

Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohnern vermieden werden?

Doris Bredthauer

Zum Hintergrund

Fixierungen und andere bewegungseinschränkende Maßnahmen gehören zu den umstrittensten Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Sturzgefährdung und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz. Es handelt sich hierbei um Mittel, die willkürliche Positionswechsel verhindern (z.B. Aufstehen, Gehen) und die nicht selbstständig vom Betroffenen entfernt werden können. Zu den gebräuchlichsten Maßnahmen zählen Fixiergurte für Rumpf und Extremitäten, Tischsteckbretter („Geristuhl“) und Bettgitter. Derzeit werden ca. 5-10% der Heimbewohner in Deutschland gurtfixiert (Klie 2003). Berücksichtigt man auch andere Formen von Bewegungseinschränkung (z.B. Bettgitter), sind sogar 25-41% von Menschen in Pflegeheimen und Krankenhäusern betroffen.¹ Trotz dieser Häufigkeit des Problems wird die Thematik nach wie vor sowohl in der Fachwelt als auch in der Öffentlichkeit weitgehend tabuisiert. Aufgrund fehlender rechtlicher Regelung und mangelnder Kontrollinstrumente kann über die Anwendung in Privathaushalten nur spekuliert werden.² Die empirische Forschung belegt, dass, wenn die Entscheidung über die Anwendung von bewegungseinschränkenden Maßnahmen erst gefallen ist, diese zumeist längerfristig (Wochen bis Monate) und dauerhaft über viele Stunden täglich (mehr als 12 Stunden) durchgeführt werden.³

Als häufigste Begründungen für deren Anwendung finden sich der Schutz vor Stürzen sowie die Kontrolle von fordernden Verhaltensweisen (= Verhaltensauffälligkeiten), so z.B. psychomotorischer Unruhe und Weglaufdrang.⁴ Hochrisikogruppe für Fixierungen sind ältere Menschen mit

Demenz (über 80%), Pflegebedürftigkeit, Mobilitätseinschränkungen und fordernden Verhaltensweisen.⁵ Dies bedeutet, dass die Betroffenen aufgrund ihrer oft erheblichen kognitiven Defizite der Maßnahme zumeist selbst nicht zustimmen, geschweige denn, ihre Sinnhaftigkeit verstehen bzw. Absprachen hierüber erinnern können und sich den Entscheidungsträgern gegenüber in der Regel hilflos ausgeliefert fühlen. Solche Maßnahmen berühren also in hohem Maße die Menschenwürde und stellen andererseits zweifelsohne eine Form von Gewalt gegen ältere Menschen dar. Fixierungen und andere Mittel der Bewegungseinschränkung sind freiheitsentziehende Maßnahmen und bedeuten einen fundamentalen Eingriff in das Grundrecht des Menschen auf persönliche Freiheit. Insofern bedarf ihre Anwendung einer juristischen Grundlage⁶. Obwohl seit Einführung des Betreuungsrechts 1992 im § 1906 BGB eine ausdrückliche Regelung der Voraussetzungen von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen gegeben ist, entsteht in der Praxis häufig der Eindruck einer nunmehr „rechtlich legitimierten Routine“: Ist die Maßnahme erst vormundschaftlich genehmigt, wird sie in der täglichen Pflegepraxis kaum noch auf ihre weitere Notwendigkeit überprüft, – nicht zuletzt aufgrund der Fehlannahme einer „unumstößlichen Verbindlichkeit“ des richterlichen Beschlusses. Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung und im Umgang mit Fixierungsmaßnahmen herrscht hierbei offenbar auf allen Seiten: Die Pflegenden sehen sich in dem Dilemma, den zu Betreuenden einerseits vor sturzbedingten Verletzungen schützen („Fürsorgepflicht“) und andererseits, dessen Autonomie und Mobilität fördern zu wollen (sollen). Der behandelnde Arzt steht darüber hinaus in dem Konflikt, dass

einerseits die Anordnung einer mechanischen oder chemischen „Ruhigstellung“ im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten oder Sturzgefährdung ohne spezifische Indikation weder berufsrechtlich zulässig noch humanethisch vertretbar ist, er sich aber andererseits aufgrund der an ihn herangetragenen Erwartungen (z.B. seitens Pflegenden und Angehöriger) sowie aufgrund der permanenten Stresssituation zeitökonomischer Begrenztheit unter massiven Handlungsdruck gesetzt erlebt. Betreuer und Vormundschaftsrichter verlassen sich in aller Regel auf die Empfehlungen der Fachkräfte. Angehörige erleben sich nicht selten hilflos überfordert mit der Fragestellung. Gemeinsam für alle an der Entscheidung Beteiligten gilt eine offenbar bestehende weitgehende fachliche Unkenntnis über alternative Maßnahmen.

