

Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen- wie kann das gelingen?

- Handlungsempfehlung für eine fixierungsfreie Altenpflege -



Themenübersicht

Vorstellung der Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift

I. Theoretischer Hintergrund

- Begriff & Ursachen von FeM – FeM in der Praxis – die häufigsten Ursachen
- Rechtliche Aspekte
- Verlauf des Themas FeM – Prognose & These
- Risiken & Gefahren / unerwünschte Nebenwirkungen von FeM
- Erkenntnisse der Pflegewissenschaften - Studien

II. Praktische Umsetzung

- FeM im Saarland
- Impulse zum Rückbau von FeM
- Umsetzung bei der Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift – Prozess & Weg
- Maßnahmen in der Praxis

III. Expertenstandards: Sturzprophylaxe sowie Erhalt und Förderung der Mobilität

- **Bewertung: FeM sind kontraproduktiv !** (siehe auch: gesetzliche Vorschriften SGB XI u.a- die Bedeutung der Pflegewissenschaften)
- Handlungsempfehlungen und Fazit

Literaturverzeichnis

Exkurs: Weglaufen & digitale Technik

Fallgeschichten

Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift

- Die **Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift** ist ein gemeinnütziger Träger von Senioreneinrichtungen und –diensten mit knapp 50jähriger Tradition. Die Stiftung ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband.
- Die Stiftung betreibt in Saarbrücken zwei Wohnstifte mit Appartementwohnen sowie mit Stationärer Pflege, in denen ca. 330 BewohnerInnen leben. Es gibt zwei ambulante Pflegedienste, ca. 180 extern Versorgte, Essen auf Rädern, Schul- & Kitaverpflegung.
- Die Stiftung beschäftigt ca. 340 MitarbeiterInnen. Die Stiftung ist seit einigen Jahren stark in die Öffentlichkeit orientiert.
- Sie betreibt ein intensives Qualitätsmanagement und hat diverse Qualitäts- und Verbraucherschutzsiegel.



Begriff: freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

Definition:

Mittel, Material oder Applikation, welcher am Körper oder in der Nähe einer Person positioniert ist und nicht selbstständig entfernt oder kontrolliert werden kann und somit eine Person absichtlich von freien Körperbewegungen oder einer Positionswahl abhält (Evans et al., 2002).

Differenzierung:

körpernahe FeM - körperferne FEM

Begriff: freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

körpernahe, mechanische FeM:

- Bettseitenteil
- Hand-, Fuß- oder Körperfesseln
- Sitz-, Leib- oder Bauchgurt
- Befestigung von Stecktischen/ Therapietischen am (Roll-) Stuhl
- Sicherheitsgurt am (Roll-) Stuhl
- Sitzhose
- Schutzdecken, Bettschürzen, Betttücher, Schlafsäcke etc.

Begriff: freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)



Bauchgurt

(<https://fachpflegewissen.de/2010/11/08/fixierung-in-der-pflege/>)



Stecktisch

(Bgt-ev.de)



Fußfesseln am Rollstuhl

(<https://fachpflegewissen.de/2010/11/08/fixierung-in-der-pflege/>)

Begriff: freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

Körperferne FeM:

- Abschließen der Zimmertür
- Verriegelung von benutzbaren Ausgängen
- schwergängige Türen
- ‚komplizierte‘ Schließmechanismen, Verriegelungen jedweder Art
- Wegnahme von Fortbewegungsmittel/ Aufstehhilfen etc.
oder Sehhilfen oder Bekleidung
- Arretieren des Rollstuhles
- Verbote aussprechen, z.B. das Haus zu verlassen
- Ortungssysteme (elektr. Maßnahmen)



Begriff: freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

Sedierende Medikamente

Psychopharmaka, wenn sie gegeben werden um:

- den Bewohner in seiner Fortbewegung zu hindern
- die Pflege zu ‚erleichtern‘
- Ruhe herzustellen / ‚Unruhe‘ zu verhindern



die häufigsten FeM in der stationären Altenhilfe:

- Bettgitter *(meistens genehmigt)*
- Gurte *(meistens genehmigt)*
- Psychopharmaka
- Körperferne FeM



Pflegewissenschaftliche Untersuchungen belegen:

- in vielen Altenpflegeeinrichtungen werden Fixierungen ‚routine‘-mäßig und in hoher Fallzahl angewendet
- es gibt **keine** spezifischen Merkmale der Bewohner oder der Einrichtung (Baulichkeit, Ausstattung, Personalquote), die hierfür verantwortlich sind
- werden FEM angewendet, dann über einen längeren Zeitraum und viele Stunden am Tag

auch genehmigte und ‚korrekt angewandte‘ Fixierungen sind Freiheitseinschränkung und pflegewissenschaftlich und pflege-praktisch überflüssig/kontraproduktiv

unsere Haltung und Erfahrung:

**freiheiteinschränkende Maßnahmen sind
vollständig überflüssig!**

unsere Einrichtungen sind seit 2013 fixierungsfrei



die häufigsten Ursachen/Gründe für FeM

- Sturzgefährdung der Bewohner
vorausgegangenes Sturzereignis / Mobilitätsprobleme
- herausfordernde Verhaltensweisen
Unruhe / Agitation / Weglaufgefährdung
- kognitive Einschränkungen / Unterstützungsbedarfe
- behandlungs- oder sozialorientierte Gründe
- mangelndes Fachwissen / Unsicherheit hinsichtlich Alternativen / Routine / falsche Ethik (Fürsorge) etc.

Sturzgefährdung

Haltung, Einstellung, Werte des Personals:
„Sicherheitsdenken“ von den Pflegenden/ Betreuenden

- Angst vor Sturz oder Verletzungen

in den meisten Fällen wurde und wird fixiert, um Stürze zu vermeiden

- vorangegangene Sturzereignisse
- Mobilitätsprobleme



Sturzgefährdung

- 1.) Angst vor juristischen Konsequenzen, wenn vermeintliche Sicherheitsrisiken durch Nicht-Fixierung eingegangen werden (**Haftungsangst**) (Köpke et al., 2009)
- 2.) Schadensersatzforderungen der Krankenkassen / Haftungsfragen
 - während eines längeren Zeitraumes gab es ein Unmenge von zivilrechtlichen Haftungsforderungen der KK für ärztl. oder Krankenhausbehandlung nach Stürzen in Pflegeeinrichtungen
 - [bei uns: zwischen 2006 und 2008 ca. 200 offene Fälle]
 - Beispiel: eine OSH-Fraktur verursacht 5-stellige Kosten
 - viele Einrichtungen hatten sog. Teilungsabkommen – in der Folge sind die Beiträge stark gestiegen
 - diese Problematik hatte zeitweilig zu einer erheblichen Verunsicherung geführt ... die oft heute noch andauert

3) herausfordernde Verhaltensweisen

Agitation, Unruhe, Umherwandern, Weglaufgefährdung, verbale und physische Aggressivität

fehlende Tagesstrukturierung, fehlende Betreuung, fehlendes Personal

4) Fremdgefährdung/Eigengefährdung spielen in der Altenhilfe eine geringe Rolle (aber in der Psychiatrie)

