

Freiheitsentziehende Maßnahmen

„Das fixierungsfreie Pflegeheim ist möglich“

Fixierungen kommen in der Pflege sehr häufig vor, obwohl sie in den allermeisten Fällen unnötig sind. Dies ist eins der zentralen Ergebnisse des Forschungsprojekts ReduFix, das erstmals valide Zahlen über das Ausmaß von Fixierungen erhoben hat und Aufklärung und Beratung für Pflegende bietet. Wir sprachen mit Projektleiter Prof. Dr. Thomas Klie über die Gründe und Folgen von Fixierungen, rechtliche Hintergründe und über Möglichkeiten, schwierige Situationen auch mit anderen Mitteln zu lösen.

Das Projekt „ReduFix“

In den Jahren 2004 bis 2006 wurde, gefördert durch das Bundesfamilienministerium, das Modellprojekt „Reduktion von körpernahe Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern“ (ReduFix) durchgeführt. 45 Pflegeheime aus Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen nahmen am Projekt teil. Die Ergebnisse des Projektes zeigten, dass es möglich ist, körpernahe Fixierungen ohne negative Konsequenzen für die betroffene Person zu reduzieren. Dies gelingt dadurch, dass gezielte Interventionen angewendet werden und ein Reflexionsprozess angestoßen wird, der Alternativen zu Fixierungen bedenkt und in Betracht zieht. Die ermutigenden Ergebnisse des ReduFix-Projekts stießen in der Fachöffentlichkeit auf großes Interesse. Es wurde deutlich, dass in Einrichtungen, bei Trägern, Angehörigen und verschiedenen Berufsgruppen großer Bedarf an einer Vertiefung der Thematik besteht. Daher wurde im Jahr 2009 das Folgeprojekt ReduFix Praxis initiiert. Es hat zum Ziel, die Inhalte des Konzepts bundesweit zu implementieren.

? Herr Professor Klie, bis zu 40 Prozent der deutschen Heimbewohner werden fixiert. Diese erschreckende Zahl haben Sie und Ihre Kollegen im Rahmen des ReduFix-Projekts erhoben. Warum sind freiheitseinschränkende Maßnahmen eine so gängige Praxis in der Pflege?

In Deutschland wird in der Tat noch immer zu häufig und vor allem fachlich unbegründet fixiert. Das gilt aber nicht für alle Heime. Die Studie von Meyer und Köpke etwa hat gezeigt,

dass bei gleicher Personalausstattung und ähnlicher Bewohnerschaft in höchst unterschiedlichem Ausmaß zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gegriffen wird. Das Spektrum reicht von vier Prozent bis 58 Prozent. Die Fixierquote hängt also nicht mit der Personalausstattung und dem Personalschlüssel zusammen. Wir wissen, dass besonders das jeweilige Management eine hohe Verantwortung trägt. Die Konzeption, die in Einrichtungen verfolgt wird, ist ebenso wichtig wie die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nimmt sich die Heimleitung des Themas Fixierungen an, stellt sie klare Regeln auf und unterstützt die Mitarbeiter bei der Suche nach fachlich tragfähigen und auf den Einzelfall bezogenen, kreativen Lösungen, dann können Fixierungen deutlich reduziert und in den allermeisten Fällen ohne personellen Zusatzaufwand überflüssig werden. Gerontopsychiatrische Fachkenntnisse spielen, wie die Kollegen vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim herausgearbeitet haben, auch eine entscheidende Rolle, die formale Fachkraftquote aber eher weniger.

Auch wissen wir, dass die in der Pflege verbreiteten Altersbilder einen wesentlichen Einfluss haben, wenn es um die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen geht. Sehen Pflegekräfte in den Bewohnern einen schutzbedürftigen Pflegefall, den man vor Gefahren zu schützen hat, dann wird schneller zu Fixierungsmaßnahmen gegriffen.

? Welche Formen von Fixierungen kommen denn am häufigsten vor?

Am häufigsten ist in Deutschland das Aufstellen von Bettgittern, was in England spöttisch als „Lazy Nurse“ bezeichnet wird. Es folgen Formen der chemischen Fixierungen durch Psychopharmaka, Stecktische an Stühlen und schließlich Bauchgurte im Bett, die bei etwa neun Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner vorzufinden sind.

? Welche Folgen können diese Formen der Fixierung für die Betroffenen haben?

Fixierungen eröffnen einen Teufelskreis mit den denkbar schädlichsten Folgen. Zum einen besteht die Gefahr der Strangulation, sowohl bei Bauchgurten als auch bei Seitenteilen im Bett. Zum anderen verstärkt die erzwungene Immobilität die innere Unruhe, fördert Kontrakturen und provoziert einen weiteren Psychopharmaka-Einsatz. Stürze bei über den Tageslauf fixierten Bewohnern haben problematische Folgen wie Frakturen und schwere Verletzungen. Die Verschlechterung des Allgemeinzustandes ist ebenso die regelmäßige Folge von Fixierungen. Auch ist ein früherer Todeseintritt zu erwarten. Auf Fixierungen sollte also grundsätzlich möglichst verzichtet werden.

