

Leitfaden zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) für den Kreis Euskirchen

Stand: 17.06.2013

Dieser Leitfaden wurde von der Arbeitsgruppe Freiheitserhaltende Maßnahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft - PSAG - im Kreis Euskirchen von Fachleuten aus unterschiedlichen Berufen erstellt. In konstruktiver Zusammenarbeit mit den Amtsgerichten Euskirchen und Schleiden (siehe Teilnehmerliste auf der letzten Seite).

1. Einleitung / Präambel

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Art.1 Abs.1)

„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit,...“

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit...“ (Art.2 Abs. 1+2)

Vor dem Hintergrund dieser Aussagen wird ein Konsens angestrebt mit allen beteiligten Personen und Behörden (Amtsgerichte, Heimaufsicht, gesetzliche Betreuer, Gesundheitsamt, Sozialamt, Angehörige, Mitarbeiter und Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen), um auf freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) zu verzichten und alle Alternativen zu kennen und anzuwenden.

Ebenso dient der Leitfaden dazu, Orientierung in ethischer und juristischer Hinsicht und damit Handlungssicherheit für alle Beteiligten zu geben.

2. Geeignete Schritte und Mittel in der Pflege als Alternative zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM):

Unter FeM versteht man alle unterbringungsähnlichen Maßnahmen, welche die Freiheit von pflegebedürftigen Menschen erheblich einschränken z.B. Fixierungen mit Gurten oder Bettgitter (siehe Erläuterung mit weiteren Beispielen unter Punkt 3) und nur nach einem gerichtlichen Beschluss eingesetzt werden dürfen. Zu FeM gibt es Alternativen.

2.1 Sturzprophylaxe

Der vierte nationale Expertenstandard in der Pflege hat die Sturzprophylaxe zum Thema (Hrsg. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Heute weiß man, dass ein Sturz ein komplexes und multifaktorielles Geschehen ist, das selten nur eine einzige Ursache hat.

Aufgelistet werden in diesem Zusammenhang zahlreiche Möglichkeiten der Sturzprävention ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Bei der Auswahl der Interventionen ist mit allen

Beteiligten abzuklären, worauf der Fokus der jeweiligen Maßnahme liegt: den **Sturz** zu **verhindern** oder bei einem eventuellen Sturz die **Folgen**, die dieser nach sich ziehen kann, zu **reduzieren**.

Es besteht ein hohes Sturzrisiko beim Stehen, Laufen, beim Aufstehen aus dem Bett oder dem Stuhl. Daher können folgende Interventionen sinnvoll sein:

- Muskulatur stärken durch Kraft- und Balancetraining
- Geh- und Mobilitätshilfen
- Festes Schuhwerk, Strümpfe mit Noppen
- Sturz- oder Fahrradhelm
- Ellbogen- und Knieschoner
- Hüftprotektoren
- Sehr helle Beleuchtung überall >500Lux, Schatten vermeiden
- Sturzfallen erkennen und beseitigen
- Deutliche Markierungen bei Schwellen und Stufen
- Sitz- und Haltemöglichkeiten
- Unsicherheit und Angst vor Stürzen beachten
- Seh- und Hörvermögen überprüfen
- Neubewertung der Medikation
- Geteilte Bettgitter mit Ausstiegsmöglichkeit
- Niedrigbetten oder Matratze auf dem Boden
- Sensormatten, Alarmgeber

2.2 Milieugestaltung

Die Milieugestaltung spielt im Leben eines jeden Menschen eine große Rolle und beeinflusst sein Wohlbefinden. Durch eine bewusste Milieugestaltung werden Umgebungsfaktoren gezielt eingesetzt, um so eine positive Wirkung auf die Psyche ausüben zu können. Damit können ggf. FeM verhindert werden. Eine wichtige Rolle spielen z.B.