5) mangelndes Wissen bzw. Unsicherheit hinsichtlich möglicher Alternativen

6) behandlungs- oder sozialorientierte Gründe

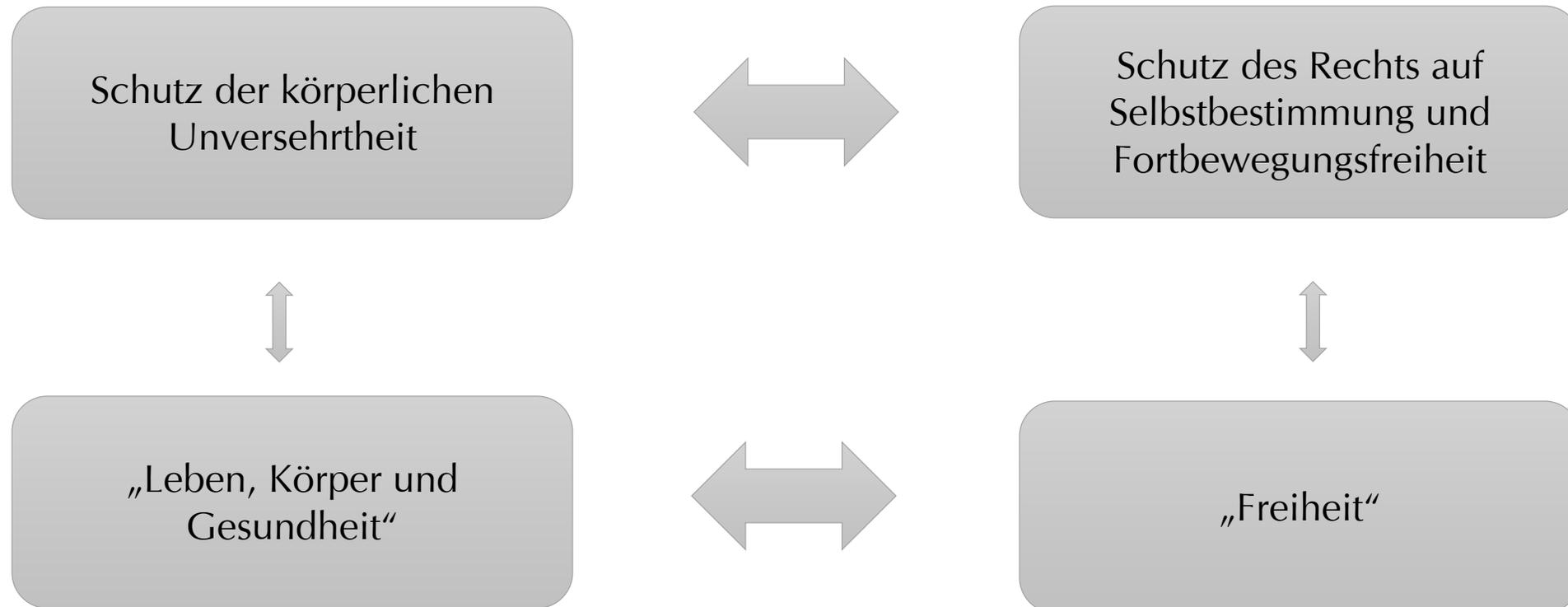
subjektive Empfindungen



- manche Bewohner wünschen sich ein Bettgitter, um ein subjektives Sicherheitsgefühl zu erleben
 - Handlungsempfehlung:
 - Alternative gemeinsam mit Bewohner überlegen, z.B. Lagerungsschlange (Walther, 2007)
- andere Bewohner berichten von Verzweiflung, Wut, Ärger, Hilflosigkeit, Erniedrigung, Angst bis hin zur Todesangst, Verlust der Selbstachtung etc. (Armgart et al., 2013; Frajo- Apor et al., 2011)
- Pflegekräfte empfinden Fixierung als Dilemma zwischen dem Wunsch einerseits Sicherheit zu gewährleisten und andererseits Frustration, Unbehagen und Schuldgefühlen (Köpke et al., 2009)



Spannungsfeld verschiedener Schutzpflichten



Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen aufgrund § 1906 BGB:

- „...liegt vor, wenn der Betroffene ohne seine wirksame Zustimmung auf der Grundlage einer Entscheidung seines durch seinen gerichtlich angeordneten Aufgabenkreis hierzu befugten Betreuers am Verlassen eines räumlichen Bereichs gehindert wird.“ (BGB § 1906, Abs. 1)
- das Betreuungsgericht genehmigt die FeM, jedoch ist der bestellte Betreuer in der Verantwortung, da Genehmigung kein „Befehl zum Handeln“ seitens der Gerichte darstellt
- „Personensorge“ bzw. „Gesundheitsfürsorge“ reicht als Aufgabenkreis nicht aus

Früher:

- die Zahl der Fixierungen war seit der Einführung des Betreuungsrechtes viele Jahre lang gestiegen: aufgrund der wachsenden Zahl von HeimbewohnerInnen aufgrund des wachsenden Pflegebedarfes (Demenz, Hochaltrigkeit, Multimorbidität)
- erst seit ca. 2005 ist das Thema Fixierungen sporadisch in der Praxisliteratur zu finden (einzelne Fälle/Urteile/spezifische Anwendungen/Situationen)
- seit 2005 gibt es wissenschaftliche Untersuchungen in den Pflegewissenschaften (und Alternativen: Werdenfelser Weg seit 2007)

Früher:

- seit ca. 2006-2008 gibt es (plötzlich) einige wissenschaftliche Studien zum Thema FeM (wichtiges Beispiel: REDUFIX)
- erst seit 2010 ist eine verstärkte kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Fixierung in der Praxisliteratur festzustellen
- lange Zeit kreist das Thema Fixierungen um Fragestellungen: Ethik/Würde, Selbstbestimmung/Fremdbestimmung etc. ...
- diese Diskussion ist aber heute vollkommen überholt

Heute:

- gibt es viele Veröffentlichungen zum Thema
- gibt es viele Einrichtungen, die fixierungsfrei sind
- gibt es mehr und mehr Betreuungsgerichte, die weniger Fixierungsbeschlüsse aussprechen & Urteile, die Alternativen von Pflegeeinrichtungen verlangen...
- gibt es mehr Pflege-Profis, die Fixierungen völlig ablehnen

Faktoren, die den Rückbau von FEM behindern: Fehlende Ressourcen - Zeit, Geld, Personal, Fachlichkeit

bereits seit Anfang 2000 ist in der Pflege eine kontinuierlich wachsende Beschleunigung und Verdichtung feststellbar, sowohl in der unmittelbaren Pflege als auch in der Organisation

sowie aufgrund von Prüfung durch Behörden/Institutionen

die Ressourcen der Stationären Pflege sind knapp
... und wurden bislang immer knapper

vor allem die Altenpflege ist (rechtlich) stark reguliert/vielfach geprüft

die Pflege ist grundsätzlich in einer ‚Verteidigungshaltung‘ und versucht
-in alle Richtungen- gegen ein schlechtes Image anzukämpfen...

„Innovationen“ werden nicht durch einfache unternehmerische
Entscheidung vollzogen



Die Pflege hetzt den Ansprüchen und den fachlichen Entwicklungen hinterher...

Zukunft (?)

Ausblick und These:

FeM werden in Zukunft deutlich abgebaut bzw. vermieden

Gründe hierfür:

- 1. pflegewissenschaftlich sind Fixierungen ungeeignet/kontraproduktiv um Stürze zu vermeiden (oder herausforderndes Verhalten im Pflegealltag zu bewältigen) diese Erkenntnis geht verstärkt in die Bildung/Ausbildung der Pflege und wird sich weiter durchsetzen**

Zukunft (?)

Ausblick und These:

FeM werden in Zukunft deutlich abgebaut bzw. vermieden

2. **Erhaltung und Förderung der Mobilität**

stellt ein wichtiges Prüf- und Qualitätskriterium dar:

- nach dem SGB XI und allen sog. Heimgesetzen hat die Pflege, alle Leistungen nach dem jeweils anerkannten Stand fachlicher Erkenntnis zu erbringen
- dies ist auch Bestandteil des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und seiner Messung mit dem NBA (Neues Begutachtungsinstrument)
- die Evidenz des Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität spricht sich aus Gründen der Sturzprophylaxe gegen FeM aus

Zukunft (?)

