

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Corinna Rüffer, Katja Keul, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Luise Amtsberg, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege

Der Einsatz „freiheitsentziehender Maßnahmen“ (FEM) in der stationären wie ambulanten Altenpflege ist ein noch immer viel zu wenig diskutiertes Thema. FEM werden definiert als „alle Maßnahmen, die an oder in der Nähe des Körpers angebracht werden und die eine Person daran hindern, sich an einen Ort ihrer Wahl zu bewegen oder ungehindert Zugang zum eigenen Körper zu haben“ (Meyer, G.; Köpke, S.; Möhler R., 2016; www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2016/02/0216_070.pdf). Zu FEM zählen aus pflegerischer Sicht mechanische Fixierungen (Gurte, Stecktische etc.), bauliche (z. B. verborgene Ausgänge), medikamentöse (Psychopharmaka) und sog. körperferne Maßnahmen (z. B. Überwachungssender, Sensormatten), aber auch psychischer Druck und „Bestrafung“ (z. B. Entzug des Nachtisches o. Ä.) können freiheitsbeschränkend wirken (www.pflege-gewalt.de/professionell_Pflegende_Artikel/freiheitsentziehende-massnahmen-und-alternativen.html). Entsprechend sind FEM Eingriffe in die Freiheitsrechte der Betroffenen, die nur dann erlaubt sind, wenn eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit des bzw. der Betroffenen besteht und auch nur als absolute Ultima Ratio. Zudem ist eine richterliche Genehmigung bei Anwendung einer FEM zwingend notwendig, wenn sie länger oder regelmäßig angewandt wird.

Quantitative Daten zur Anwendung von FEM in der Altenpflege zeigen auffällige Schwankungen zwischen den stationären Einrichtungen. Laut einer Hamburger Studie aus dem Jahr 2009, an der 30 Pflegeheime teilnahmen, lag die FEM-Rate zwischen weniger als 5 Prozent und 60 Prozent. Angesichts dieser breiten Streuung kann von einem einheitlichen Umgang mit FEM in stationären Pflegeeinrichtungen also nicht die Rede sein (vgl. Meyer, G.; Köpke, S.; Möhler R., 2016, www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2016/02/0216_070.pdf).

Der Einsatz von FEM in der Altenpflege wird häufig begründet als „Sturzprävention“ und als Mittel bei sog. herausforderndem Verhalten. Ursachen für Stürze sind meist jedoch mangelnde Beweglichkeit, unzureichende Muskelkraft oder eingeschränkte Sehfähigkeit, Medikamente u. Ä. Tatsächlich werden FEM in der Fachwelt sogar als Risikofaktor für Stürze ausgewiesen (vgl. „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung [DNQP], 2013). Bei dementen Menschen gibt es deutliche Indizien, dass

aggressives Verhalten und Unruhe durch FEM nicht gemindert, sondern noch verstärkt werden (vgl. Doris Bredthauer (2002): Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie; Berzlanovich et al. [2012]: Todesfälle bei Gurtfixierungen, abrufbar unter: www.aerzteblatt.de/archiv/118941).

Aggressives und unruhiges Verhalten führt häufig zu einer verstärkten Gabe von beruhigenden Medikamenten und Psychopharmaka – der Beginn einer Abwärts-spirale (Projektgruppe ReduFix: Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? [2013]). Dieses Problemfeld rückt aktuell mehr ins öffentliche Bewusstsein. Der im April 2017 veröffentlichte „Pflegerport 2017“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) stellt dazu fest, dass in Deutschland überdurchschnittlich viele Neuroleptika bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen als Dauermedikation eingesetzt werden. Von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern mit Demenz würden 43 Prozent mit Neuroleptika, jedoch nur 24 Prozent mit Antidementiva versorgt (vgl. Jacobs, K. u. a.: Pflegerport 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. S. 119 ff.). Neuroleptika haben eine sedierende und antipsychotische Wirkung und sind vorrangig zur Behandlung psychischer Erkrankungen indiziert, etwa Schizophrenie. In der Altenpflege kommen sie aber verstärkt als Beruhigungsmittel zum Einsatz, etwa bei Unruhe oder Erregungszuständen, obwohl auch „nicht-medikamentöse Therapien bekannt und wirksam“ seien (vgl. ebd., S. 128; ferner: Laux und Dietmaier 2009: Psychopharmaka: ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige; Schwabe und Pfaffrath 2011: Arzneiverordnungs-Report 2011; Schröder 2006: Psychopathologie der Demenz und Landespräventionsamt Nordrhein-Westfalen 2005: Alter – Ein Risiko?).