Um so mehr sollten die Verantwortlichen im Entscheidungsprozess über das Für und Wider der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auf der Basis von Wissen und Erkenntnissen sorgfältig zwischen den Rechtsgütern abwägen: Der

1 Bredthauer et al. 2005, Hirsch 1997, Klie u. Pfundstein, 2004

2 Eine gesetzliche Regelung für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen, z.B. durch mechanische Vorrichtungen, findet sich im Betreuungsrecht nur für den Aufenthalt in einer „Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung“ (§1906 BGB Abs. 4)

3 Bredthauer 2005, Lundgren 1997

4 Castle und Mor 1998

5 Bredthauer 2005, Evans 2002

6 wesentlich in diesem Zusammenhang sind hier die länderspezifischen Regelungen für öffentlich-rechtliche Freiheitsentziehung bei Fremd- oder akuter Selbstgefährdung und die zivilrechtliche Freiheitsentziehung im Rahmen des Betreuungsrechts (§1906 BGB) bei erheblicher Selbstgefährdung oder Behandlungsnotwendigkeit

Fürsorgepflicht zur Bewahrung der körperlichen Unversehrtheit einerseits und dem Grundrecht auf persönliche Freiheit und Autonomie des zu Betreuenden andererseits. Vor diesem Hintergrund stellt sich nun die entscheidende Frage, ob bewegungseinschränkende Maßnahmen nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen überhaupt eine effektive Schutz- oder Kontroll- Maßnahme darstellen. Mit anderen Worten: Sind Fixierungen überhaupt ein adäquates Mittel für den Zweck, für den sie doch eigentlich angewendet werden? Die Antwort mag auf den ersten Blick vielleicht erstaunen: Nach aktuellem Stand des Wissens gibt es in der Tat keine Studie weltweit, die einen positiven Effekt von Fixierungen belegt. Im Gegenteil können Fixierungen erhebliche „Nebenwirkungen“ verursachen. Die Datenlage gibt zahlreiche Hinweise auf direkte (z.B. psychischer Stress, Quetschungen, Hautabschürfungen, Strangulation bei Versuchen, sich zu befreien) und indirekte (Immobilisation, medizinische Komplikationen) Gefahren mit Verschlechterung von Allgemeinzustand und Lebensqualität bis hin zum Tod.⁷ Bei den Pflegenden geht das Erleben dieser „Negativspirale“ nicht selten mit reduzierter Arbeitszufriedenheit, Schuld- und Ohnmachtsgefühlen einher und kann schließlich sogar im „Burnout“ münden. Mehrere empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass bewegungseinschränkende Maßnahmen die Gefahr durch sturzbedingte Verletzungen mittelfristig sogar erhöhen.⁸ Zudem konnte in verschiedenen beobachtenden Studien in den USA gezeigt werden⁹, dass Fixierungen erfolgreich reduziert werden konnten, ohne dass es zu vermehrten sturzbedingten Verletzungen gekommen wäre.¹⁰ Allerdings weisen diese Untersuchungen verschiedene methodische Mängel auf, so dass eine abschließende evidenzbasierte Aussage bisher nicht vorlag.¹¹

Das ReduFix-Projekt

Das vom BMFSFJ¹² und der Robert Bosch Stiftung geförderte Modellvorhaben¹³ hatte zum Ziel, durch alternative Interventionen eine Reduzierung von „körpernaher Fixierung“¹⁴ zu erreichen, ohne dass sich daraus negative Konsequenzen für die Be-

„Negativspirale“ Fixierung

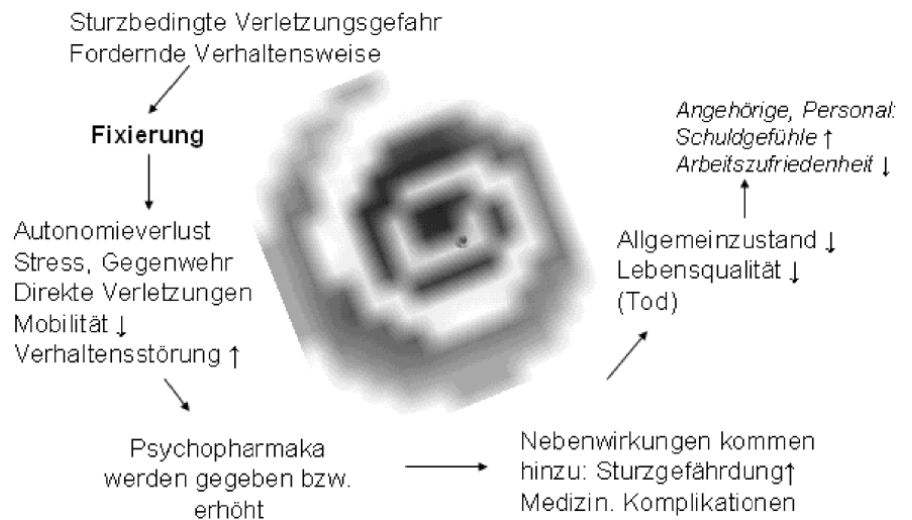


Abbildung: Negativspirale

wohner ergeben würden.¹⁵ Teilnehmen konnten Altenpflegeheime, in denen mindestens fünf Bewohner von körpernahen Fixierungen betroffen waren. Ziel des Forschungsvorhabens war es, sowohl die Anzahl der fixierten Personen (Prävalenz) als auch die Dauer der Fixierung (Fixierungszeiten) zu reduzieren. Dabei sollten sturzbedingte Verletzungen und die Verabreichung von nebenwirkungsreichen Psychopharmaka („chemische Fixierung“) nicht zunehmen. Erfasst wurden ferner institutionscharakteristische Variablen (z.B. Mitarbeiterzusammensetzung) sowie Basisvariablen und Funktionsstatus der Bewohner (z.B. Grad der Pflegebedürftigkeit, Soziale Kontakte, Morbidität, Kognition, Mobilität, Verhalten).

