



Handeln statt Mißhandeln

Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.

Goetheallee 51, 53111 Bonn

Tel.: 0228 / 69 68 68 (Notruf) / 63 63 22 (Info) - Fax: 0228 / 63 63 31
info@hsm-bonn.de - www.hsm-bonn.de

Fixierungen als „letzte“ Möglichkeit? Fortbildungsveranstaltung am 23. 09. 2004

Eine sich über einen längeren Zeitraum erstreckende oder regelmäßige gezielte oder billigend in Kauf genommene Fesselung („Fixierung“) ist nur dann erlaubt, wenn sie zum Wohle eines Patienten oder Bewohners erforderlich ist und bedarf einer richterlichen Genehmigung. Wann jedoch diese dem Wohle des Betroffenen dient und ob im Einzelfall überhaupt, ist in der Praxis der moralischen, fachlichen, pragmatischen manchmal auch willkürlichen oder sehr subjektiven Abwägung und Einschätzung eines Arztes, einer Pflegeperson oder einer Institution überlassen. Leider gibt es keine generellen Richtlinien hierfür, geschweige denn objektive und allgemein gültige Kriterien. Manche halten Fixierungen für eine therapeutische Maßnahme, andere für eine "atavistische Barbarei" (Lotze 1988). Rituale des Zwanges setzen lange vor einer Fixierung ein, werden aber meist ignoriert. Wenig beachtet werden auch die Warnungen vor potentiellen und manchmal sehr großen Gefahren beim Gebrauch von Fixierungen (Public Health Service 1992). Bedenklich ist der immer noch hohe Anteil von Fesselungen, die ohne richterliche Genehmigung durchgeführt werden.

Angaben aus dem Ausland

Spätestens mit Erfolg der breitangelegten Defixierungsprogramme in Alten- und Pflegeeinrichtungen der USA unter den Bestimmungen des Omnibus Budget Reconciliation Act von 1987 (OBRA) ist deutlich geworden, dass die bis dahin übliche Fixierungspraxis in dem geübten Umfang exzessiv gewesen ist. Von ehemals 40% ist die Zahl der Fixierungen nun auf durchschnittlich 21% in den US gesunken (Williams & Finch, 1997), und auch diese Praxis ist wahrscheinlich noch exzessiv, wie Fixierungsraten von 4% in einigen Altenheimen (Neufeld et al., 1999) anzeigen. Vergleichbare Bewohner-Eigenschaften vorausgesetzt, ist die Bereitschaft, eine Fixierung anzuwenden, in unterschiedlicher geographischer Lokalisation und unterschiedlichen Heimen sehr variabel (Phillips et al., 1990). Der Verzicht auf Fixierungen ist mit einer Verbesserung der Personalschlüssel und anderen strukturellen Veränderungen in den Einrichtungen einhergegangen (Castle et al., 1997); nicht verändert haben sich hingegen die Risikofaktoren der Bewohner.

Geblichen ist es auch bei den alten Begründungen für diese Maßnahme. So wurde etwa behauptet, dass Fixierungen vor Stürzen schützen. Jedoch lässt sich das Sturzrisiko bei fixierten Patienten nicht immer objektivieren (Karlson et al., 1997), Stürze werden durch die Anwendung einer Fixierung nicht verhindert und mit mit geeigneten Defixierungsprogrammen in den Einrichtungen führt der Verzicht dieser Massnahmen nicht zu einer Sturzhäufung (Capezuti et al., 1996; Neufeld et al., 1999). Umgekehrt ist die Anwendung von Fixierungen mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden, insbesondere nach Beendigung einer Fixierungsmassnahme (Arbesman & Wright, 1999). Eine andere häufige Begründung für Fixierungen sind Verhaltensstörungen und Bewegungsunruhe, insbe-

sondere bei Vorliegen einer Demenz. Jedoch zeigt die Praxis, dass Fixierungen geeignet sind, Angstverhalten und Agitiertheit eher zu verschlimmern und zu massivem Leidensdruck führen (Evans & Strumpf, 1989). Positive Effekte von Fixierungsmassnahmen sind in der Altenpflege nicht nachgewiesen. Belegt ist jedoch, dass Fixierungen mit objektivierbaren Indices von intellektuellem Abbau, Immobilität und zunehmendem körperlichen Funktionsverlust sowie erhöhter Morbidität einhergehen (Evans & Strumpf, 1989); auch von Todesfolgen wird berichtet (Parker & Miles, 1997). Nachgewiesen ist auch, dass die Anwendungspraxis von Fixierungen im Einzelfall weniger von den Besonderheiten des alten Patienten als vielmehr von den strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung wie Personalschlüssel, Fachkräfteanteil, geographischer Standort und Höhe der Fallpauschalen einhergehen. Daneben spielen kulturelle Größen wie Institutionsphilosophie und vorherrschende „Mythen“ beim Personal eine massgebliche Rolle (Evans & Strumpf, 1989; Strumpf & Evans, 1991, Phillips et al. 1996; Castle et al., 1997).