- Die Gestaltung der Wohnräume
- Individuelle Orientierungshilfen
- Angemessene Beleuchtung
- Bezugspersonenpflege
- Angepasste Ernährung
- Genügend Bewegungsmöglichkeiten
- Möglichkeiten, sich draußen aufzuhalten
- Wahrung der Intimsphäre

Als Grundregeln der Milieugestaltung sind dabei zu beachten:

- Eine Über-, aber auch eine Unterreizung i. S. einer Deprivation wird verhindert
- Die Umgebung wird gesichert (giftige Pflanzen, Chemikalien)
- Kompetenz und Status werden unterstützt
- Potentielle Konflikte werden vermieden
- Soziale Kontakte werden gefördert
- Aktivitäten in unterschiedlichen Lebensbereichen werden zur Verfügung gestellt
- Religiöse und spirituelle Angebote können genutzt werden
- Die Mitarbeiter vermitteln ein zuverlässiges, klares Umfeld

2.3 Organisatorische und strukturelle Umsetzungsmöglichkeiten

Es gibt zahlreiche weitere organisatorische und strukturelle Umsetzungsmöglichkeiten, um FeM entgegenzuwirken:

Dazu zählen u.a.:

- √ Fallbesprechungen / Erfolgsbesprechungen
- √ Pflegeplanungen
- √ Beratungsgespräche mit Angehörigen, rechtlichen Betreuern
- √ standardisierte Angehörigenarbeit
- √ Ethikkonferenzen
- √ Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeiter und Angehörige
- √ Aufnahme der Maßnahmen in QM

2.4 Bedingungen einer Einrichtung

Darüber hinaus sind die Bedingungen einer Einrichtung entscheidend

- ▶ Einstellung und Haltung der Leitung zu FeM
- ▶ demenzgerechte Pflege und wertschätzende Grundhaltung
- ▶ Philosophie (z.B. Einbezug der Angehörigen)
- ▶ Schulung der Mitarbeiter
- ▶ Tagesablaufgestaltung / kulturelle Angebote
- ▶ therapeutische Angebote (Tiere, Handpuppen, Balancetraining...)

2.5 Weitere Konzepte und Möglichkeiten:

Weitere Konzepte und pflegerische Maßnahmen sind:

Validation

Einsatz von Assessmentinstrumenten

Berührung / Basale Stimulation / Snoezelen / Mäeutik

Erinnerungspflege

Bewegungsförderung.

3. Was versteht man unter freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) und was gilt es zu beachten?

3.1 Definitionen von FeM:

Dies sind alle unterbringungsähnlichen Maßnahmen und Unterbringungen, die einen Beschluss nach § 1906 Abs. 1 und 4 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) bedürfen. Dazu gehören z.B.

3.1.1 Fixieren des Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen an Stuhl oder Bett durch

- Bettgitter
- Leibgurte
- Schutzdecken oder Betttücher
- Abduktionskeil
- Overalls, die den Betroffenen in seinem Bewegungsdrang einschränken
- Therapietische am (Roll-) Stuhl
- Gurte am (Roll-) Stuhl
- Hand-, Fuß- oder Bauchfesseln.

3.1.2 Einsperren des Betroffenen durch

- Absperren des Zimmers oder der Station
- Komplizierter Schließmechanismen an der Tür (sog. Trickschlösser)

3.1.3 Sedierung des Betroffenen durch Schlafmittel, Psychopharmaka, wenn sie gegeben werden,

- Um den Betreuten an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern
- Um die Pflege zu erleichtern
- Um Ruhe auf der Station herzustellen

3.1.4 Sonstige Vorkehrungen

- a. Zurückhalten am Hauseingang durch Personal
- b. Wegnahme von Bekleidung (wie z.B. Schuhe)
- c. Wegnahme von Fortbewegungsmitteln wie z.B. Rollstuhl, Rollator
- d. Entziehen von Hilfsmitteln, die der Betroffene benötigt, um sich fortzubewegen

3.2 Was ist grundsätzlich bei FeM zu beachten?

Merke: Vor dem Einsatz müssen alle Alternativen ausgeschöpft sein!