Das Projekt wurde als cluster-randomisierte multizentrische Studie mit Wartelisten-Kontrolldesign angelegt und erfüllte somit die höchsten Evidenzkriterien quantitativer Forschung (Evidenzgrad Ib). Zwischen Mai 2004 und April 2006 nahmen 45 Pflegeheime mit insgesamt mehr als 5.500 Bewohnern aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen an dem Projekt teil. Nach einer allgemeinen Informationsveranstaltung wurden die einzelnen Cluster (Cluster = Altenpflegeeinrichtung) zufallsverteilt (randomisiert): Eine Gruppe erhielt die Intervention sofort, während die andere Gruppe drei Monate „wartete“ und in die-

ser Zeit („kontrollierte Phase“ der Studie) als Kontrollgruppe fungierte. Insofern wurde aus ethischen Gesichtspunkten gewährleistet, dass alle teilnehmenden Einrichtungen – wenngleich zeitversetzt – die Intervention erhielten.¹⁶

7 Parker 1997

8 Capezuti 2002

9 im Rahmen der Gesetzesreform Omnibus Budget Reconciliation Act OBRA' 87 wurde Altenpflegeheimbewohnern grundsätzlich das Recht zugesprochen, „frei von mechanischen oder chemischen Fixierungsmaßnahmen zu sein ()“ (Nursing Home Reform Act, NHRA). In der Konsequenz wurden in einer Reihe intensiver legislativer Bemühungen (z.B. HCFA) sowie wissenschaftlicher Forschungsvorhaben eine Senkung der Fixierungsrate in amerikanischen Altenpflegeheimen angestrebt und umgesetzt.

10 Evans 2002, Neufeld 1995

11 Evans 2002

12 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Kapitel 1702, Titel 68432 (2004))

13 Unter federführender Leitung von Priv. Doz. Dr. C. Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart und Prof. Dr. T. Klie, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Ev. Fachhochschule Freiburg

14 Gemeint sind Fixierungen und andere bewegungseinschränkende Maßnahmen, im wesentlichen: Gurtfixierungen an Rumpf und Extremitäten, andere Fesselungsmethoden (z.B. Bandagen), Tischsteckbretter, etc., die „körpernah“ angebracht werden, um den Betroffenen an willkürlichen Positionswechsels (z.B. Stehen, Gehen) zu hindern und die nicht selbständig von diesem entfernt werden können.

15 Koczy et al. 2005

16 Projektplan s. auch Koczy et al. 2005

Zu den wichtigsten Erkenntnissen aus der Studie gehört, dass von den ca. 364 alten Menschen, die während der Untersuchung von Fixierungsmaßnahmen betroffen waren, etwa bei jedem fünften eine Reduktion der Fixierung durchgeführt werden konnte. In der Gruppe, die als erstes die Intervention erhielt, gelang es innerhalb von drei Monaten, von 231 betroffenen Bewohnern 48 Personen zu „entfesseln“ (20,8%), bei weiteren 55 Personen (23,8%) konnten die Fixierungszeiten deutlich reduziert werden. In der Kontrollgruppe kam es zu einer weit geringeren Veränderung der Fixierungshäufigkeit und -dauer (zusammengenommen bei 25,6% der Bewohner). Trotz Fixierungsreduktion kam es nicht zu einem Anstieg sturzbedingter Verletzungen. Auch die Verordnung potentiell nebenwirkungsreicher Psychopharmaka stieg nicht an, es zeigte sich sogar ein leichter Trend zur geringeren Verordnung solcher Medikamente in der Interventionsgruppe. Ausserdem ließ sich ein Trend zur Abnahme einiger fordernder („störender“) Verhaltensweisen im Verlauf der Intervention beobachten.

Multiperspektivische Schulung als Kernstück der Intervention

Die multidisziplinäre Intervention im *ReduFix*-Projekt bestand aus

- a) einer umfassenden Schulung von Mentoren
- b) einer Vergabe von ausgewählten Hilfsmitteln (Hüftprotektoren, Sensormatten, Antirutsch-Hausschuhstrümpfen¹⁷) incl. Einweisung in deren Gebrauch sowie
- c) der kontinuierlich gegebenen Möglichkeit einer telefonischen Beratung (medizinisch, pflegerisch, juristisch) und dem zusätzlichen Angebot einer einmaligen „Vor-Ort-Konsultation“ im Interventionszeitraum.

Als Kernstück der Intervention erwies sich hierbei die intensive problemzentrierte Schulung von sog. *Mentoren* (ausgewählte Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen), die dann im folgenden als Multiplikatoren der gewonnenen Erkenntnisse

für die Pflegemitarbeiter der jeweiligen Einrichtung fungierten. In der Schulung wurde konkret versucht, die Teilnehmer für das Thema zu sensibilisieren, mögliche Alternativen aufzuzeigen und Handlungssicherheit zu vermitteln.

