

Mobilität und Sicherheit bei demenziell erkrankten Heimbewohnern Professionelle Antworten auf ein „every day“ Thema durch das QN I der BUKO-QS

Thomas Klie, Freiburg

Wie gelingt es Sicherheits- und Mobilitätsbedarfe und die individuellen Bedürfnisse von Heimbewohnern auszubalancieren? Weglaufgefahren, Furcht vor Stürzen und Frakturen, vor Vorwürfen von Angehörigen und der Öffentlichkeit alltäglich begleiten die Pflegekräfte in Heimen. Wir wissen aber auch, wie subjektiv belastend demenziell erkrankte Heimbewohner Freiheitseinschränkungen empfinden, welche Gefahren mit Fixierungsmaßnahmen verbunden sind, zu welchen Folgen – etwa Immobilität – dies führen kann und wie bedeutsam Aspekte der Mobilität für das Selbstempfinden von uns Menschen ist: Der aufrechte Gang macht den Menschen unter allen Lebewesen zu etwas Besonderem. Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: In deutschen Pflegeheimen wird (immer noch) in einem erheblichen Umfang zu freiheitsbeschränkenden und –entziehenden Maßnahmen gegriffen.

Verfassungsrecht GG	<h3>Freiheitseinschränkende Maßnahmen</h3> <p>= Jeder Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit (Art. 2 II GG)</p>			
Zivilrecht BGB	<p>Freiheitsbeschränkende Maßnahmen</p> <p>= Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und /oder Dauer</p>	<p>Freiheitsentziehende Maßnahmen (Art. 104 GG)</p> <p>= Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit</p> <p>unerheblich: Motivation, es reicht aus: potentieller Gebrauch</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>Unterbringungsähnliche Maßnahmen</p> <p>§1906 Abs. 4 BGB</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>Unterbringung</p> <p>§1906 Abs. 1 BGB</p> </td> </tr> </table>	<p>Unterbringungsähnliche Maßnahmen</p> <p>§1906 Abs. 4 BGB</p>	<p>Unterbringung</p> <p>§1906 Abs. 1 BGB</p>
<p>Unterbringungsähnliche Maßnahmen</p> <p>§1906 Abs. 4 BGB</p>	<p>Unterbringung</p> <p>§1906 Abs. 1 BGB</p>			
Strafrecht StGB	<h3>Freiheitsberaubung</h3> <p>= wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen (Bewegungs-)Freiheit beraubt wird (§ 239 StGB)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>Liegt nicht vor: Einwilligung</p> <p>Gerechtfertigt: Notstand</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>Liegt nicht vor: Einwilligung</p> <p>Gerechtfertigt: Entscheidung des Betreuers und gericht. Beschluss</p> </td> </tr> </table>		<p>Liegt nicht vor: Einwilligung</p> <p>Gerechtfertigt: Notstand</p>	<p>Liegt nicht vor: Einwilligung</p> <p>Gerechtfertigt: Entscheidung des Betreuers und gericht. Beschluss</p>
<p>Liegt nicht vor: Einwilligung</p> <p>Gerechtfertigt: Notstand</p>	<p>Liegt nicht vor: Einwilligung</p> <p>Gerechtfertigt: Entscheidung des Betreuers und gericht. Beschluss</p>			

Abb. 1. Übersicht zur rechtlichen Abgrenzung der freiheitsentziehender Massnahmen (Hoffmann,B./Klie,Th.(2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Heidelberg: C.F.Müller Verlag, S. 13)

Stimmt der Satz von Prof. Hirsch immer noch: „ In Deutschland wird zuviel und unnötig fixiert“? Von 450.000 Maßnahmen in deutschen Pflegeheimen am Tag muss nach empirischer Datenlage ausgegangen werden, wenn man die vielfältigen Formen freiheitsentziehender Maßnahmen einbezieht – 5-7% der Pflegeheimbewohner werden

täglich körpernah fixiert, dies entspricht etwa 35.000 Fällen. Die formalrechtliche Legitimation entsprechender Maßnahmen verbessert nicht unbedingt die Lebensqualität des Betroffenen. Mit Recht fixiert bleibt eben fixiert.

Die vom BMFSFJ geförderte Studie „ReduFix“ hat deutlich gemacht, dass sich durch Schulungsmaßnahmen, durch den Einsatz technischer Hilfsmittel aber auch veränderter individueller Hilfeplanung die Fixierungsrate körpernahen Fixierungen deutlich reduzieren lässt.

The image shows a promotional graphic for 'ReduFix Praxis'. On the left, there is a large white stylized 'P' on a blue background. Below it, the text 'ReduFix Praxis' is written in white. On the right, there is a white background with blue text. The text describes the project's goal of reducing freedom-restricting measures through training and technical aids, and mentions that in a pilot project, a reduction in measures was achieved for one-fifth of home residents. It also provides the website 'www.redufix.de' for more information.