- Der potentielle Nutzen muss höher sein als der mögliche Schaden
- Die minimalste Variante sollte eingesetzt werden
- Der Einsatz sollte kurzfristig erfolgen
- Der Notwendigkeit der Maßnahmen muss regelmäßig überprüft werden
- Eine institutionseigene Richtlinie muss vorhanden sein
- Die Anwendung muss fachkundig erfolgen
- Eine kontinuierliche Beobachtung des fixierten Bewohners ist notwendig
- Alle Mitarbeiter müssen in deren korrekten Gebrauch geschult sein

3.3 Prozess der Entscheidungsfindung

Im Prozess der Entscheidungsfindung müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1. Analyse der Situation („Problemanalyse)
2. Einschätzung der Alternativen
3. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan
4. Treffen der Entscheidung
5. Durchführung der Maßnahme
6. Beobachtung und Evaluation
 - Durchführung der Schritte mit *allen* Beteiligten in einer *Fall- bzw. Erfolgsbesprechung*.

Bei der Planung von FeM muss immer wieder überprüft werden, ob die Maßnahme regelmäßig oder nur gelegentlich notwendig ist und ob inzwischen vielleicht wieder auf Alternativen zurückgegriffen werden kann (**siehe Diagramm zur Indikation von FeM in der Anlage**).

4. Medizinische Aspekte bei der Vermeidung von Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) z.B. Fixierungen aller Art, aber auch die Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln dienen häufig dazu unruhige, umtriebige und/oder herausfordernde Patienten/Bewohner unter Kontrolle zu bekommen. Sie bedürfen der Genehmigung durch das Betreuungsgericht. Risikogruppen für Fixierungen sind meist alte Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oder Demenz, Mobilitätseinschränkungen und Sturzgefahr, Pflegebedürftigkeit und Inkontinenz sowie mit herausforderndem Verhalten¹.

Die häufigste Begründung in Pflegeeinrichtungen ist die Sturzgefahr² und die damit verbundene Gefahr von Verletzungen und/oder Frakturen. Die entscheidende Frage ist, ob die FeM wirksam und nebenwirkungsarm eingesetzt werden können, um Stürze vermeiden zu helfen. Randomisierte, kontrollierte Studien wie die bereits zitierte ReduFix-Studie haben aber nachgewiesen, dass bewegungseinschränkende Maßnahmen ohne Nachteile für Bewohner reduziert werden können. Im Gegenteil: Die Anzahl der Gestürzten und Stürze waren in der Interventionsgruppe tendenziell geringer. Die Frakturrate war gleich. Es fand sich kein Anstieg der Verordnung von potenziell ungeeigneten Psychopharmaka. Verhaltensauffälligkeiten nahmen bei den entfixierten Bewohnern tendenziell ab. Dies hat sich in einer neueren Untersuchung bestätigt³. Der nationale Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“⁴ und andere Leitlinien geben der Pflegefachkraft in einer Einrichtung ein ausreichendes Instrumentarium in die Hand, das Stürze effektiv vermeiden hilft, die Menschenwürde der Betroffenen wahrt und auch forensisch vor Regress schützen, wenn er konsequent angewandt wird⁵. Dazu zählen eben nicht die Fixierung und Sedation, sondern eher das Gegenteil, z.B. die konsequente Mobilisation und das Krafttraining bei Bewohnern.

Fazit: Es gibt bis zum Jahr 2013 nicht einen Hinweis in der wissenschaftlichen Literatur, dass Fixierungen Stürze und ihre Folgen vermeiden helfen⁶. Sie sind lediglich eine kurzfristige Ultima Ratio bei akutem Delir oder einer akuten Psychose mit Eigen- und Fremdgefährdung.