Um diese Ziele zu erreichen, erwiesen sich folgende Schulungsinhalte als essentiell:

1. Vermittlung des aktuellen Wissensstands („State-of-the-Art“) über Häufigkeit, Hochrisikogruppen, Begründungen, Gefahren und Folgen von Fixierungen, geltende Richtlinien (juristische Grundlagen, nationale und internationale Empfehlungen) sowie Ergebnisse von bisherigen Reduktionsprogrammen (empirische Forschung)
2. Durchführung einer praktischen Übung: Fachgerechte Fixierung (gemäß der BfArM¹⁸- und Produktinformationen, Durchspielen kritischer Situationen) mit dem national gebräuchlichen SeguFix™-Gurtsystem sowie Selbsterfahrungsaspekt mit anschließender Reflexion
3. Weg der Entscheidungsfindung („informed consent“) an einem Fallbeispiel (interaktiver Prozess)
4. Aufzeigen von Alternativen: Allgemeine medizinische, pflegerische und psychosoziale Handlungsempfehlungen sowie Einsatz konkreter, nichttechnischer und technischer Hilfsmittel
5. Umgang mit rechtlichen Fragen

Es wurde Wert darauf gelegt, die Thematik fach- und sachgerecht zu diskutieren, zu entabuisieren und nicht etwa zu polemisieren oder zu moralisieren. Teilnehmer und Institutionen wurden dort „abgeholt“, wo Sie sich im Bewusstseinsprozess bzw. auf der Handlungsebene befanden. Dies bedeutete eben auch, dass als ein fester Bestandteil der Schulungen vorhandene international gültige Handlungsempfehlungen des Joanna Briggs Instituts¹⁹ vorgestellt wurden für die Fälle, in denen eine Fixierung aktuell als unumgänglich eingestuft wurde:

- Fixierungen u.a. bewegungseinschränkende Maßnahmen sollten als letztes Glied in der Kette von Handlungsmöglichkeiten eingesetzt werden

- Der potentielle Nutzen muss höher sein als der mögliche Schaden einer Fixierung (z.B. durch Immobilisierung)
- Muss eine Fixierung angewendet werden, ist die minimalste Variante einzusetzen, die den Zweck aber noch erfüllt
- Die weitere Notwendigkeit der Fixierungsmaßnahme muss regelmäßig überprüft werden
- Zur Verminderung des Verletzungsrisikos muss eine fachgerechte und korrekte Durchführung der Fixierungsmaßnahme entsprechend der Herstellerinformationen gewährleistet sein (regelmäßige Schulungen)
- Eine adäquate Überwachung der fixierten Person muss gewährleistet sein.

Besonders aus dem dritten Punkt zeigte sich in der Übungssituation häufig die Problematik, dass die „minimale Variante“ in der Praxis häufig mit einer „unkorrekten“ bzw. nicht-fachgerechten Fixierung wechselt wird. Dies zeigt sich z.B. in einer insgesamt zu locker durchgeführten Fixierung, Fehlen von seitens stabilisierenden Gurten, Bettgittern oder alleiniger Bauchgurtfixierung bei sehr unruhigen Patienten, wodurch es (paradoxe Weise!) noch zu einer drastischen Erhöhung der Verletzungsgefahr bis hin zur Todesfolge kommen kann und in der Vergangenheit auch immer wieder gekommen ist.²⁰ Hier fokussierte die Schulungsintervention zum einen auf die Vermittlung aktuell geltender BfArM- und Herstellerrichtlinien einschließlich Praxisanleitung. Zum anderen ergab sich daraus zumeist eine intensive Diskussion und Bearbeitung des durch die Anforderung einer fachgerechten Fixierung evident werdenden inneren Ambivalenzkonfliktes bei der durchführenden Person (Linderung von seelischer Qual und Anspruch eines menschenwürdigen Umgangs mit den Betroffenen durch vermeintlich *humanere* (lockerere) Fixierung, Zweifel über die Adäquatheit der Maßnahmen

¹⁷ Mit freundlicher Unterstützung der Fa. Rodelke Pharma, Fa. WinkerTec GmbH&CoKG und Fa. Vitanness

¹⁸ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

¹⁹ Evans 2002

²⁰ www.bfarm.de, 2005, s. u. *Erweiterte Suche: „Patienten-Fixiersysteme*

me, Schuldgefühle, aber auch Wut- und Ohnmachtsgefühle).