Ausblick und These:

FeM werden in Zukunft deutlich abgebaut bzw. vermieden

3. Betreuungsgerichte: die Genehmigungspraxis der Gerichte ändert sich

4. Wettbewerb/Markt: Fixierungsfrei wird (noch mehr) ein Kriterium

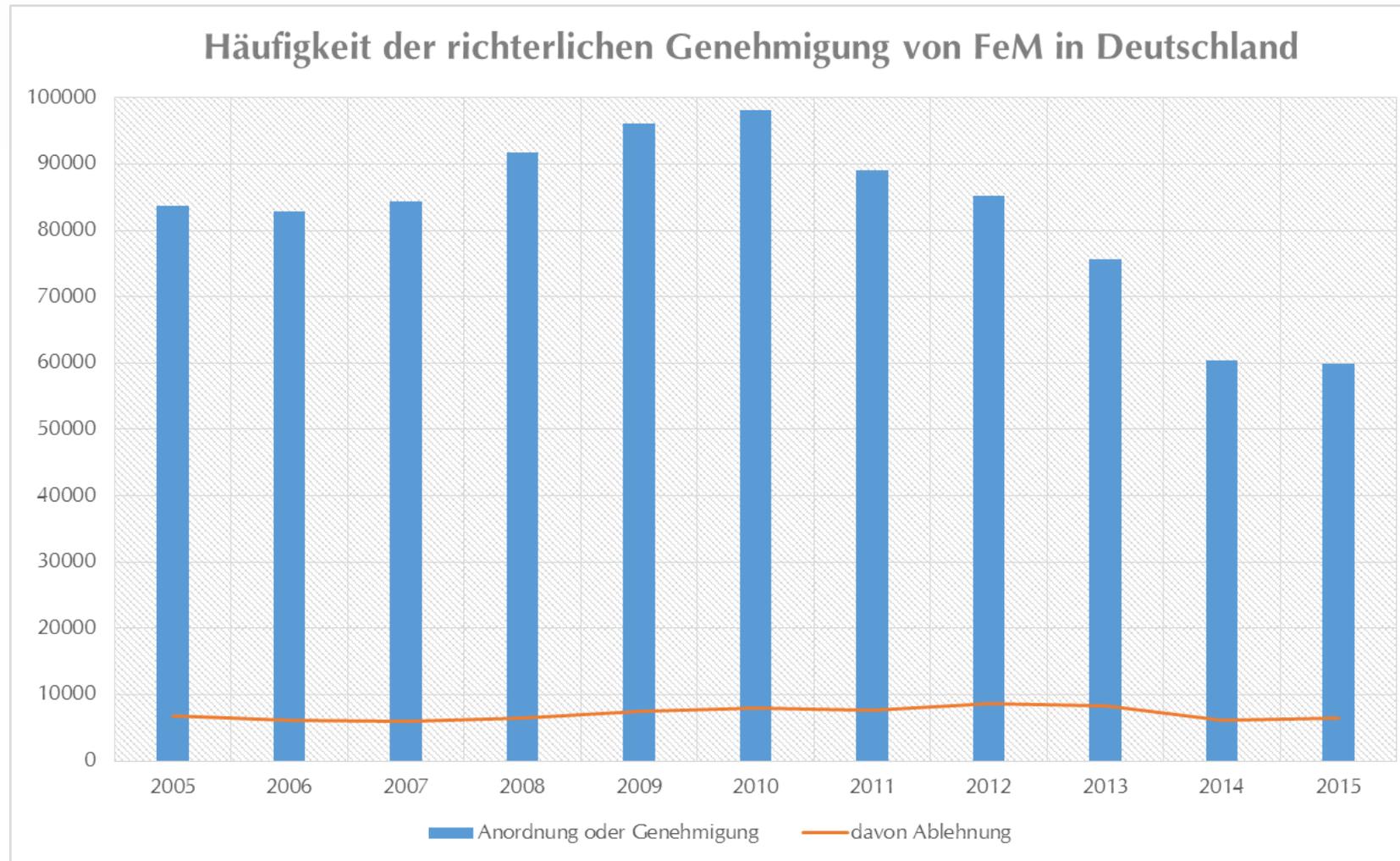
ein wichtiger Grund hierfür:
die Sensibilität der Kunden für dieses Thema ist deutlich verändert
(Enttabuisierung)

Zukunft (?)

Ausblick

**oder geht das Thema im dramatisch wachsenden
Mangel an Personal, Zeit und Geld unter?**





Eigene Darstellung nach: Bundesministerium für Gesundheit (2017)

im Saarland ist das Thema Abbau von FEM seit 2012 präsent:

- politischer Rahmen: große Koalition
- ein Pflegeskandal im Saarland 2012 und die Folgen:
 - z.B. der Saarländische Pflegedialog, die Kampagne Wertvolles Pflegen, der ‚Tag der Pflege‘
- die Initiative: ‚Sicherheit ohne Fixieren‘ ab 09.2013 (Ministerium)
- seit 2014 Ausbildung von Verfahrenspflegern
- Reihe Arbeitskammer 2016: ‚Freiheitsentziehende Maßnahmen und Alternativen‘
- im Saarland war die Zahl der durch die Betreuungsgerichte genehmigten Fixierungsmaßnahmen im bundesweiten Vergleich sehr hoch:

Saarland auf 10.000 Bewohner = 18,5 Fixierungen

Bund auf 10.000 Bewohner = 10,9 Fixierungen

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Erkenntnisse der Pflegewissenschaften:

Psychosozial:

- Verlust von Freiheit, Autonomie, Kontrolle, Würde, Identität, Soziale Isolation, Depressive Gefühle, Scham, Stress etc.

Mechanische Verletzungen:

- Quetschungen, Ischämien (Unterversorgung von Gewebe)

Extremfall: Tödliche Unfälle

- Ersticken, Stürze über Bettgittere, Tod durch Herzversagen, Strangulation als Folge von Befreiungsversuchen

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Medizinische Komplikationen:

- Infektionen (z.B. Pneumonie)
- Dekubitus
- Thrombosen
- Kontrakturen
- Zunahme von Urin- & Stuhlinkontinenz
- Muskelatropie
- Gelenkversteifung
- Kraftverlust, Gangunsicherheit, Balanceunsicherheit

FeM können eine kurzfristige Schutzmaßnahme darstellen
aber sie sind immer

**mittelfristig mit ganz erheblichen Risiken und der Gefahr der Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes verbunden
beides erhöht wiederum den nachfolgenden Pflegeaufwand**

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM



Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Verletzungen bei Stürzen über das Bettgitter
oder Einklemmen bis zu Todesfällen

Retrospektive Untersuchung des Rechtsmedizin. Institutes München 1997-2010: von
26 unklaren Todesfällen bei Gurtfixierung sind 22 direkt auf die Folgen der
Fixierungen zurückzuführen!

(Tod durch Strangulation, Thoraxkompression oder Kopftieflage

Rechtsmediziner schätzen die Dunkelziffer sehr hoch ein!

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Medizinische Komplikationen:

- Infektionen (z.B. Pneumonie)
- Dekubitus
- Thrombose
- Kontrakturen
- Zunahme von Urin- und Stuhlinkontinenz

Indirekte Gefahren:

- Abbau von Muskeln (Atrophie)
- Gelenksversteifung
- Verlust der Balance-> Sturzgefahr!