Es gibt mittlerweile durchaus ein Bewusstsein dafür, dass FEM die Ultima ratio sein müssen, und entsprechend auch Maßnahmen zu deren Vermeidung angewendet werden. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang beispielsweise auf das im Jahr 2004 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Projekt „ReduFix – Reduzierung von Fixierung“, das die Reduzierung von FEM zum Ziel hat und Schulungen von Altenpflegeeinrichtungen anbietet. In der Folge konnten die teilnehmenden Einrichtungen deutlich häufiger auf den Einsatz von FEM verzichten oder ihre Dauer deutlich reduzieren (vgl. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/schulung-zeigt-erfolg--pflegekraefte-verzichten-bei-demenzkranken-auf-fixierung/102146?view=DEFAULT). Weiterhin ist die evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Altenpflege zu nennen (www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Internet_gesamt.pdf). Bei beiden Ansätzen hat sich gezeigt, dass die Schulung der Fachkräfte, das Benennen eines hausinternen FEM-Beauftragten und die Durchführung eines Entscheidungsprozesses in Form von Fallbesprechungen ganz wesentlich zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beiträgt. Außerdem wurde ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des Betreuungsrechts entwickelt, mit dem Ziel, die Anwendung FEM in Pflegeeinrichtungen zu reduzieren, der sogenannte Werdenfelser Weg. Kernpunkt des Werdenfelser Weges ist die Ausbildung von spezialisierten Verfahrenspflegern, welche auf dem Gebiet der freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht nur über rechtliche, sondern auch über pflegerische Fachkenntnisse verfügen (<http://werdenfelser-weg-original.de/>).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung grundsätzlich ergreifen, um den Einsatz von FEM in der Altenpflege zu reduzieren und die Anwendung FEM-vermeidender Strategien zu erhöhen?