ReduFix Praxis ist ein Projekt zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen an dessen Erfolg man durch entsprechende Schulung teilhaben kann.

Im Projektverlauf konnte gezeigt, dass durch die Vermittlung von Handlungssicherheit, dem Einsatz technischer Hilfsmittel, die Beleuchtung des Entscheidungsprozesses, bei einem Fünftel der Heimbewohner eine Reduzierung der Fixierungsmaßnahmen bewirkt werden konnte.

Nähere Informationen und Kontakt unter:

www.redufix.de

Abb. 2: ReduFix Praxis

Die Gruppe um Prof. Dr. Gabriele Meyer und Dr. Sascha Köpke in Hamburg erarbeitet aktuell eine Praxisleitlinie zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Die BUKO-QS (Bundeskonzferenz Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen) hat im Auftrag des BMFSFJ einen „multidisziplinären Standard“, ein Qualitätsniveau (QN) erarbeiten lassen und fachlich konsentiert, der wie die nationalen Pflegestandards in Deutschland implementiert wird.

Im Auftrag der BUKO-QS wird die Implementation des Qualitätsniveaus I – Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtung aktuell durch die Hans-Weinberger-Akademie in München vollzogen, die Wirksamkeitsanalyse wird finanziert durch das BMBF vom ZI-Mannheim durchgeführt (vgl. www.BUKO-QS.de)

Was sind nun Qualitätsniveaus, wie unterscheiden sie sich von den nationalen Pflegestandards und welche Bedeutung haben sie für die Pflegeheime in Deutschland?

Definiert wird das Qualitätsniveau als ein systematisch entwickeltes, multidisziplinäres und evidenzbasiertes Set von inhaltlichen Festlegungen zu einem strategisch relevanten Thema in Pflege und Betreuung. Das Qualitätsniveau konkretisiert den empirisch wissenschaftlichen Stand der Künste aus unterschiedlichen Wissensgebieten zu dem jeweiligen Thema mittels Expertenkonsens. Es benennt die funktions- und professionsgebundene Verantwortung interner und externer Akteure und gibt hierzu ergebnisorientierte, handlungsleitende Empfehlungen. Sie unterscheiden sich von ärztlichen Leitlinien und dem nationalen Expertenstandards der Pflege dadurch, dass sie multidisziplinär angelegt sind. Damit stellen sie keineswegs eine Konkurrenz zu den professionsgebundenen Standards dar, sie ergänzen sie vielmehr. So finden sich in den Qualitätsniveaus jeweils auch Hinweise auf Leitlinien und Expertenstandards, dort wo sie etwa im Heim bei einem bestimmten Thema von Bedeutung sind. Es liegen inzwischen drei Qualitätsniveaus vor. Neben dem

Qualitätsniveau - Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen - liegt das Qualitätsniveau - Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung für Menschen in Einrichtung der Pflege und Betreuung - vor. Das Qualitätsniveau - Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf - ist noch in Arbeit.¹ Sie konkretisieren den „State of the Art“ in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf.

Der Aufbau der Qualitätsniveaus

Dem Qualitätsniveau liegt ein Strukturmodell zugrunde, das eine Kernaussage in den Mittelpunkt stellt und aus diesen Zielen ableitet an denen sich die Qualitätsfestlegung und Empfehlung orientieren. Im Fall des Qualitätsniveau I wurde weiterhin ein Sonderfall „für herausfordernde Situationen“ formuliert: Hier geht es um bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen „als letzte Möglichkeit“.

Kernaussage: Mobilität und Sicherheit jedes/jeder Bewohners/In mit Demenz werden entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert.

- Ziel 1:* Für den/die Bewohner/In mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen.
- Ziel 2:* Der/Die Bewohner/In mit Demenz nimmt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil.
- Ziel 3:* Gefährdungen des/der Bewohners/In mit Demenz beim unbemerkten Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Durch auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen verringert.
- Ziel 4:* Bei dem/der Bewohner/In mit Demenz sind Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen identifiziert.
- Ziel 5:* Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen des/der Bewohners/In mit Demenz entsprechend behandelt und sind kompensiert.
- Ziel 6:* Der/Die Bewohner/In mit Demenz erhält individuell abgestimmte Maßnahmen zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.
- Ziel 7:* Der/Die Bewohner/In mit Demenz und stark eingeschränkter Mobilität erhält auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen, um das Auftreten

¹ Vgl. Allgemein zu nationalen Qualitätsniveaus Beikirch/Klie (2007), In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jahrgang 40, S. 147-157.

von Sekundärkomplikationen zu verringern.