- ▶ FeM können eine kurzfristige Schutzmaßnahme darstellen
- ▶ FeM sind mittelfristig mit erheblichen Risiken verbunden!

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Paradoxe Situation

- Sturzgefährdete Menschen sollen durch Fixierungen vor Stürzen und Verletzungen geschützt werden, um Mobilitäten zu erhalten



- Fixierungsmaßnahmen schränken Mobilität ein und erhöhen dadurch Gefahr von Stürzen und Verletzungen

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Paradoxe Situation

FeM führen genau zu den Situationen, die man eigentlich vermeiden möchte:

- Sturzrisiko erhöht sich, die Gefahr sturzbedingter Verletzungen ist eher zunehmend & die Sturzfolgen (Schwere der Verletzungen!)
- herausfordernde Verhaltensweisen verstärken sich:
Unruhe, verbales Störverhalten, aggressives Verhalten
- führt zu vermehrter Gabe von Psychopharmaka und Polypharmazie
- führt wiederum zu höherem Sturzrisiko

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Paradoxe Situation

es gibt keine Studie, die einen positiven Effekt auf herausforderndes Verhalten zeigt

FeM werden im **Expertenstandard Sturzprophylaxe** ebenso wie Psychopharmaka als Sturzrisikofaktoren angegeben

im **Expertenstandard Sturzprophylaxe** wird beschrieben, dass FeM keinesfalls zum Zweck der Sturzprophylaxe eingesetzt werden sollten (Balzer, et al.: 2013, S. 181)

Pflegewissenschaftliche Studien

- Was passiert wenn keine FeM angewendet werden?
- Können durch gezielte Interventionen FeM vermieden werden?
- Treten tatsächlich die befürchteten sturzbedingten Verletzungen ein?



→ Zwei randomisierte kontrollierte Studien (Redufix, 2008; Koczy et al., 2011)

Ergebnis: Verzicht von FeM führt **nicht** zu vermehrten Sturzverletzungen!!!

- Beobachtungsstudien:
 - bei einer erfolgreichen Reduktion von Fixierungen im Rahmen von Interventionsprogrammen steigt die Zahl von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen **NICHT** an!!
 - Fixierte Personen sind mehr von sturzbedingten Verletzungen betroffen
- Redufix- Studie (Einsatz von technischen Hilfsmitteln):
 - Häufigkeit und Dauer einer Fixierung konnte deutlich gesenkt werden
 - kein Unterschied hinsichtlich Sturzverletzungen
 - keine vermehrte Gabe von Psychopharmaka
 - Herausforderndes Verhalten tendenziell verbessert

Risiken, Gefahren und unerwünschte Nebenwirkungen von FeM

Fazit aller pflegewissenschaftlichen Studien:

- weniger FeM in Interventionsgruppe
- Stürze, Sturzverletzungen und Gabe von Psychopharmaka keine Unterschiede zwischen Gruppen
- diskutiert wird v.a. „culture change“, der aus konsequentem Vermeiden von FeM resultiert

Studien zeigen eindeutig:
Verzicht von FeM führt nicht zu vermehrten Sturzverletzungen!!!

bis hierhin:

was sind FeM/ welche FeM gibt es

was sind Gründe /Ursachen

was sind Risiken

Paradoxien bei der Anwendung von FeM

Ergebnisse pflegewissenschaftliche Studien

und weiter:

Impulse zum Abbau

wie haben wir das gemacht

was setzen wir ein/ machen wir stattdessen

... bis hierhin ...



... bis hierhin ...

Filmempfehlung

Film: ‚Eure Sorge fesselt mich‘- Bayer. Staatsministerium
auch Kurzfassung youtube auch www.eure-sorge-fesselt-mich.de

und: Prof. Dr. Volker Großkopf
Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege am Beispiel dementiell erkrankter
Menschen – Die Reportage – Rechtsdepesche
youtube

Literaturempfehlung

Leitlinie FEM: Mehr Freiheit wagen www.leitlinie-fem.de auch Kurzinfo für Betreuer/Angehörige)
‚Mehr Freiheit in der Pflege wagen‘... Ministerium für Soziales u.a. Saarland
Verantwortungsvoller Umgang mit FEM in der Pflege: Bayerisches Staatsministerium
für Gesundheit & Pflege

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

- seit 2005 – dann ab 2008/2009 verstärkte Aufmerksamkeit durch Verbraucherschutzorganisationen z.B. BAGSO, BIVA
- Art. 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe Art. 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
- Wir haben die Charta frühzeitig in unsere Leitbild integriert und daraus Impulse zum Rückbau von FEM abgeleitet.
- die Charta war in der AP- Praxis zunächst wenig beachtet ab 2010 ist die Charta zunehmend wichtiger geworden und inzwischen (auch im Hinblick auf den Wettbewerb) unverzichtbar! die Charta ist heute in verschiedenen gesetzliche Normen als Richtlinie explizit benannt (vor allem in den Heimgesetzen der Länder)



➔ **Wir haben die Charta frühzeitig in unsere Leitbild integriert und daraus Impulse zum Rückbau von FEM abgeleitet.**

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

- inzwischen ist die Charta auch Bestandteil der Altenpflege-Ausbildung
- die Charta hat durch die Reform des SGB XI (Pflegestärkungsgesetze 1-3) erneut an Bedeutung gewonnen
- sie ist implizit Teil des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes
- im Rahmen der ‚Entbürokratisierung der Pflege‘ ist die Charta noch deutlicher in das neue Modell der Pflegeplanung und –dokumentation anhand der SIS (strukturierte Informationssammlung) eingebaut



BIVA & Grüner Haken für Verbraucherschutz

- BIVA - Bundesinteressenvertretung für alte & pflegebetroffene Menschen Modellprojekt Heimverzeichnis 2009 und Grüner Haken für Verbraucherschutz
- Datenbank aller stationäre Pflegeeinrichtung/ teilweise mit detaillierter Leistungsbeschreibung ca. 1.100 Heime mit Grünem Haken
- dabei geht um Lebensqualität im Altenheim (137 Kriterien)
 - Autonomie • Teilhabe • Menschenwürde
- 2 AUDIT-Kriterien: ‚Gibt es Verfahrensregeln (Grundsätze/Leitlinien) über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, die auch Alternativen zu deren Vermeidung beinhalten?‘ ‚Eine Ethikkommission wird in Konfliktfragen bei Zwangsernährung, freiheitsentziehenden Maßnahmen und in der Sterbebegleitung hinzugezogen (seit 2014).‘
- Wir sind seit 2011 zertifiziert (regelmäßige Rezertifizierung).



Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

1. Bachelorarbeit (der FH SB: Studiengang Management & Expertise im Gesundheitswesen)

Forschungsfragen:

- Warum wird noch fixiert?
Was sind die Motive der Pflegenden?
- Welche Schulungsbedarf gibt es?
- Sind es Unsicherheiten beim Personal?
- Welche Aufklärungsbedarfe gibt es?
- Was kann in der Praxis verbessert werden?

Ergebnisse:

unsere MitarbeiterInnen...

- waren unreflektiert (Verdrängung)
- waren zum Thema FEM teilweise uninformiert
- waren beim Thema FEM (ver-) unsicher(t)
- waren nicht so weit, wie die Führungskräfte

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

der bekannte Problemerkis:

- persönliche Einstellung der Pflegenden
- Fixierung als Routine
- Fixierung zwischen Fürsorge und Freiheitsrecht
(...)

Kultur der Fixierung



Kultur der Pflegenden

Kultur der Einrichtung

...je nach ‚Reife‘-Grad einer Einrichtung erfordert dies oft ein ...