In einem interaktiven Lernprozess wurde der Weg der Entscheidungsfindung, ob eine Fixierung notwendig ist oder nicht, mit den Teilnehmenden erarbeitet. Zur Veranschaulichung werden im Folgenden die Schritte des Entscheidungsprozesses zusammengefasst und beispielhaft Leitfragen/-thesen formuliert:

1. Analyse der Situation
Welche Probleme liegen vor und für wen genau (Sicht aller Beteiligten)? Systematische Risikoeinschätzung und Ursachenabklärung
2. Einschätzung von Alternativen
Gab es bereits Lösungsansätze oder erfolgreiche/-lose Strategien? Gibt es Alternativen, was ließe sich mit Ihnen erreichen, welche Risiken bergen diese?
3. Entwicklung eines Maßnahmenplans und Treffen der Entscheidung
Welche alternativen Maßnahmen kommen in Frage und in welcher Reihenfolge? Sind alle Beteiligten informiert und in die Entscheidung miteingebunden (idealerweise: „Fallkonferenz“)? Wann wird die Maßnahme erneut überprüft? Treffen einer konkreten Vereinbarung.
4. Umsetzung der Maßnahme
Zeitplan, verantwortliche Person, Dokumentation
5. Beobachtung und Evaluation
Wurden die Ziele erreicht? Sind evtl. Anpassungen und Veränderungen notwendig?

Es zeigte sich, dass für die Schulungsteilnehmer von entscheidender Bedeutung die Reflexion der rechtlichen Fragen bei der Entscheidung über den Einsatz und die Durchführung von alternativen Maßnahmen war. Der Umgang mit Haftungsängsten (Mythos „Aufsichtspflicht“) wurde ebenso eingehend diskutiert wie die in der Praxis weitverbreiteten, rechtlich nicht vertretbaren Legitimationsmuster: Zustimmung der Angehörigen, Verordnung von Ärzten, unterstellte Einwilligung von Menschen mit Demenz, Entbindung von der eigenen fachlichen Verantwortung durch die Gegebenheit des richterlichen Be-

schlusses über die Genehmigung der Fixierungsmaßnahmen (häufig verstanden nicht als „fixieren dürfen“, sondern als „fixieren müssen“!). Als wichtig in diesem Zusammenhang erwies sich immer wieder die Bewusstmachung der Diskrepanz zwischen einerseits im Pflegealltag hoch „gefühlten Haftungsrisikos“, wenn man eine (Fixierungs-) Maßnahme unterlässt und „etwas passieren könnte“ und andererseits der Verkennung der rechtlichen Konsequenzen, wenn eine solche Maßnahme aus fachlicher Sicht doch unverhältnismäßig und rechtswidrig in die Grundrechte des Betroffenen eingreift.

Welche Alternativen für Fixierungen gibt es?

Fixierungen werden zumeist zur Verhinderung sturzbedingter Verletzungen oder zur Kontrolle fordernder Verhaltensweisen (z.B. Unruhe, Weglaufdrang) angewendet.

Wie weiter oben dargestellt, muss diese Handlungsweise nach heutigem Wissen als äußerst zweifelhaft, wenn nicht gar obsoleter „Therapie“ bewertet werden. Welche alternativen Handlungsmöglichkeiten stehen uns aber nun zur Verfügung?

Problemanalyse und Ursachenabklärung

Im ersten Schritt ist es unabdingbar, dass zunächst mögliche medizinische Ursachen der zur Anwendung von Fixierungen führenden Risikofaktoren abgeklärt und gegebenenfalls behandelt werden. Nicht selten sind menschliche Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst, natürlicher Bewegungsdrang, Schmerzen oder Unwohlsein Gründe für Verhaltensänderungen bei fortgeschrittener Demenz, die die Betroffenen aufgrund veränderter Körperwahrnehmung und Abnahme sprachlicher Kommunikationsfähigkeit nicht mehr auf andere Weise ausdrücken können. Möglicherweise verbergen sich aber auch medizinische Ursachen, so z.B. eine mangelnde Flüssigkeitsaufnahme, ein Harnverhalt oder eine behandelbare Schilddrüsenüberfunktion hinter psychomotorischer Unruhe, der Betroffene leidet an einer akuten fieberhaften Infektion oder

an Blutzuckerentgleisungen. Wenig beachtet werden in der (Altenheim-) Praxis auch neurologische Ursachen – wie z.B. nonkonvulsive Anfälle und delirante Probleme – als mögliche Gründe für auffällige Verhaltensänderungen. Das sehr unspezifische Symptom *Unruhe* ist nicht selten durch spezifisch behandelbare psychiatrische Störungen bedingt, wie eine zugrunde liegende Depression. Quälende Halluzinationen können die Ursache für ängstliche Unruhezustände sein, die durch eine Fixierung nur noch verschlimmert würden. Eine Überprüfung von Diagnose und ggf. bestehender (inadäquater) Medikation sollte hier die erste Maßnahme sein. Insbesondere bei einem Ortswechsel (etwa vom Krankenhaus in ein Pflegeheim) sind immer auch mögliche – auch zeitverzögert auftretende – Entzugserscheinungen bei langjährig gewohnter Einnahme von Benzodiazepin zu berücksichtigen. Nicht selten sind Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten die Ursache für Verhaltensauffälligkeiten und Stürze bei älteren Menschen. Speziell unter sedierenden Psychopharmaka ist eine Verdoppelung des Sturzrisikos nachgewiesen. Dabei werden in Altenpflegeheimen derzeit mehr als die Hälfte der Bewohner mit Psychopharmaka behandelt. Wenngleich das Verordnen von Medikamenten eine ärztliche Aufgabe bleibt, kommt den ständig präsenten Pflegefachkräften eine Schlüsselrolle im Erkennen von psychopharmakabedingten Nebenwirkungen zu. Besteht eine Sturzgefährdung, gilt es im ersten Schritt relevante Sturzrisikofaktoren, wie z. B. Dranginkontinenz und mangelnde Sehfähigkeit, diagnostisch abzuklären und gegebenenfalls spezifisch zu behandeln.