Hilfestellung für herausfordernde Situationen(Sonderfall):

Bei dem/der Bewohner/In mit Demenz sind bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen abzuwenden.²

Abb. 3: Übersicht über Zielsetzungen des Qualitätsniveau I

Auf einer zweiten Ebene finden sich handlungsleitende Empfehlungen, die Verwendung für externe und interne Akteure, zu denen ausdrücklich auch die Bevollmächtigten und gesetzlichen Betreuer gehören. Damit unternehmen die Qualitätsniveaus den Versuch, die jeweils spezifische Rolle und/oder Verantwortung aller Beteiligten in Bezug auf das Ziel übersichtlich zu begründen und für alle nachvollziehbar darzustellen. Auf diese Weise wird die Transparenz für das Zusammenwirken aller Beteiligten erhöht und eine systematische Überprüfung der gewünschten Ergebnisse möglich. Die Kriterien sind dabei überwiegend so formuliert, dass das anzustrebende Ergebnis benannt wird und nicht das konkrete Vorgehen. Der Vielfalt organisatorischer und konzeptioneller Gestaltungen vor Ort soll damit Rechnung getragen werden. Soweit die Anwendung professionsgebundener Standards und Leitlinien mitgedacht werden muss, werden Hinweise gegeben. Auch finden sich in der Matrix Hinweise auf standardisierte Instrumente (Screening, Testverfahren, Assessments) von denen die wissenschaftlichen Teams, die die Qualitätsniveaus erarbeitet haben, überzeugt sind, dass sie wichtige Entscheidungshilfen für die Praxis darstellen. Risiken der Bewohnerinnen und Bewohner sollen damit erkannt, minimiert und/oder subjektive Beobachtungen durch Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen in einen objektiven Zusammenhang gestellt werden. Die konsequente Beachtung einer aktiven Rolle der Bewohnerinnen und Bewohner und der für sie bevollmächtigten Person (gesetzliche Betreuer) stellt den Versuch dar, Teilhabe und selbstständige Lebensführung auch auf dieser Ebene Geltung zu verschaffen.

Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen hat in Zeiten begrenzter Ressourcen und limitierter finanzieller Möglichkeiten besondere Bedeutung erlangt und zwar insbesondere in Hinblick auf „gleichen Zugang zur Versorgung für alle Bürger“, „Lebensqualität der Patienten- und Konsumentenzufriedenheit“ sowie kosteneffektive Ressourcennutzung. Aus diesem Grund ist es als legitim anzusehen, dass die Gesellschaft eine systematische und konsequente Evaluation der gesundheitlichen Versorgung erwartet. Nur so kann sichergestellt werden, dass Ressourcen angemessen eingesetzt werden, und Gesundheitsversorgung sowie Pflege und Betreuung in bestmöglicher Qualität realisiert werden. Hierzu leisten die Qualitätsniveaus ihren Beitrag.

Bedeutung der Qualitätsniveaus für gesetzliche Betreuer

Die Qualitätsniveaus vermitteln den in Heimen Verantwortlichen – für die die Qualitätsniveaus zunächst formuliert sind – einen komprimierten Überblick über all die Aspekte, die bei der Betreuung von Menschen mit Demenz zu berücksichtigen sind, wenn es um die Fragen Mobilität und Sicherheit geht. Sie bieten ihnen die Möglichkeit anhand der Matrizen (Abb. 4) im Rahmen der jeweiligen Pflegeplanung zu prüfen, ob die dort notierten Kriterien bedacht wurden. Sie bieten den Heimen gegenüber Ärzten verbindliche Stichworte zur Abklärung einer bestmöglichen Versorgung der Bewohner, so es um den Problembereich Mobilität und Sicherheit geht.

² Schäufele, et al. (Hrsg.) (2006), Qualitätsniveau I, Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. In: Qualitätsniveaus in der Altenpflege. BUKO-QS e.V., Berlin.

Im Sonderfall bietet das Qualitätsniveau wertvolle Hinweise, wie in Entscheidungssituationen, in denen es um freiheitsentziehende Maßnahmen (bspw. Bettgitter, Fixierungsgurt) so zu entscheiden ist, dass die Fixierung wirklich ein Sonderfall bleibt und alle anderen zu Gebote stehenden Möglichkeiten des fachgerechten Umgangs mit dem Spannungsverhältnis zwischen Mobilität und Sicherheit ausgeschöpft werden. Die nachfolgenden Matrizen veranschaulichen die Qualitätsniveaus³