Culture Change

dies ist ein umfassender und zentraler Managementprozess

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

2. Vorbereitung: Literaturrecherche & -auswertung (REDUFIX)
3. Interne Schulung Leitungsebene
4. Gründung Qualitätszirkel: Fachliche Arbeit
5. Entwicklung einer gemeinsamen Prozessbeschreibung zum Thema Vermeidung FEM (Praxisumsetzung)
6. Entwicklung von Fortbildung/Schulungsmaterial & Schulung der MitarbeiterInnen
7. Fallbezogenes Arbeiten/Rückbau von FEM

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen



Ziele unseres Prozesses:

- die Anzahl der fixierten Pflegebedürftigen wird deutlich reduziert
- etwaige Rest-Fixierungszeiten werden deutlich verringern
- Psychopharmaka, Neuroleptika, Sedativa werden abgebaut
- individuelle Lösungen möglich machen
- die MitarbeiterInnen fachlicher werden
- die MitarbeiterInnen sich innerhalb des change-managements gut fühlen
- vor einer möglichen FEM alle erdenklichen Alternativen im Abwägungsprozess bedacht werden
- Ressourcen vorhanden sind
- alle am Versorgungsprozess Beteiligten – Pflege/Betreuung, Ärzte, Angehörige und Betreuer gemeinsam ihre Verantwortung wahrnehmen

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

unser (damaliger) ethischer Ansatz:

Freiheit wird in der Regel verstanden als Möglichkeit, ohne Zwang zwischen verschiedenen Möglichkeiten auszuwählen und nach eigenen Bedarfen und Bedürfnissen zu entscheiden. Menschen in Pflegeeinrichtungen befinden sich größtenteils dort, weil sie dazu im Alltag nicht mehr in der Lage sind.

Die einen können noch entscheiden, die Entscheidung aber nicht mehr selbständig umsetzen, die anderen können erst gar keine Entscheidung mehr treffen.

Sie brauchen also Unterstützung in Form von professioneller Hilfe, die auch gezahlt wird.

Das dabei (in irgendeiner Form) die Freiheit eingeschränkt wird, ist nicht akzeptabel!

Es fließen ein: Berufs-Ethik, Professionalität, Kundenorientierung und Verbraucherschutz.

heute halten wir den damaligen Ansatz nicht mehr für ‚relevant‘ vielmehr gilt

**FEM sind aus pflegfachlicher Sicht falsch !
die Expertenstandards und andere gesetzliche Normen
fordern eine Altenpflege die frei von FEM ist**

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

(zunächst) Ethik- Konferenz:

Zusammensetzung:

- Heimleitung
- Pflegedienstleitung(en)
- Qualitätsmanagerin
- Bezugspflegefachkraft
- Leitung Betreuungsdienst
[gelegentlich auch: Mitglied Heimbeirat/Bewohnervertreter]

Durchführung:

- von 2012-2013
- interdisziplinäre Fallbesprechung!
- tritt ‚unmittelbar‘ zusammen - mit dem Ziel, eine bewohnerorientierte Lösung zu finden

Erfahrungen: in allen Fällen wurden wirksame Alternativen gefunden/umgesetzt
alle FeM wurden aufgehoben/abgeschafft/nicht angewandt



heute: Fallbesprechungen im Pflorgeteam

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

3 Ebenen der Intervention:

Umgebungsebene

bauliche Anpassungen, Hilfsmittel,

Pflege- & Mitarbeiterenebene

Unternehmensziel & Prozess

Fortbildungen/Schulungen

Fallbesprechungen

Bewohnerebene

Beratung Angehörige/Betreuer, Bewegungsangebote, Hilfsmiteileinsatz,
Tagesstruktur etc.



Verfahrensanweisungen/Prozessbeschreibung

- Fallbezogenes Arbeiten beim Rückbau
- Anamnese / Risikoeinschätzung
- Einbezug am Versorgungs- und Betreuungsprozess beteiligter Personen
- Problemanalyse im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung
wichtig: die Einschätzung der Alternativen (Nutzen/Schaden)
- welche Alternativen stehen zur Verfügung?
- was muss an Hilfsmitteln/Ausstattungen vorhanden sein
- welche Ziele lassen sich mit den Alternativen erreichen und welche Risiken haben sie?
- Erarbeitung von alternativen Maßnahmen und
- Regelmäßige Überprüfung/Evaluation der Maßnahmen
- wie kann man die Mitarbeiter gut begleiten?

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

Regelmäßige Fortbildungen & Schulungen

- Inhalte (Häufigkeit und Dauer von FEM, Risikogruppen, Häufigste Gründe für FEM, Problemfeld Psychopharmaka, Gefahren von FEM, was spricht gegen eine Fixierung, Alternative Interventionen, Risikobewertung, Konzept- bzw. Prozesserarbeitung, Praxisumsetzung)
- Filme z.B. *„Eure Sorge fesselt mich“*
- Rechtswissen im Zusammenhang mit Fixierungen
- Thema Fixierungsalternativen im Einarbeitungskonzept neuer MA
- jährliche Fortbildung – Pflichtschulung
- Alters-Simulation!
- Qualitätszirkel
- Statistik, Ergebnisse und Erfahrungen gehen in die Leitungsrunde z.B. Sturzstatistik und Auswertung
- **Fallbesprechung Pflege-Team**



Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

- Regelmäßige Fortbildungen & Schulungen
- Bereitstellung finanzieller Ressourcen (Niedrigflurbett etc.)
- Bauliche Anpassung (Sitzgelegenheiten, Beleuchtung, Handläufe etc.)
- Einsatz Pflegehilfsmittel
- Bewohnerangepasste Tagesstruktur (z.B. ruhen und schlafen)
- Bewegungsförderung (Gymnastik- und Fitnessraum, Yoga auf dem Stuhl, Seniorenparcours etc.)

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

Medikamentenmanagement:
Priscus- Liste und Erkennen von Polypharmazie

Implementierung eines Medikamentencontrolling:

- Ernennung von Medikamentenbeauftragten, die sich mit der Medikation der einzelnen Bewohner mit Hilfe der Priscus-Liste auseinandersetzen
- in diesem Prozess waren sowohl die Ärzte, als auch die Pflegekräfte involviert



Rolle von Psychopharmaka und Polypharmazie

- Falsche Indikation
- Altersuntaugliche Medikamente
- Zu viel, zu wenig,...

- durch veränderte Pharmakodynamik im Alter
- -> Erhöhte Wechsel- und Nebenwirkungen



(welt.de)

- Typische Nebenwirkungen:
- -Herz-Kreislaufprobleme
- -Neurologische Ausfälle (Schlucken, Stürzen)
- -Kognitiv-zerebral (Unruhe, Verwirrtheit)

- Schlüsselposition: Pflegefachkräfte, aber auch: Betreuer, Angehörige!
- Überprüfung der Medis durch einen Arzt mit gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikation (Pantel et al., 2005)

**Erfahrungen & Ergebnisse:
etwa 50% der Psychopharmaka u.a. können abgebaut werden !**

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen



Beleuchtung



passende Brillen, Sehhilfen



Tiefes Bett mit Sensormatte und Leaving-Bed-
Beleuchtung

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

zentrales Element der Sturzprophylaxe -> Bewegungsförderung



Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

zentrales Element der Sturzprophylaxe -> Bewegungsförderung



Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

zentrales Element der Sturzprophylaxe -> Bewegungsförderung



Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

Yogakurse für Externe & Bewohner
Tanz-Tee
Turniere: Wii und Kegeln

Kraftaufbau
Bewegungstraining
Fitness-Studio !
Actions-Parcours (outdoor)
Gymnastik
Wii-are fit!