2. In welchen Fällen muss nach Auffassung der Bundesregierung im ambulanten Bereich, in Wohngruppen oder in der eigenen Häuslichkeit eine Maßnahme zum Freiheitsentzug richterlich genehmigt werden?
3. a) Wie häufig wurden richterliche Genehmigungen für FEM in der stationären und ambulanten Altenpflege nach Kenntnis der Bundesregierung im Zeitraum von 2005 bis heute beantragt, und wie häufig erteilt (bitte nach Jahren, Bundesländern und Versorgungssektoren aufschlüsseln)?
b) Welche Arten von FEM wurden nach Kenntnis der Bundesregierung beantragt und bewilligt (bitte nach Arten der Fixierung und Sedierung aufschlüsseln)?
c) Was sind dabei nach Kenntnis der Bundesregierung die häufigsten Begründungen der Anträge auf FEM?
d) In wie vielen Fällen wurden von Gerichten FEM aus Gründen der Verhältnismäßigkeit, insbesondere dem Vorhandensein von Alternativen, abgelehnt?
4. Wie viele der FEM wiesen dabei im Zeitraum von 2005 bis heute eine Dauer von bis zu 2 Wochen, 2 bis 6 Wochen, 6 bis 12 Wochen, 12 bis 26 Wochen, 12 bis 52 Wochen, 1 bis 2 Jahre, 2 bis 5 Jahre, 5 bis 10 Jahre und über 10 Jahre auf (bitte nach Dauer und Sektoren aufschlüsseln)?
5. Welche Daten zu FEM in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten werden nach Kenntnis der Bundesregierung in den Ländern von wem erhoben, und zu welchem Zweck an wen weitergeleitet?
6. Auf welche Weise wird sich die Bundesregierung dafür einsetzen, dass Daten zu Häufigkeit, Art und Durchführung von FEM in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten einheitlich dokumentiert, gemeldet und ausgewertet werden?
7. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, inwiefern der Einsatz von mehr Personal, insbesondere mehr Fachpersonal (mindestens dreijährige pflegerische Ausbildung), Auswirkungen auf die Häufigkeit von FEM hat?
8. a) Wird nach Kenntnis der Bundesregierung eine kontinuierliche Überwachung und unmittelbare Begleitung der Personen, bei denen FEM angewendet werden, gewährleistet, und wird auch für die Beendigung von FEM gesorgt, wenn für diese keine Notwendigkeit mehr besteht?
Wenn ja, in welcher Form?
Wenn nein, warum nicht?
b) Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zu ergreifen, um diese Überwachung und Begleitung zu optimieren?
c) Inwieweit und durch wen werden Einrichtungen dabei auch über die Möglichkeiten FEM-vermeidender Strategien aufgeklärt und zu deren Anwendung aufgefordert, und wie gedenkt die Bundesregierung die Anwendung solcher Strategie zu fördern?
9. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Erkenntnis, dass Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland überdurchschnittlich häufig Psychopharmaka erhalten (vgl. Jacobs, K. u. a.: Pflegereport 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. S. 119 ff.), und welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, diese Entwicklung dahingehend zu beeinflussen, den nichtindizierten Einsatz von Psychopharmaka in der Pflege zu reduzieren?

10. Sind der Bundesregierung Daten bekannt, in wie vielen Fällen es zu Verletzungen oder gar Todesfällen aufgrund der Anwendung von FEM kam (im Zeitraum von 2005 bis heute, bitte nach Jahren, Bundesländern und Sektoren aufschlüsseln), oder ist ihr bekannt, ob und bei welcher Stelle diese Daten vorhanden sind und abgefragt werden können?
11. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie sich FEM in der Altenpflege kurz- und langfristig auf die Betroffenen auswirken, etwa in Hinblick auf die Entwicklung der Eigenständigkeit, des Grades der Pflegebedürftigkeit, die Mobilität und die kognitiven Fähigkeiten?
12. a) Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob und wie sich die Anwendung von FEM auf die Personen in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten auswirkt, die die FEM durchführen, etwa im Hinblick auf die selbst empfundene Vereinbarkeit mit dem Berufsverständnis, auf eine emotionale „Abstumpfung“ oder zunehmende innere Distanz zum eigenen Handeln oder auch hinsichtlich einer erhöhten Fluktuations- oder Berufsausstiegsrate?
b) Sind der Bundesregierung konkrete Fälle aus der Praxis bekannt, in denen sich die Anwendung von FEM auf diejenigen Personen in Pflegeeinrichtungen, die FEM durchführen, ausgewirkt haben, und wenn ja, welche Auswirkungen haben sich gezeigt?
13. a) Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die zentralen Maßnahmen zur Vermeidung von FEM im Bereich der Altenpflege, wie sie beispielsweise vom Projekt „ReduFix“ empfohlen werden?
b) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in wie vielen Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten FEM-vermeidende Strategien aktiv und gezielt zur Anwendung kommen und ggf. auch darüber, wie viele FEM dadurch im Vergleich zu den vorhergehenden Zeiträumen in den Einrichtungen vermieden werden konnten bzw. können (möglichst für den Zeitraum von 2005 bis heute, bitte nach Jahren, Bundesländern und Sektoren aufschlüsseln)?
c) In welcher Form unterstützt die Bundesregierung aktuell die bundesweite Implementierung der Maßnahmen nach dem Projekt „ReduFix“?
14. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse und Daten zur Reduzierung von FEM in der Altenpflege durch Anwendung des so genannten Werdenfelser Weges vor?
Wenn ja, welche sind dies?
Wenn nein, welche Bestrebungen seitens der Bundesregierung gibt es, die Anwendung des „Werdenfelser Weges“ zu evaluieren?
15. Wie viele Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger im Sinne des „Werdenfelser Weges“ sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Deutschland eingesetzt?
16. Inwiefern kommt es, wie vereinzelt von Betreuungsvereinen und auch Richterinnen und Richtern beschrieben, nach Kenntnis der Bundesregierung bei der Anwendung des „Werdenfelser Weges“ zu einer Senkung der mechanischen freiheitsentziehenden Maßnahmen, aber zu einer Erhöhung der chemischen Fixierungen?
17. Welche öffentlich geförderten Forschungs- und bzw. oder Praxisprojekte auf Bundes- und Landesebene sind der Bundesregierung bekannt, mit denen wissenschaftliche Erkenntnisse zur Anwendung von Maßnahmen formellen und informellen Zwangs in der Altenpflege sowie zur Vermeidung solcher Maßnahmen generiert werden sollen?