Allgemeine Handlungsempfehlungen und Hilfsmiteinsatz

Im Folgenden sollen beispielhaft einige mögliche Lösungsansätze aufgezeigt werden, die im wesentlichen drei Hauptkategorien zugeordnet werden können:

1. Person- und konzeptgestützte Lösungen
2. Raumgestützte Lösungen (z.B. durch baulich-architektonische Maßnahmen)

3. Technikgestützte Lösungen (z.B. Hilfsmittel, Sensoren)

Als „allgemeine Handlungsempfehlungen“ sind vorrangig die notwendige Implementierung spezieller Konzepte in Einrichtungen im Umgang mit Menschen mit Demenz als der Hochrisikogruppe für Fixierungen zu nennen. Auch wenn die Evidenzlage noch dünn ist, finden in der Fachwelt bereits eine Reihe von Methoden und Konzepten erfolgreiche Anwendung (z.B. kognitive Stimulierung, orientierungsgebende Verfahren, Validation, Musiktherapie, Milieutherapeutische Ansätze). Organisatorische Konsequenzen hin zu einer mehr personenzentrierten Pflege mit konstanten Bezugspersonen versus traditioneller Funktionspflege sind zu bedenken. Die Einrichtung von arbeitsorganisatorischen (z.B. Gewährleistung von Kleingruppenaktivitäten), tages- und nachtstrukturierenden, aber auch baulich-architektonischen Strukturen (Orientierungshilfen, Übersichtlichkeit, „Endlosgängen“, „Sinnes“Gärten), die Menschen mit Bewegungsdrang ermöglichen, diesen gefahrlos auszuleben, wird dazu dienen, freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden. Als weiteres Beispiel sind hier die in manchen Einrichtungen bereits eingeführten „Nachtcafés“ zu nennen. Weitere Rahmenempfehlungen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz in der stationären Altenhilfe wurden inzwischen von einem Expertengremium unter Federführung des KdA und des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Herdecke erarbeitet und werden derzeit publiziert. Eine praxisnahe Empfehlung der Autorin im Umgang mit dieser Problematik speziell für Hausärzte befindet sich derzeit im Druck (Münchener Medizinische Wochenschrift).

Auch wenn o.g. Maßnahmen sich indirekt bereits positiv auf die Verhinderung von Stürzen (z.B. durch vermehrte soziale Einbindung und Besserung diffuser Unruhe) auswirken, sind spezifische Maßnahmen zur Sturzprophylaxe unerlässlich. Der nationale „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ stellt grundsätzlich fest, dass die Verwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen einschließlich Bettgitter zur Sturzprävention „unbedingt vermieden“

werden sollte (DNQP 2006). Dagegen wird als explizites Ziel die Förderung der Mobilität festgeschrieben und der Einsatz von Hilfsmitteln wie Hüftprotektoren empfohlen. Der Einsatz von Hüftprotektoren („Sturzhosen“) ist geeignet, die Hüftfraktur als die folgenreichste Sturzverletzung für einen Bewohner zu vermeiden. Probleme bereiten bisher die eingeschränkte Akzeptanz der Protektoren sowie die Angst des Pflegepersonals, dass es bei den Bewohnern beim Liegen zu Druckgeschwüren kommt. Im Rahmen des Projektes wurden mit großem Erfolg neu entwickelte weiche Protektoren eingesetzt. Eine gute und strukturierte Beratung sowie das Wissen über die korrekte Anwendung sind hierbei die Voraussetzungen für eine bestmögliche Effektivität. Aber auch andere, noch „einfachere“ Alternativen können eine Lösungsmöglichkeit darstellen. Für Bewohner mit hocheingeschränkter Mobilität könnten niedrigverstellbare Betten (möglichst niedriger als 30 cm) oder gar eine bodennahe Pflege („Pflegerest“ oder Matratze auf dem Boden) in Betracht gezogen werden. Die geringe Liegehöhe vermeidet einerseits Verletzungen, wenn ein so liegender Bewohner von der Matratze beziehungsweise vom Bett fällt/rutscht. Mit dem Einsatz von druckempfindlichen Sensormatten bei mobilen Bewohnern ist es möglich, sicher informiert zu werden, wenn ein Bewohner das Bett verlässt. Ein sinnvoller Einsatz wäre bei solchen Bewohnern gegeben, die der Unterstützung bedürfen, da sie unsicher gehen, nicht klingeln (Demenz) und z.B. nachts auf die Toilette gehen, aber Hilfe brauchen. Ebenso können durch den sehr kosteneffizienten Einsatz sog. Antirutsch-Hausschuhstrümpfe Stürze, z.B. durch Wegrutschen beim Aufstehen, verhindert werden.