derzeit gibt es an 5 Tagen
bewegungsfördernde
Angebote mit
3 qualifizierten
Ergotherapeutinnen
in eigenen Räumlichkeiten -
Gymnastikraum, Fitness-
Studio



weitere Alternativen und Hilfsmittel zur Vermeidung von FeM

- es gilt: Ausschöpfen jeglicher Alternativen sowie individuelle Maßnahmenplanung



Hüftschutz Set SAFEHIP

(https://www.claravital.de/Hueftschutz-Set-SAFEHIP-Classic?gclid=EAlaIqobChMI16Xw54-K5wIVCp53Ch0AfAcTEAQYASABEgLqvPD_BWE)



Antirutsche-Socken

(<https://intermedical24.de/ampri-med-comfort-einweg-antirutsch-socken.html>)



Verbandsschuhe

(<https://www.verbandsschuhe.com/verbandsschuhetherapiesschuhe/235/promed-pedibelle-alexander>)

weitere Alternativen und Hilfsmittel zur Vermeidung von FeM

es gilt: Ausschöpfen jeglicher Alternativen sowie individuelle Maßnahmenplanung



Helm-, Knie- und
Armschoner

(https://www.ndz-pflege.de/files/content-asset/pdf-downloads/events/ndz/redufix/Redufix%20_Bredthauer_2009_2.pdf)



z. Bsp. Safefloor™ Fa. Roelke pharma

Klingelmatte

(https://www.ndz-pflege.de/files/content-asset/pdf-downloads/events/ndz/redufix/Redufix%20_Bredthauer_2009_2.pdf)



Antirutsch-Matte

(https://www.ndz-pflege.de/files/content-asset/pdf-downloads/events/ndz/redufix/Redufix%20_Bredthauer_2009_2.pdf)

weitere Alternativen und Hilfsmittel zur Vermeidung von FeM

es gilt: Ausschöpfen jeglicher Alternativen sowie individuelle Maßnahmenplanung



Geteilte Bettseitenteile

(<https://www.theunissen24.com/senioren-krankenpflegebedarf/einrichtung/pflegezimmermobel/pflegebetten-matrasen/elbur-pflegebettset.html>)



Gehhilfe/Gehwagen
„Walker“

(<https://rehaservice.at/produkte/gehilfen>)



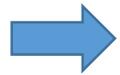
Lagerungsschlangen

(<https://centre-europa.de/shop/verordnungsfaehige-produkte/lagerungsschlange-groesse-1-ca-200-x-35-cm>)

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen

Ergebnisse:

durch konsequente Anwendung des Expertenstandard und Umsetzung im Pflegealltag,
Schulungen von Anwendungen technischer Hilfsmittel



**Fixierungsfreiheit ist längst zum Selbstverständnis geworden
und eine dauerhafte Abschaffung von FeM ist gelungen**

zudem:

- Anzahl der Stürze nicht angestiegen
- Sedativa, Psychopharmaka etc. sind deutlich reduziert
- Verbesserung des Arbeitsklimas
- Positive Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung
- Fachlichkeit hat sich erhöht
- Beratungskompetenz zum Thema FeM ist deutlich gestiegen
- Lebensqualität der Bewohner hat sich deutlich erhöht

die Bedeutung der Pflegewissenschaften

die Pflegewissenschaften

die Pflegewissenschaften sind eine Disziplin, die von 2005 bis heute enorm gewachsen sind (2016 gibt es ca. 148 Studiengänge an 78 Unis und FHs)

die Pflegewissenschaften sind seit ca. 2010 etabliert und ‚anerkannt‘

dennoch hat es Jahre gedauert, bis ihre Erkenntnisse in die unmittelbare Pflege-Praxis eingeflossen sind



mit den Pflegewissenschaften ist

a) eine ‚Normierung‘/Standardisierung vollzogen, so wie sie in der Technik oder der Medizin längst üblich ist (auch im Hinblick auf Verbraucherschutz, Haftungsrecht etc.)

b) dies gilt auch im Hinblick auf einen permanenten Fortschritt (kritische Prüfung & Weiterentwicklung)

die Pflegewissenschaften sind vom Gesetzgeber anerkannt/implementiert:

vor allem mit den sog. (Nationalen) Expertenstandards (Sturz -, Mobilität, Dekubitus, Schmerz, Überleitung, Ernährung, etc.)

in der ‚Novelle‘ des Sozialgesetzbuch SGB XI Pflegestärkungsgesetze 1-3

-auch in die sog. Heimgesetze der Länder- sind die Pflegewissenschaften implementiert

die Bedeutung der Pflegewissenschaften

SGB XI

im Gesetz finden sich zahlreiche Belege– hier einige Beispiele:

§ 11 Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.

§ 28 Die Pflegekassen und Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach Abs.1 nach allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischen Erkenntnis erbracht werden.

§ 72 (3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden, die 4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden.

§ 112 Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, (...) Expertenstandards nach § 113 a anzuwenden

§ 113 Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität!

§ 113a (1) Die Vertragsparteien stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege sicher.

Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. (...)

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind (...) unmittelbar verbindlich.

Abbau von FeM in unseren Einrichtungen



Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Implementierung des Expertenstandards (gesetzliche Vorgabe)

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Auszug aus dem Sonderdruck

**Expertenstandard
Sturzprophylaxe in der Pflege**

- im Expertenstandard Sturz steht (vereinfacht) Fixierungen sind ungeeignet Stürze zu vermeiden
- Fixierungen (bzw. ihre Folgen) erhöhen vielmehr grundsätzlich das Sturzrisiko bzw. das Sturzfolgenrisiko
- es ist Aufgabe der Pflegefachkraft -zusammen mit anderen Beteiligten(...) alles zu tun, um Stürze zu vermeiden

(https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz-Akt_Auszug.pdf)

Expertenstandard: Sturzprophylaxe

Präambel:

Jeder Mensch hat ein Risiko zu stürzen (...). Über dieses alltägliche Risiko hinaus gibt es Stürze, deren Ursachen im Verlust der Fähigkeit zur Vermeidung eines Sturzes liegen. Den betroffenen Patienten Bewohnern, überwiegend ältere Menschen oder Menschen mit reduziertem Allgemeinzustand, gelingt es nicht mehr, den Körper in Balance zu halten oder ihn bei Verlust des Gleichgewichtes wieder in Balance zu bringen bzw. Sturzfolgen durch intakte Schutzreaktionen zu minimieren.

Physische Auswirkungen von Stürzen reichen von schmerzhaften Prellungen über Wunden, Verstauchungen und Frakturen bis hin zum Tod. Zu den möglichen psychischen Folgen zählt vor allem der Verlust des Vertrauens in die eigene Mobilität.

Durch die physischen und/oder psychischen Sturzfolgen kann es schließlich zu einer Einschränkung des Bewegungsradius kommen und schlimmstenfalls zur sozialen Isolation.

Expertenstandard: Sturzprophylaxe

Definition:

Im vorliegenden Expertenstandard ist mit Sturzrisiko grundsätzlich das erhöhte Sturzrisiko gemeint, das über das alltägliche Risiko zu stürzen, hinausgeht. (...)

Zielsetzung:

Der Expertenstandard hat zum Ziel, Pflegefachkräfte sowie Pflege- und Gesundheitseinrichtungen dabei zu unterstützen, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertenmeinungen, Stürze vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren.



**es obliegt jeder Einrichtung und jeder Pflegefachkraft
für die Implementierung bzw. Umsetzung des Standards zu sorgen**

Expertenstandard: Mobilität



(https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandards/expertenstandards.jsp)

Dieses Ziel ist allerdings nicht durch eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu erreichen, sondern vielmehr durch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität von Patienten/Bewohnern, verbunden mit einer höheren Lebensqualität.