? Was aber kann eine Pflegekraft tun, wenn zum Beispiel während des Nachtdienstes, in der sie 40 Personen gleichzeitig zu betreuen hat, ein Bewohner unruhig umherläuft und sie befürchtet, dass dieser wegläuft oder stürzt?

Zunächst ist das Denken von einem Notfall her der falsche Ansatz. Vielmehr muss die Suche und Ausschöpfung von Maßnahmen, die freiheitsentziehende Maßnahmen überflüssig machen, fester Bestandteil jeder Pflegeplanung sein. Professionalität zeigt sich gerade in einem präventiv ausgerichteten Verhalten und nicht in der Argumentation vom Unglücksfall her. Auch die Fixierung aus Haftungsängsten heraus ist Ausdruck fehlender Professionalität. Wichtig ist ein souveräner Umgang von Pflegenden mit risikoreichen Situationen. Auch für Situationen wie der beschriebenen sind im Sinne eines Risikomanagements Vorkehrungen zu treffen, etwa durch einen Hintergrunddienst und die Fähigkeit, Prioritäten zu setzen. Dass es dann trotzdem zu schwer beherrschbaren Situationen kommen kann, ist

keineswegs der Regelfall, kann aber nicht ausgeschlossen werden. Dann wird man aus genau einer solchen Situation Schlussfolgerungen ziehen müssen, wie man ihnen das nächste Mal besser begegnen und vorbeugen kann.



Foto: edpa/ZB



„Es geht nicht um ‚Pflegefälle‘, sondern um einzigartige Menschen, für die eine Einrichtung die Verantwortung trägt, dass sie in ihrer Mobilität unterstützt werden und für ihre Sicherheit gesorgt wird.“

Prof. Dr. Thomas Klie, Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule Freiburg

? Was müssen Pflegende beachten, wenn eine Fixierung bei einem Patienten notwendig geworden ist?

Fixierungsmaßnahmen sind Eingriffe in Menschen- und Freiheitsrechte und bedürfen der besonderen Legitimation – auch und gerade juristisch. Nicht Angehörige, sondern nur Betreuer sind befugt, über sie zu entscheiden und bedürfen sodann der Genehmigung durch das Betreuungsgericht. Zunächst sind also die gesetzlichen Betreuer oder, soweit vorhanden, Bevollmächtigte in die Entscheidung einzubeziehen. Zudem gilt, dass richterlich genehmigte Fixierungsmaßnahmen nur so lange zulässig sind, wie sie er-

forderlich sind. Ein betreuungsgerichtlicher Beschluss befiehlt nicht, dass fortan immer fixiert werden muss oder darf.

Weiterhin gilt, dass fixierte Personen in besonderer Weise eine aufmerksame Krankenbeobachtung benötigen. Denn Fixierungsmaßnahmen wirken auf Menschen belastend. Nicht umsonst gilt etwa in der Psychiatrie der Satz, dass Fixierte,

insbesondere Bauchgurtfixierte, nicht allein gelassen werden dürfen.

Schließlich muss die Erforderlichkeit einer Fixierung immer wieder neu überprüft werden und alle Maßnahmen und Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die es möglich machen, auf sie zu verzichten. Einrichtungsinterne Standards zum Umgang mit Fixierung, die diese Schritte abbilden, sind Ausdruck davon, dass eine Einrichtung das Thema ernst nimmt.

? Das Projekt ReduFix hat belegt, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen in den meisten Fällen unnötig sind. Welche konkreten Maßnahmen sind in

der Pflegepraxis hilfreich, um auf Fixierungen zu verzichten?

Wie schon erwähnt: Das Wichtigste sind eine Gesamtkonzeption und eine Veränderung der Haltung der Mitarbeiter. Wichtig ist es auch, Angehörige einzubeziehen und auf deren Ängste und Sicherheitsvorstellungen einzugehen. Es sind nicht primär Einzelmaßnahmen gefragt, sondern ein Gesamtkonzept. Im Einzelfall bewähren sich durchaus auch technische Hilfen, die mittlerweile vielfach zur Verfügung stehen. Auch auf die räumliche Gestaltung kommt es an. Vor allem müssen aber pflegewissenschaftliche Erkenntnisse beachtet und angewendet werden, wie etwa beim Thema Sturzprophylaxe oder dem Umgang mit dem sogenannten herausfordernden Verhalten. Und es gilt: Die Reduzierung von Fixierung setzt eine gute Kooperation zwischen allen Beteiligten voraus – Angehörigen, Ärzten, Pflegekräften und Freiwilligen.

? Sind diese Maßnahmen in allen Settings der Pflege anwendbar?