Im normalen Alltag einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause besteht daher eine medizinische Indikation eher selten. Dagegen häufen sich die Mitteilungen über besorgniserregende Verletzungen und Strangulationen mit z.T. tödlichen Komplikationen bei fixierten

¹ The Joanna Briggs Institute, 2002; Bredthauer et al., 2005, DeSantis 1997

² Projektbericht ReduFix, Evgl. FH und Robert–Bosch–Gesellschaft 2005

³ Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes JAMA.2012;307(20):2177-2184;

⁴ Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege ,1. Aktualisierung (Januar 2013);

Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 160 Seiten

⁵ BGH, Urteil vom 14.Juli 2005-III ZR 391/04;BGH, Urteil vom 28. April 2005-III ZR 399/04

⁶ Guideline for the prevention of falls in older persons; J.Am.Geriatr.Soc.,49: 664-672

Patienten/Bewohnern⁷. Dabei ist nicht nur die äußere Verletzungsgefahr zu beachten, sondern auch die durch die Fesselung provozierte Angst-, Abwehr- und Stressreaktion der Betroffenen, die schlimmstenfalls zu einem „stress related sudden death“, ausgelöst durch kardiale Arrhythmien (Sympatikotonus), führen⁸. Häufig erhalten diese unruhigen Patienten Psychopharmaka wie typische und atypische Neuroleptika zur Sedierung, die die Gefahr der QT-Zeit-Verlängerung im EKG in sich bergen und zusätzlich die Gefahr des plötzlichen Herztodes erhöhen⁹.

Es handelt sich in der Regel um multimorbide alte Menschen mit einer Polypharmazie, bei denen das Risiko der Interaktionen und gravierenden Nebenwirkungen von Medikamenten schon primär erhöht ist. Einige Medikamentengruppen begünstigen nachweislich die Sturzhäufigkeit: Anticholinergika, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antidepressiva, Antihypertensiva, Antiarrhythmika und Anti-Parkinson-Medikamente¹⁰. Sie gehören größtenteils auch zu den potentiell im Alter ungeeigneten Medikamenten, wie sie z.B. in der PRISCUS-Liste veröffentlicht wurden¹¹ und sie erhöhen das Risiko von Verwirrtheit oder Delir nicht nur bei demenzerkrankten alten Menschen. Unruhe hat häufig eine medizinische Ursache (z.B. Exsikkose). Aber auch vom Demenzen nicht kommunizierte chronische Schmerzen, die bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen häufig sind¹², können Grund für psychomotorische Unruhe sein. So zeigte jüngst eine Untersuchung aus Norwegen, dass eine konsequente Schmerztherapie im Pflegeheim zu einer deutlichen Reduktion von Bewegungsunruhe führte¹³. Nicht selten führt auch eine altersbedingte Überaktivität der Blase mit häufigem Harndrang zu Hinlauftendenz bei den Demenzen, die die Toilette suchen und nicht finden. Spasmolytika und konsequentes Toilettentraining durch die Pflege bringen hier wesentliche Erleichterung. Andere häufige Ursachen für psychomotorische Unruhe können Infekte, Blutzuckerentgleisungen oder Nebenwirkung von Parkinsonmedikamenten sein. Bewegungsunruhe gehört zu den typischen Symptomen der Demenz vom Alzheimer Typ. Eine leitliniengerechte Behandlung dieser Diagnose mit Acetylcholinesterasehemmern

⁷ Evans 2002 (Systematic Review, Joanna Briggs Institute Australia) Berzlanovich 2007, Parker 1997, Pedal 1996, Mohsenian et al 2002; www.bfarm.de/ (Suchmaske: „Fixierungen“); letzter Abruf 11.02.10
Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W: Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(3): 27–32.