Die Expertengruppe spricht sich daher gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus!

Handlungsempfehlungen und Fazit

auf FeM zu verzichten muss eine Entscheidung der gesamten Einrichtung sein sowohl von der Einrichtungsleitung bis hin zu den einzelnen Pflegekräften



Implementieren einer „neuen“ Einrichtungskultur!

Anwendung von FeM bedarf einer einzelfallbezogenen, konkreten Gefahrenlage; präventive Fixierung ist definitiv nicht zulässig, NUR bei akuter Gefahr für Leib und Leben

Erforderlichkeitsgrundsatz besagt, immer Alternativen in Betracht zu ziehen

Haftungsangst bei Sturz und deren Verletzungen unbegründet

Handlungsempfehlungen und Fazit

„Jeder sollte sich darüber bewusst sein, dass ein Sturz (auch in einer Einrichtung) trotz gründlicher und fachgerechter Präventionsmaßnahmen nicht immer vermeidbar ist.“
(Renaud et al., 2015)

ein „culture-change“ wirkt sich positiv aufs Arbeitsklima aus

Gesetzliche Grundlage besagt Selbstbestimmung und Freiheit stehen an erster Stelle

Pflegewissenschaftliche Studien zeigen deutlich, dass bei Verzicht auf FeM nicht mit einem Anstieg von Sturzverletzungen zu rechnen ist



Was könn(t)en die Gerichte tun?



aus Sicht der Pflege:

- Fälle genau prüfen (z.B. Biografie, Sturzereignisse, Antrags-Motive? ...)
- Anträge ablehnen
- Verlängerungen prüfen
- Änderungen den Einrichtungen erläutern

das Thema ‚hoch‘ halten:

- Richter-KollegInnen sensibilisieren
- eventuell Pflege-Einrichtungen ‚beobachten‘ Statistik/ Controlling/ kollegialer Austausch
- eventuell aktiv auf Einrichtungen zugehen
- Gespräche mit Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung führen/Kontakt halten
- Schulungen & Beratungen anbieten: für Berufsbetreuer/ Betreuungsvereine & Einrichtungen
- (Frage: wissen BetreuerInnen genug zu dem Thema?)
- eventuell Einrichtungen auf best-practice hinweisen – Wettbewerb anstacheln
- technische Alternativen/Hilfsmittel prüfen und eventuell ‚zulassen‘ (Modell-Lösungen)

was könn(t)en Betreuer & Angehörige tun?

- sich ausreichend über das Thema informieren
- eigene Haltung kritisch hinterfragen
- Sturzrisiko akzeptieren als Teil des üblichen Lebensrisikos

vor einer der Heimauswahl:

- fixierungsfreie Einrichtungen gezielt auswählen

nach der Heimauswahl:

- etwaige Beschluss-‘Begehren‘ der Einrichtung zurückweisen
- kritisch nachfragen, welche Alternativen & Hilfsmittel vorhanden sind
- Angebote der Bewegungsförderung & Mobilität überprüfen
- mit den Betreuungsgerichten entsprechend zusammenarbeiten



was könn(t)en Schulen (Ausbilder) tun?

trotz voller Lehrpläne das Thema ‚Alternativen‘ oder ‚Vermeidung‘
von FEM mit 2 x 2 Stunden einbauen

eigene Erfahrungen

Bezug zum Ausbildungsbetrieb

Ergebnisse der Pflegewissenschaften

eventuell Pflege & Recht beim Thema zusammenbringen

...

...



- ✓ es gibt genügend Alternativen zu FEM
- ✓ es gibt viele Einrichtungen die seit Jahren fixierungsfrei sind
- ✓ der Kulturwandel zur fixierungsfreien Einrichtung ist förderlich für die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und kann öffentlichkeitswirksam sein
- ✓ die gesetzliche Grundlage gibt Selbstbestimmung und Freiheit den Vorrang
- ✓ die Angst vor Haftung ist (meist) unbegründet
- ✓ die wissenschaftliche Beweislage spricht klar gegen Fixierungen

- ✓ der Gesetzgeber folgt mit dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und die Länder mit den Heimgesetzen den Pflegewissenschaften:
in den **Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe** und **Förderung der Mobilität** werden jedwede Fixierungen als kontraproduktiv verworfen
die Expertenstandards sind einzuhalten!



**Fixierungen
sind
in der Altenhilfe
vollständig
verzichtbar**

Armgar, C., Schnaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyschak, J., Schramm, A., Richter, S., Lessmann, JJ., Juckel, G., Haußleiter, IS (2013): Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. Psychiatrische Praxis, 40(5), 278-284.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. & FitzGerald, M. (2002). Physical Restraint in Acute and Residential Care. The Joanna Briggs Institute, 22, 5-11.

Frajo- Apor, B., Stippler, M., Meise, U. (2011): Etwas erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren. Psychiatrische Praxis, 38(6), 293-299.

Renaud, D., Nicolay, E., Battis, S. (2015): Mehr Freiheit in der Pflege wagen – Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Information für Pflegekräfte zu Risiken und Alternativen. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.). Saarbrücken.

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
online eingesehen unter:
www.pflege-charta.de am 17.1.2020

Grüner Haken
online eingesehen unter:
www.heimverzeichnis.de am 17.1.2020

SGB XI
online eingesehen unter:
<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html> am 17.1.2020

Balzer, K., Junghans, A., Behncke, A., Lüthmann, D. (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Literaturanalyse, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):
online eingesehen unter:
https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz-Akt_Auszug.pdf am 17.1.2020

BMG (2017): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege
online eingesehen unter:
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/131/1813176.pdf> am 17.1.2020

BGB: § 1906. Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen
online eingesehen unter:
https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1906.html am 17.1.2020

Köpke, S., Gerlach, A. Möhler, R., Haut, A., Meyer, G. (2009): Leitlinien FEM – Evidenzbasierte Pflegeleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg und Universität Witten/Herdecke.

Koczy, P., Becker, C., Beische, D., Buechele, G., Guerra, V., Kleiner, A., Klie, T., Rapp, K., Rissmann, U. & Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2): 334-339

Redufix (2014): Evaluationsbericht
Online eingesehen unter:
http://www.redufix.de/html/img/pool/12_11_Endbericht_Redufix_Schweiz.pdf am 17.1.2020

Walther, G. (2007): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen in der Pflege. Ethik in der Medizin, 4, S. 289-300

Projektgruppe ReduFix (2007). ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Hannover: Vincentz Network

Pantel, J., Bockenheimer-Lucius, G. & Ebsen, I. et al. (2005). Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt/M.: Peter Lang

Abschlussbericht ReduFix (2004). Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzkranken Heimbewohnern. Abschlussbericht zum Modellvorhaben.

online eingesehen unter:

http://www.redufix.de/html/img/pool/redufix_Abschlussbericht_Ministerium_Entfixierung.pdf?sid=istp8ajdsetdu9ig29csqnqbl5 am 17.1.2020

Klie, T. & Pfundstein, T. (2004). Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In: B. Hoffmann B & T. Klie (Hrsg.) Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis. CF Mueller, Heidelberg, S. 75–130

Weglaufen Risikomanagement

aus Sicht:

- der Angehörigen
- der Pflegenden
- der Öffentlichkeit

mögliche Folgen für die BewohnerInnen

mögliche Folgen für die Einrichtung (proaktives Risikomanagement)

Maßnahmen zur Vermeidung

- Standard: *Ein Bewohner wird vermisst*
- Schulung der MitarbeiterInnen
- Fotos und aktuelle Personenbeschreibungen/EDV
- Zusammenarbeit mit der Kontaktpolizei
- klare & dokumentierte Vereinbarungen mit Angehörigen/Betreuern

Maßnahmen bei/danach

- Krisenmanagement (Maßnahmenplan) intern & extern
- Krisen- PR (Reputation Management)
- Aufarbeitung mit den MitarbeiterInnen
- (geschlossener Bereich ja oder nein?)