Die gegenwärtige Fixierungspraxis in verschiedenen Versorgungs- und Behandlungseinrichtungen spiegelt sich in Prävalenzangaben wieder. Für gerontopsychiatrische Einrichtungen liegen diese zwischen 24 - 45% (DeSantis et al.1997, Karlson et al. 1998, Kranzhoff & Hirsch 1997), für Einrichtungen der Altenpflege 4 - 22% (Karlson et al. 1997, Neufeld et al. 1999) und zwischen 17 - 18% in der Akutversorgung geriatrischer Patienten (Karlson et al. 1996, Robins et al. 1987). Diese Zahlen zeigen die Notwendigkeit von De-fixierungsprogrammen an.

Häufigkeitsangaben aus Deutschland

Einige Angaben aus Untersuchungen sollen zur Einschätzung der Häufigkeit von Fixierungen in Pflegeheimen dienen:

- *Aus einer Stichtagserhebung, an der sich 26 Altenheime der BRD mit über 3 000 Bewohnern 1994/95 beteiligten, ist zu entnehmen, dass über 2 200 freiheitsentziehende Maßnahmen in diesem Zeitraum durchgeführt wurden (Klie 1998). Häufigste Maßnahmen sind: Bettgitter und Medikamente zur Ruhigstellung. Die Variationsbreite der Häufigkeiten von bewegungseinschränkenden Maßnahmen zwischen den Einrichtungen ist sehr groß. Hochgerechnet auf die deutschen Heime wird von 400 000 „restraints“ pro Tag ausgegangen.*
- *Hollwig (1994) untersuchte drei Monate lang in sechs Altenheimen jeweils eine Pflegestation (keine geschlossene). Über einen 48-stündigen Zeitraum wurden von ihm als teilnehmendem Beobachter bei 51% der Altenheimbewohner (N = 110) freiheitsbeschränkende Maßnahmen (überwiegend mit Bettgitter: 62,3%) registriert (bei 10% Mehrfacheinschränkungen). In dieser Zeit wurden über 70% der Heimbewohner länger als 8 Stunden pro Tag fixiert.*
- *Klie et al. (2002) führten in 31 Münchner Alten- und Pflegeheimen eine Stichtagserhebung im Jahr 2000 zum Thema „freiheitsentziehende Maßnahmen“ durch. Insgesamt waren 31 Pflegeheime beteiligt. Die Angaben wurden von Pflegeheimmitarbeitern gemacht (N= 973). Eine mechanische Maßnahme am Stuhl oder Bett wurde bei 41,4% der Bewohner durchgeführt. Dominant sind die Maßnahmen im Bett, insbes. die Bettgitter (40,6%). Ca. 1/3 der Bewohner wurden die Maßnahmen im Bett über 20 Stunden durchgeführt. Fixierungen am Stuhl wurden bei ca. 1/3 über mehr als acht Stunden durchgeführt. Als Gründe für die Fixierung wurde am häufigsten „Sturzgefahr/Gehunsicherheit“ genannt (91%). Bei 54% war eine gerichtliche Genehmigung nicht angegeben.*

Vorgehensweise und Möglichkeiten zur Verringerung von Fixierungen

Fixierungen können zwar nicht grundsätzlich abgelehnt werden, doch gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, diese zu verringern. Betrachtet man sich die Gründe von Fixierungen, so wird deutlich, dass eine Reihe von ihnen von einer eher überfürsorglichen und auf übertriebene Sicherheit bedachten Einstellung ausgehen (Tabelle 8).