⁸ Heinemann, A., Birkholz, M., Lockemann, U., Püschel, K. Tod unter akuter psychischer Belastung – Kausalität in strafrechtlicher Hinsicht: Stressinduzierter „psychogener“ Tod versus Herztod unter Stressbedingungen ... In: Kauert, G., Mebs, D., Schmidt, P. (Hrsg.) Kausalität –Forensische Medizin, Toxikologie, Biologie, Biomechanik und Recht (2006). Berliner Wissenschafts-Verlag

⁹ Ray, W.A. et al.: N. Engl. J. Med. 2009, 360, 225

¹⁰ Bewegung, Immobilität und Sturzgefahr im Alter; eCur Geriat 2013 · 1–27, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

¹¹ Holt, S., et al.: Dtsch. Arztebl. Int. 2010, 107, 543

¹² MDS-Qualitätsbericht 2012

¹³ Husebø et al : Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial; BMJ 2011; 343: d 4065

oder Memantine führt häufig zu einer Besserung¹⁴. Während die Verordnung von Psychopharmaka in Pflegeheimen häufig ist, erhalten nur wenige Bewohner eine adäquate Demenzbehandlung¹⁵. Falls die Ursachenabklärung und die Behandlung der Demenz vom Alzheimer Typ zur Symptomenkontrolle nicht kognitiver Störungen unzureichend ist, gibt man Risperidon (0,5 – maximal 2 mg). Es ist als einziges atypisches Neuroleptikum zugelassen bei Demenz zur Behandlung von schwerer chronischer Aggressivität, durch die sich die Patienten selbst und andere gefährden oder beim Auftreten von psychotischen Symptomen bei Demenz, durch die Patienten erheblich beeinträchtigt werden. Wegen der Gefahr der QT-Verlängerung (siehe oben) kann dies aber nur eine vorübergehende Maßnahme sein.

Fazit: Ärztliche Aufgabe ist es, nach medizinischen Ursachen der Unruhe und gesteigerten Mobilität der Bewohner zu suchen, diese zu diagnostizieren und gezielt zu behandeln. Dieses Vorgehen unterstützt die fachgerechten pflegerischen Interventionen und hilft nachhaltig, FeM zu vermeiden. Sturzvermeidung ist nur in sorgfältig zu prüfenden individuellen Ausnahmefällen eine medizinische Indikation für FeM, da der dadurch verursachte Schaden in der medizinischen Fachliteratur nachweislich höher eingeschätzt wird als ein möglicher Nutzen.

Teilnehmer der AG Freiheitserhaltende Maßnahmen (PSAG):

Leitung: Dr. Michael Münchmeyer (Kreis Krankenhaus Mechernich),
 Stellv. Leitung: Margot Ackermann (DRK-Schwesternschaft "Bonn"e.V. in Euskirchen),
 Koordination: Jörg Zerche (Kreisverwaltung Euskirchen, Gesundheitsamt),
 Dietrich, Klaus (Kreisverwaltung Euskirchen, Abteilung Soziales, Betreuungsbehörde),
 Duisberg, Malte (Evangelisches Alten- und Pflegeheim Gemünd),
 Eppelt, Christel (Caritasverband Euskirchen),
 Garbes, Inge (Kreisverwaltung Euskirchen, Abteilung Soziales, Zentrales Informationsbüro Pflege (ZIP)),
 Harder, Dagmar (Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen),
 Henk-Merten, Katrin (Amtsgericht Euskirchen),
 Korth, Andreas (Kreisverwaltung Euskirchen, Gesundheitsamt),
 Kronenberg, Monika (Diakonisches Werk Euskirchen),
 Leonhard, Dietmar (Kreisverwaltung Euskirchen, Abteilung Soziales, Betreuungsbehörde)
 Marx, Ilona (Alten- u. Pflegeheim Sonnenhof),
 Rieser, Helga (Altenzentrum St. Elisabeth d. Marienborn gGmbH),
 Schmitz, Birgit (Rechtliche Betreuerin u. Verfahrenspflegerin),
 Schneiderei, Claudia (Kreisverwaltung Euskirchen, Heimaufsicht),
 Tambour, Christoph (Amtsgericht Schleiden).

Herausgeber: Kreisverwaltung Euskirchen, Gesundheitsamt, Koordinierungsstelle Prävention, Psychiatrie und Sucht, Kontakt: joerg.zerche@kreis-euskirchen.de

¹⁴ Bullock et al. 2001

¹⁵ Pantel et al, Psychopharmaka im Altenheim, 2005, Universität Heidelberg