**bei der Reduzierung von
FEM
sollte dies von Beginn an
antizipiert
und geplant werden!**

Exkurs: Ortungssysteme

Weglaufen Ortungssysteme

Ortungssysteme waren (2010-2012) ein ‚großes Thema‘ im Pflegemarkt, sind dann aber gescheitert wegen Notwendigkeit richterlicher Genehmigung und (damals) unausgereifter Technik

heute ist die Technik besser und differenzierter- die Industrie findet wieder Interesse daran...

es gibt Systeme, deren Verwendung wissenschaftlich begleitet wurden z.B. Geocare

wir haben Erfahrungen damit ...

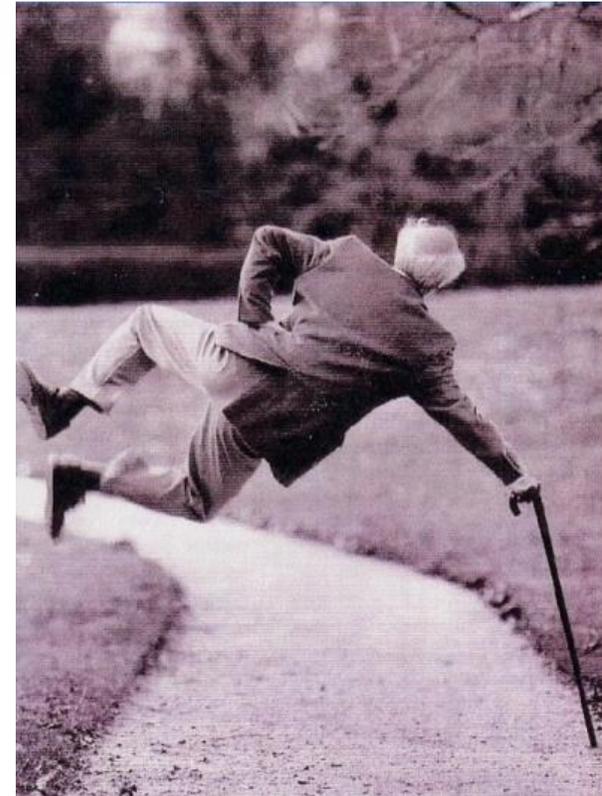
... tatsächlich aber ist die Praxisrelevanz gering

notwendige Voraussetzung beim Einsatz von Ortungssystemen:

- Klärung mit Gerichten
- Beratung der Angehörigen
- Schulung der MA



kurze Pause



Fall-Geschichten

- Bewohnerin Frau A ist 100 Jahre alt, lebt seit 2015 im Heim, zuvor im Stiftswohnen, Diagnose schwere Herzinsuffizienz, Pflegestufe 2, Demenz, anerkannt eingeschränkte Alltagskompetenz, starker Bewegungsdrang.
- Bei Einzug auf die Station lag ein Beschluss für Bettgitter vor, der von der Enkelin - als Bevollmächtigte- bereits beantragt und vom Gericht bewilligt war. Bis Mitte 2016 gab es 2 Sturzereignisse.
- Beratung der Enkelin bzgl. alternativer Maßnahmen Mitte 2016. Sukzessive werden mehrere alternative Maßnahmen eingesetzt: Sturzbett, Sensormatte, Safe-Hip-Hose, Rutschsocken. Der Beschluss wird ab Mitte 2016 nicht mehr angewandt.
- Nach abschließender Beratung stimmt die Enkelin zu, den 2017 auslaufenden Beschluss nicht mehr verlängern zu lassen.

Fall-Geschichten

Bewohnerin Frau B ist 83 Jahre alt, lebt seit 01.2011 im Heim, zunächst Pflegestufe 2, Diagnose Alzheimer, amnestisches Syndrom nach Alkoholabusus, Dranginkontinez, anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz.

Ehemann ist Betreuer. Bewohnerin ist bei Einzug mobil- es besteht starke Sturzgefährdung. Beratungsgespräch erfolgt, Maßnahmen: Protectoren, Rutschsocken. Es kommt zum Sturz mit Oberarmfraktur 10/2011.

Der Ehemann stellt bei Gericht einen Antrag zur Fixierung (Bettgitter) wegen starker nächtlicher Unruhe, trotz erneuerter Beratung (11/2011).

Neue Sturzereignisse in 02.2012 und 03.2012 (ohne Verletzungen).

Verstärkte ergotherapeutische Maßnahmen & Veränderung der Tagesstruktur!

Weitere Beratung 03.2012 mit dem Ehemann: Einsatz Sturzbett.

In der Folge wird der Fixierungsbeschluss 18 Monate lang nicht mehr angewandt.

Bewohner Herr C ist 87 Jahre alt, Pflegestufe 3, Diagnosen: kardiale Dekompensation, Niereninsuffizienz, Diab. Mellitus, Hypertonie, Schrumpfniere, Demenz, anerkannt eingeschränkte Alltagskompetenz, starker Mobilitätsdrang zur Toilette wg. Harnstau.

Einzug Anfang 2013; Tochter hat Generalvollmacht; sie gibt im Erstgespräch mehrere Sturzereignisse zu Hause und im KH an. Sie möchte eine Sicherung durch Bettgitter und beantragt diese.

Anleitung und Beratung erfolgen. Alternative Maßnahmen werden angeboten aber von der Tochter strikt abgelehnt.

Schweres Sturzereignis 08.2013 mit KH Einweisung, Herr C kletterte über das Bettgitter. 4 Wochen KH-Aufenthalt.

Erneute Beratung erfolgt nach Rückkehr aus KH. Niedrigbett wird eingesetzt.

Bettgitter werden in der Folge nicht mehr eingesetzt.

Keine Sturzereignisse mehr. Bewohner lebt bis heute im Heim; pro Jahr 2 bis 3 Sturzereignisse ohne! KH-Aufenthalte.

Fall-Geschichten

Bewohnerin Frau E ist 92 Jahre alt, Pflegestufe 1, Einzug 02.2009, Diagnosen: Kachexie, Hypothyreose, Demenz, anerkannt eingeschränkte Alltagskompetenz, motorische Unruhe, Depression, mobil ohne Hilfe

Bei Einzug waren starke Antidepressiva und vor allem 2 Beruhigungsmittel angesetzt. Die MA konnten beobachten, wie die Bewohnerin zunehmend verwirrter und schläfriger wurde.

Es kommt zu kleinen Stürzen ohne Verletzungsfolgen.

Es wurden intensive Gespräche mit dem Neurologen geführt über die gut dokumentierten Wesensveränderungen/Beobachtungen aus dem Tag- & Nachtablauf der Bewohnerin. Im Team folgten mehrere Fallbesprechungen.

Die Medikation wird zunächst reduziert, dann geändert.

Statt Neuroleptika und Antidepressiva wurde ein Pflaster (Depotmedikation) zur Behandlung von Gedächtnisstörungen eingesetzt.

Frau E wird intensiv in tagesstrukturierenden Angeboten/Programmen in der Gruppe einbezogen.

Folge: Frau E wird kommunikativer, Stimmung und Orientierung verbessern sich merklich, keine Ängste erkennbar, keine Sturzereignisse mehr mit zum Ableben 2015