18. a) Inwieweit sind die Themen „Zwang“ und bzw. oder „freiheitsentziehende Maßnahmen“ Bestandteil der Ausbildungscurricula in den Pflegeberufen, Pflegehilfsberufen wie auch des ärztlichen Studiums?
 - b) Inwieweit werden dabei Kenntnisse über die gesundheitlichen, pflegerischen, medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen zur Anwendung von FEM vermittelt sowie auch Strategien zur Vermeidung von FEM gelehrt?
 - c) Welche Strategien verfolgt die Bundesregierung, um diese Themen in den Ausbildungscurricula zu verankern bzw. zu stärken?
19. Welche – ggf. verpflichtenden – Schulungsmaßnahmen für bereits ausgebildete Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte sowie Ärztinnen und Ärzte zur Vermittlung von Kenntnissen über die gesundheitlichen, pflegerischen und rechtlichen Voraussetzungen zur Anwendung von FEM sowie zum Erlernen von Strategien zur Vermeidung von FEM gibt es?
20. In welchem Umfang werden diese nach Kenntnis der Bundesregierung in Anspruch genommen, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um solche Schulungsangebote zu stärken und ihre Inanspruchnahme zu fördern?
21. Inwieweit werden nach Kenntnis der Bundesregierung Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter über die Reduzierung von FEM geschult bzw. fortgebildet?
22. a) Welche Aufklärungs- und Schulungsangebote gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung für pflegende Angehörige zur Vermittlung von Kenntnissen über die gesundheitlichen, pflegerischen und rechtlichen Voraussetzungen zur Anwendung von FEM sowie zur Erlernung von Strategien zur Vermeidung von FEM?
 - b) In welchem Umfang werden diese nach Kenntnis der Bundesregierung in Anspruch genommen, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um solche Angebote zu stärken und ihre Inanspruchnahme zu fördern?
23. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in wie vielen Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten in Deutschland die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ offiziell handlungsleitend ist?
24. a) Was sind aus Sicht der Bundesregierung die zentralen Inhalte und Erkenntnisse der Berichte der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter bezüglich der Situation in Pflegeeinrichtungen?
 - b) Welche konkreten Handlungsbedarfe in den Einrichtungen beschreibt die Nationale Stelle in den Berichten?
 - c) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Berichten und Empfehlungen der Nationalen Stelle, und welche Maßnahmen gedenkt sie zur Umsetzung dessen zu ergreifen?
25. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, z. B. in Form von Schulungen, damit Verfahrenspfleger im Rahmen von FEM-Verfahren auch pflegerische Grundkenntnisse erlangen, um die Notwendigkeit von FEM bzw. Alternativen besser einschätzen zu können, und wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 27. Juni 2017

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

