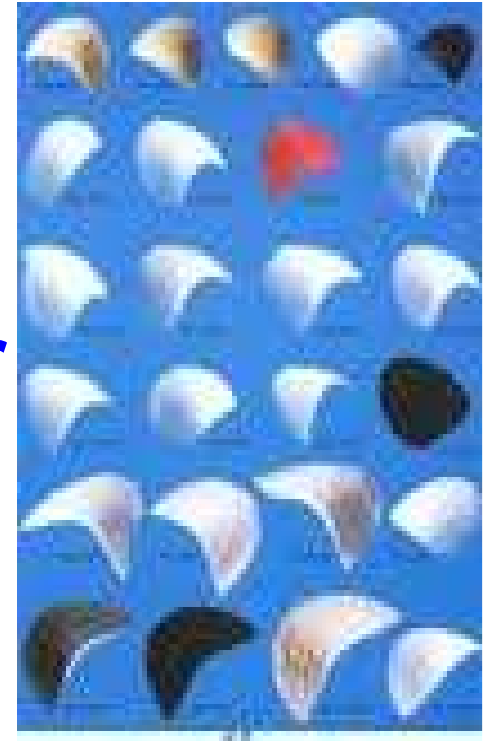
- Richter genehmigt FEM: ist abhängig von Infos und Einschätzungen der PFK
- Betreuer berät sich mit PFK, stellt Antrag
- Betreuungsbehörde: Infos zur Stellungnahme aus Heim/PFK
- Arzt: wer beurteilt: z.B. Erforderlichkeit nächtlicher Fixierung: PFK
- Verfahrenspfleger = Rechtsanwalt



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

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?“ ist hier noch nicht Thema**
- **Anderer Weg: Was könnten die anderen Beteiligten zum Sicherheitsbedürfnis der PFK beitragen?**
- **Schmale Schulter Heim**



Wir brauchen neue Signale; von vielen

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

Wir brauchen neue Signale

- **Signal 2:** Alle Beteiligten bestärken die Pflegeeinrichtungen 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 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)**
- **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

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



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

Evil is knowing better, but willingly doing worse.

Philip Zimbardo: The Lucifer Effect, 2007

**Evil is the exercise of power
to intentionally
harm (psychologically)
hurt (physically)
destroy
commit crimes against humanity.**

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