Viele Fixierungen werden im Sitzen durchgeführt, da ein Herausrutschen des Bewohners nach vorne befürchtet wird. Hier gibt es mehrere Hilfsmittel, die keine Fixierung darstellen, ein Rutschen dennoch verhindern wie z.B. Antirutschmatten oder Sitzspreizhosen. Auch an den trivial erscheinenden Einsatz von Schaukelstühlen ist zu denken. Eine besondere Herausforderung stellen noch mobile, aber extrem sturzgefährdete Bewohner dar, die auf-

grund Ihrer kognitiven Defizite nicht mehr absprachefähig sind und die eigene Sturzgefährdung selbst nicht mehr richtig einschätzen können. Der Einsatz üblicher Rollatoren wird entweder immer wieder vergessen oder ist aufgrund fortgeschrittener Stand- und Ganginstabilität nicht mehr ausreichend. Für diese Zielgruppe haben sich unter dem Sammelbegriff „Gehfrei“ zu subsumierende Gehhilfen bewährt, die ein Herausfallen verhindern und dennoch die autonome Fortbewegung ermöglichen sowie vorhandene Mobilitätsressourcen noch trainieren helfen. Die Erfahrung hat gelehrt, dass solche Hilfen erstaunlich gut von den Bewohnern akzeptiert und praktisch als „ich-synton“ in den Bewegungsablauf integriert werden können. Häufig wird hierbei auch eine Verbesserung zuvor bestehender Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere des Symptoms genereller Rastlosigkeit und Unruhe erzielt, Psychopharmaka können eingespart werden.

Schlussfolgerungen

Nach derzeitigem Kenntnisstand aus empirischen Untersuchungen ist davon auszugehen, dass derzeit täglich etwa 400 000 freiheitsentziehende Maßnahmen in bundesdeutschen Pflegeheimen angewendet werden (Klie 1998). Der Einsatz dieser Maßnahmen wird dabei selten offen propagiert, sondern gehört weiterhin zu den Tabuthemen in der Betreuung älterer Menschen. Angesichts der weiteren demographischen Entwicklung mit steigender Zahl von Menschen mit Demenz erscheint es dringend an der Zeit, – auch im eigenen Interesse eines jeden von uns „Jüngeren“ – , sich der Problematik auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse über alternative Lösungsansätze zu stellen. Nicht zuletzt besteht die Notwendigkeit eines differenzierten öffentlichen Diskurses derzeit auch durch jüngste einschlägige Gerichtsurteile²¹ und durch die

21 z.B. BGH-Urteil vom 28.4.05 (III ZR 3999/04), in dem dem Bewohner im Zweifel dem Recht auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben der Vorrang einzuräumen ist vor allzu weit gehenden Sicherheitsmaßnahmen (im konkreten Fall Sicherung durch Bettgitter wegen Sturzgefährdung)

– leider häufig sehr einseitig ausgerichtet
– aktuelle Berichterstattung verschiedener Tageszeitungen und Fernsehmagazine.

Unsere Erfahrungen aus dem *ReduFix*-Projekt lassen einige Überlegungen im Hinblick auf bereits erfolgreiche oder künftig noch zu fördernde mögliche Umsetzungsstrategien zu. Alle bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, dass die Umsetzung der alternativen Maßnahmen mit der Akzeptanz durch die Pflegefachkräfte vor Ort zusammenhängt. Durch das Konzept unserer multiperspektivisch durchgeführten Schulung wurde durch Sensibilisierung, Bewusstwerdung, Beratung über medizinische, psychosoziale und pflegerische Aspekte, mögliche Alternativen, Wege der Entscheidungsfindung und die Reflexion rechtlicher Fragen vieles erreicht. Durch einen Gewinn an mehr Handlungssicherheit der Pflegemitarbeiter konnten die Fixierungen in den teilnehmenden Einrichtungen deutlich reduziert werden, ohne dass es zu einer erhöhten Verabreichung nebenwirkungsreicher Psychopharmaka oder einem Mehr an sturzbedingten Verletzungen kam. Dies wiederum förderte im Sinne einer positiven Rückkoppelung die Motivation der Mitarbeiter, am Thema weiterzuarbeiten und sogar mancherorts kreative, innovative eigene Lösungsansätze zu entwickeln. Grundsätzlich ist anzumerken, dass eine positive Begleitung der Maßnahmen durch die Leitungsebene fundamental für eine erfolgreiche Implementierung der Schulungsinhalte in den Einrichtungen war. Sinnvoll wäre überdies sicherlich die Schulung nicht nur von „Mentoren“, sondern aller Mitarbeiter einer Einrichtung (z.B. als „Indoor“-Fortbildung), soweit dies die Ressourcen zulassen (Problem der Machbarkeit und Praktikabilität).

Mancherorts konnten fixierte Bewohner nicht in das Projekt eingeschlossen werden, weil dies von Betreuern oder Angehörigen, offenbar aus Unsicherheit über mögliche Folgen, abgelehnt wurde. Andersorts fand Irritation der verantwortlichen Projektmitarbeiter durch verunsichernde Bemerkungen des zuständigen Vormundschaftsrichters statt. Diese Erkenntnis bestätigt, wie wichtig eine Infor-

mation und gezielte Fortbildung zum Thema aller an der Entscheidung über den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen beteiligten Personengruppen ist. Wie sollen gesetzliche Betreuer oder Bevollmächtigte „sachgerecht“ und „richtig“ entscheiden, wenn in der aktuellen Praxis eine fachliche Diskussion weitgehend ausbleibt? Sind sie gleichzeitig Angehörige, können (meist fehlende) fachliche Informationen mit eigenen Interessen und inneren Konflikten kollidieren. Der betroffene ältere Mensch mit Demenz ist dagegen zumeist selbst nicht mehr in der Lage, eine tragfähige Entscheidung zu treffen oder diese überhaupt aktiv mitzugestalten. Um so wichtiger muss sein, den mutmaßlichen Willen des Betroffenen – und sei es auch durch das gezeigte Verhalten (z.B. durch Versuche, sich aus der Fixierung zu befreien oder sich zu wehren) – zu ergründen und zu vertreten. Wer sonst als der gesetzlich bestellte Betreuer kann und muss diese Aufgabe übernehmen, im Sinne und zum Wohle des Betroffenen zu handeln und rechtmäßig zu entscheiden. Einen „Königsweg“ in der Entscheidungsfindung für oder gegen den Einsatz von Fixierungen gibt es nicht. Wichtig ist, dass die Entscheidung gemeinsam für die individuelle Person und Situation – idealerweise in Form einer Fallkonferenz – und auf der Basis von fachlichem Wissen als „informed consent“ getroffen wird. Den gesetzlichen Betreuern fällt hierbei eine Schlüsselrolle zu, den offenen Diskurs einzufordern. Hier wäre zu empfehlen, dass in gezielten Schulungen für Berufsbetreuer, ehrenamtliche und angehörige Betreuer bzw. Bevollmächtigte Basisinformationen über die relevanten fachlichen Dimensionen vermittelt und gemeinsam diskutiert werden. Hierzu gehört sowohl die Kenntnis von Gefahren und Risiken von Fixierungen, Alternativen, aber auch das Wissen über die Notwendigkeit einer adäquaten medizinisch-psychiatrischen (Mit-)Versorgung möglichst durch einen gerontopsychiatrisch/geriatriisch erfahrenen Arzt. Aus gerontopsychiatrischer Sicht sollte die Schulung daher sinnvollerweise auch einen Abriss über potentiell ungeeignete (psycho-)pharmakologische Medikation beinhalten, um für eine mögliche medizinische Fehl- oder Unterversorgung des Betreuten zu sensibilisieren. Um eine

rationale Entscheidungsfindung zu ermöglichen, sollte insbesondere die Reflexion rechtlicher Fragen fester Bestandteil einer solchen Schulungsmaßnahme sein.

Hier könnten die Betreuungsbehörden im Rahmen Ihrer Fortbildungsaufgaben eine wichtige Rolle übernehmen. Gleiches könnte für Vormundschaftsgerichte gelten. Darüber hinaus muss eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit zur Information und Aufklärung über diese wichtige Thematik fortgeführt werden, etwa auch, um Fragen eines sinnvollen bürgerschaftlichen Engagements, z.B. in der ehrenamtlichen stundenweisen Betreuung und Beschäftigung von Demenzerkrankten – auch und gerade in Institutionen – zu erörtern und entsprechende Initiativen zu fördern.

Vor diesem Hintergrund ist es der Projektgruppe ein dringendes Anliegen, die gewonnenen Erkenntnisse für ein breiteres Publikum zugänglich zu machen und in Form eines praxisorientierten Handbuchs zu veröffentlichen. Das Buch wird voraussichtlich noch im laufenden Jahr im Vincentz-Verlag erscheinen.

Weiterführende Literaturhinweise:

- Koczy P, Klie T, Kron M, Bredthauer D, Rissmann U, Branitzki S, Guerra V, Klein A, Pfundstein T, Nikolaus T, Sander S, Becker C (2005): Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (38): 33-39
- Hoffmann/Klie (Hrsg.) (2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis. C.F. Müller. Heidelberg
- Das Abschluss-Symposium zum *ReduFix*-Projekt fand am 11.07.06 in Stuttgart statt.
- Tagungsbericht und Vorträge können auf der Webseite www.efh-freiburg.de/agp/redufix.htm heruntergeladen werden

Prof. Dr. Doris Bredthauer

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachhochschule Frankfurt/Main
- University of Applied Sciences –
FB4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
D- 60318 Frankfurt/Main
email: dbredt@fb4.fh-frankfurt.de

Projektteam *ReduFix*:
Priv. Doz. Dr. C. Becker*, Prof. Dr. T. Klie**, Dr. P. Koczy* (Projektleiterin), Prof. Dr. D. Bredthauer, U. Rissmann*, V. Guerra**, S. Branitzki**, Andreas Klein**, D. Beische*, M. Kron***
*Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Auerbachstrasse 110, 70376 Stuttgart

**Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Ev. Fachhochschule Freiburg, Bugginger Strasse 38, 79114 Freiburg
***Abteilung Biometrie und Medizinische Dokumentation der Universität Ulm