Es gibt keine Patentlösungen, die auf alle Patienten und Bewohner in gleicher Weise Anwendung finden können. Wir konnten mit dem ReduFix-Projekt aber nachweisen, dass eine gute Schulungsmaßnahme einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen leisten kann. Dabei steht ein systematischer Reflexions- und Entscheidungsfindungsprozess im Vordergrund. Dieser kann und muss für alle Bewohner Anwendung finden, im Übrigen auch im klinischen Zusammenhang. Hier gelten die gleichen Regeln wie für Heime. Ansonsten sind die Maßnahmen auf den einzelnen Bewohner individuell zugeschnitten anzuwenden, und es ist vor allem Kreativität gefragt. Ob nun Niederflurbetten oder ein Futon die Lösung ist oder nicht, hängt auch von der Compliance und von den jeweiligen Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners ab. Ob eine Schwan-

Zur Person

Prof. Dr. Thomas Klie ist seit 1988 Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule Freiburg, dort Leiter des Instituts Alter.Gesellschaft.Partizipation (AGP) an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Privatdozent an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.

gerschaftsrolle statt Bettgitter hilft, oder ein Nachtcafé eine Antwort auf die Tag-Nacht-Umkehr von einzelnen Bewohnern ist, gilt es individuell herauszufinden. Wie gesagt: Es geht nicht um Pflegefälle, die sich alle ähnlich sind, sondern um unterschiedliche, einzigartige Menschen, für die eine Einrichtung die fachliche Verantwortung trägt, dass sie in ihrer Mobilität unterstützt werden und für ihre Sicherheit gesorgt wird.

? Sie sprachen technische Hilfen an. Inwiefern ist moderne Technik denn eine Möglichkeit, sowohl Sicherheit als auch Freiheit zu gewährleisten, und welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?

Technik kann, wie gesagt, hilfreich sein, verlangt aber nach einem rechtlich und ethisch reflektierten Umgang. GPS bewährt sich zur Erweiterung des Mobilitätsbaumes. Sensormatten können dazu beitragen, auf mechanische Fixierungen zu verzichten. Niederflurbetten können das Sturzrisiko absenken. Es gibt also vielfältige Optionen, die einzelfallbezogen in Betracht zu ziehen sind. Ohne Menschen, ohne Beziehungsgestaltung, ohne Interaktionskunst der Pflege geht es aber nicht. Technik allein kann innere Unruhe eines Menschen, seine Verzweiflung, seine Suche oder auch seinen Freiheitsdrang nicht adäquat und menschenfreundlich beantworten.

? Ihre Einschätzung zum Abschluss: Eine Pflegeeinrichtung, die frei ist von unnötigen Fixierungen – ist das Utopie oder ein erreichbares Ziel?

Das fixierungsfreie Heim ist möglich; dazu haben sich in Baden-Württemberg in der sogenannten „Freiburger Erklärung“ Heimaufsichtsbehörden, MDK, Pflegeeinrichtungen, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und viele andere bekannt. Und es gibt Heime, in denen nicht oder so gut wie nicht fixiert wird. Die Fixierungsrate wäre im Übrigen ein guter

Benchmark – jedenfalls besser geeignet als Pflegenoten –, um die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu dokumentieren. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass es Situationen gibt, in denen wir zumindest vorübergehend keine anderen Lösungen finden als die, einen Menschen zu fixieren. Mit dieser Lösung dürfen wir aber nie zufrieden sein, und wir dürfen niemals die Routinen entwickeln, sie alltäglich anzuwenden und für normal zu halten. Darum sind einige Einrichtungen dazu übergegangen, etwa das routinemäßige Aufstellen von Bettgittern durch mechanische Vorkehrungen zu blockieren. Auch die Hersteller tragen Mitverantwortung dafür, dass in Deutschland so viel fixiert wird, so viele Bettgitter aufgestellt werden. Sie können ja kaum mehr ein Bett kaufen, das nicht über Seitenteile verfügt. Durch die Hersteller, die zumindest geteilte Seitenteile produzieren, ist hier schon ein Schritt in die richtige Richtung getan worden. Andere Länder kennen Seitenteile als Regelausstattung von Betten übrigens gar nicht. Die Abkehr vom Aufsichtsdanken und das gemeinsame Bemühen um ein fixierungsfreies Heim sind eine konzentrierte Aktion, die die Kultur der Pflege betrifft. Das betrifft im Übrigen nicht nur das Heim, sondern auch die häusliche Pflege, wo nach dem Vorbild Heim auch sehr oft zu Fixierungsmaßnahmen gegriffen wird.

Herr Professor Klie, vielen Dank für das Gespräch.

*Das Interview führte
Stephan Lücke.*

Gesundheitspflege



- ▶ Pflegerecht von A–Z – praxisnah und auf den Punkt gebracht
- ▶ Handlungsempfehlungen und Hinweise, um Fehler zu vermeiden – für mehr Sicherheit im Pflegealltag

3. A. 2011. 331 S. 27 Abb. Brosch.

▶ € (D) 19,95

€ (A) 20,51 | sFr 25,00

ISBN 978-3-642-16592-4



- ▶ Die eigene Führungskompetenz stärken durch verschiedene Trainingsmethoden
- ▶ Von den Besten lernen: Mit erfolgreichen Methoden erfolgreich führen

2. A. 2011. 250 S. 37 Abb. Brosch.

▶ € (D) 29,95

€ (A) 30,79 | sFr 37,50

ISBN 978-3-642-12648-2

Jetzt bestellen!

springer.de

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.