Tabelle 1: Gründe zum Fixieren des Betroffenen: rechtmäßig – therapeutisch - notwendig

| |
|--|
| Stürzen und Verletzungen |
| Unbemerkt Verlassen der Einrichtung |
| Selbstgefährdung im Straßenverkehr |
| Körperliche Überanstrengung |
| Schutz der Mitpatienten/-bewohner |
| Notwendigkeit zur Durchführung von ärztlichen Verordnungen (Bettruhe, Infusion etc.) |
| Druck von besorgten Angehörigen |
| Vorgabe von Vorgesetzten und Trägern |
| Angst vor: Unberechenbaren Reaktionen; Konsequenzen, Verletzung der Fürsorgepflicht, Regressansprüchen |
| Moralische Verpflichtung |
| Schlechte personelle Besetzung |
| „Keine Alternative“ |

Die Beeinflussung der äußeren Ursachen von Stürzen und der durch Krankheiten von Patienten bedingten Prädisposition lassen Fixierungen erheblich verringern (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ursachen von Stürzen und deren Verhinderung

| <u>Umfeld:</u> | |
|----------------|--------------------------------------|
| Beleuchtung: | zu schwach, Blendung |
| Fußboden: | glatt |
| Teppich: | zu hoch, nicht rutschfest |
| Stühle: | instabil, zu niedrig, ohne Armstütze |
| Bethöhe: | zu hoch |
| Treppen | zu hoch, glatt, ohne Geländer |
| Flur | schlechtes Licht, kein Geländer |
| Badezimmer: | glatt |

Iatrogen (Arzneimittel):

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Beruhigungsmittel | Schlafmittel |
| Antidepressiva | Neuroleptika |
| Antiparkinsonmittel | Antihypertonika |
| Gefäßerweiternde Mittel | bradycarde Mittel |
| Diuretika | Schmerzmittel |

Altersbedingte Ursachen:

| | |
|----------------|-------------------------|
| Hörschwäche | Sehschwäche |
| Muskelschwäche | Gleichgewichtsstörungen |

Erkrankungen (Multimorbidität):

| | |
|------------------------|-----------|
| Hypotonie | Exsikkose |
| Sensibilitätsstörungen | Synkopen |
| Gestörte Balance u.a. | |

Tabelle 3: Fesselungen „Fixierungen“: (Un-)vermeidbar?

- 1) Wissen über Ursachen und Alternativen von Fesselungen erwerben
- 2) *Kontinuierliche Teamgespräche über Fesselungen mit Einbeziehung der Situation, wo, wann und warum ein alter Mensch gefesselt wird*
 - *Wie geht es den Mitpatienten?*
 - *Wie den Mitarbeitern?*
 - *Wie den Besuchern?*
- 3) *Team-Supervision über Fesselungen*
- 4) *Teambesprechung mit Richter/Arzt/Pflege-kraft/Therapeuten/Betreuer*
- 5) *Arbeitskreis zur Qualitätssicherung mit Erarbeitung von Leitlinien*
- 6) *Besuch von anderen Einrichtungen zur Erkundung, wie diese mit problematischen Situationen umgehen*
- 7) *Kontrolle der Ausgabe und der Rücknahme von Fixiermittel*
- 8) *Statistik über Häufigkeiten von Fesselungen*
- 9) *Problematisierung des Milieus mit Umsetzung von gewaltreduzierenden Faktoren*

Tabelle 4: Problemfelder bei Fesselungen von alten Menschen:

alter Mensch:

- größere Fragilität und Mobilitätseinschränkungen
- kognitive Einbußen
- emotionale Veränderungen
- Selbst-Überschätzung
- soziale Vulnerabilität
- Multimorbidität und Polypathie
- Polypharmazie
- „Störer“

Helfer:

- „Fürsorglichkeit“
- Angst vor Regress
- Unkenntnis der rechtlichen Vorgaben
- Beziehungsassymmetrie
- Alternativlosigkeit
- „Trägheit“
- Desinteresse
- Keine soziale Unterstützung
- Zeitnot
- „Hilflosigkeit“
- Geringe Kompetenz
- Wenig Einfühlungsvermögen
- Wenig Selbstsicherheit und Courage
- Art der eigenen Erfahrungen mit Zwang etc.

Strukturelle Aspekte:

- „totale“ Institution
- „Institutions-Philosophie“
- Personalnotstand
- inadäquates Pflegemanagement
- rigide Tages-/Arbeitsabläufe
- keine psychohygienischen Maßnahmen
- keine Schulung
- Unklare Verantwortlichkeiten
- keine „Frühwarnsysteme“