Qualitätsniveaus als Expertenstandards

Die Qualitätsniveaus werden sich – das ist zu erwarten, neben den wichtigen nationalen Pflegestandards des DNQP als eine „Art“ von Expertenstandards i.S.d. § 113b SGB XI etablieren. Sie sind durch ihre multidisziplinäre Anlage, durch die Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen für den Alltag der stationären Pflege von höchster Bedeutung: Kommt es doch auf ein gutes Zusammenwirken von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Heim mit behandelnden Ärzten, mit Betreuern und Richtern aber auch mit Angehörigen und freiwillig Engagierten an. Will man fachlich routiniert, menschenfreundlich und achtend mit dem Spannungsverhältnis von Mobilität und Sicherheit in der Begleitung von Menschen mit Demenz umgehen, so ist dies eben nicht nur eine pflegfachliche sondern eben auch eine Frage gelingender Kooperation unterschiedlicher Verantwortungsträger. Das machen die Qualitätsniveaus deutlich, die eben nicht nur das Heim selbst in die Verantwortung nehmen sondern auch Externe. Das macht die Modernität und Problemangemessenheit von Qualitätsniveaus aus.

Literaturhinweis:

BUKO-QS (Hrsg.)(2008): QN I - Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit, Heidelberg

³ BUKO-QS e.V. (2008), Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit, Heidelberg.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 6

Die Bewohnerin mit Demenz erhält individuelle Angebote zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin		Einrichtung		Extern Beteiligte	
Bewohnerin mit Demenz	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Träger/Management	Professionen	Bezugspersonen
A Entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten über die Durchführung der individuellen Angebote;	A Entscheidet unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe über die Durchführung der individuellen Angebote;	A Wendet das Konzept zur Sturzprophylaxe bei Demenzkranken basierend auf dem Nationalen Expertenstandard in der Pflege an ¹ ;	A Entwickelt auf Basis des Nationalen Expertenstandards "Sturzprophylaxe" in der Pflege ein Konzept unter Berücksichtigung der besonderen Situation Demenzkranker ² .	A Ärztin: wendet aktuelle Leitlinie zu Stürzen im Alter an ³ ;	
B beteiligt sich an den vereinbarten Angeboten zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen;	B unterstützt die Umsetzung der verschiedenen Angebote zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ⁴ ;	B Hauswirtschaftskraft: reinigt die Böden unter Beachtung der Sturzgefahr.		B Therapeutin: führt bei demenzkranker Bewohnerin mit erhöhtem Sturzrisiko Maßnahmen durch, um die therapeutisch beeinflussbaren Risikofaktoren zu reduzieren ⁵ .	A Angehörige/Freiwillige: ergänzen therapeutische Maßnahmen mit bewegungsfördernden Angeboten.
C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ein ⁶ .	C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ein ⁶ .				

Hinweise:

- ¹ Klinische Einschätzung des Sturzrisikos; Erfassung der extrinsischen (=außerhalb der Person liegende) und intrinsischen (innerhalb der Person liegende) Sturzrisikofaktoren; Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans; Umsetzung des Maßnahmenplans; Dokumentation und systematische Analyse von Stürzen in regelmäßig stattfindenden Sturzkonferenzen, empfohlen wird wöchentlich;
- ² sorgt z.B. für eine Umgebung ohne extrinsische Risikofaktoren; kooperiert mit externen Therapeutinnen für die Bereitstellung eines regelmäßigen Angebotes von Kraft- und Balancetraining in Kleingruppen speziell für Demenzkranke;
- ³ z.B. DEGAM Leitlinie "Älterer Sturzpazient" (2004) oder internationale Leitlinie zu "Sturz im Alter" von WHO-HEN (2004) mit folgenden Handlungsbereichen: Diagnostik der Sturzursache; Diagnostik der Sturzgefährdung; Modifikation der medizinisch beeinflussbaren Risikofaktoren, wie Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen, Korrektur von iatrogenen Sturzursachen und Beachtung einer altersadäquaten Medikamentenverordnung, Visusverbesserung, Verordnung von Gehhilfen; Empfehlungen im Rahmen des hausärztlichen Gespräches, wie Benutzung von Sehhilfen, Optimierung der Beleuchtung, Beseitigung von Stolperfallen, Tragen stabiler Schuhwerks, Tragen von Hüftprotektoren, Teilnahme an Angeboten zur Verbesserung von Balance und Kraft;
- ⁴ sorgt z.B. für geeignetes Schuhwerk und Kleidung;
- ⁵ z.B. für Hüftprotektoren, Sehhilfen, Hörhilfen, geeignete Kleidung;
- ⁶ sturzpräventive Übungen zur Stärkung der Muskelkraft und des Gleichgewichts (siehe Modellprojekt AOK Baden-Württemberg; Becker et al. 2006).

Abb. 4: Übersicht über Matrix zur Zielsetzung 6 – Bewohner/-in mit Demenz erhält individuelle Angebote zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen

