

Gefährdungen der Selbstbestimmung und der Teilhabe in der stationären Pflege

25. Januar 2019

Symposium der BAG Mobile Rehabilitation in Berlin

Uwe Brucker, PEA e.V., Essen

Merkmale und Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern

- Weiblich
- bei Einzug > 85 Jahre alt
- multimorbid oft mit chronischer Krankheit
- zu 70 % kognitiv verändert
- i.d.R. nicht freiwillig im Heim
- Bedarf an langfristig angelegter und kontinuierliche Versorgung

Langfristig angelegte und kontinuierliche Versorgung

Chronische Erkrankungen stehen in Wechselwirkung mit

- Körperlichen
- Psychischen
- Sozialen
- Finanziellen Beeinträchtigungen

Monoprofessionelle Versorgung greift hier zu kurz.

Zusammenarbeit von Pflege und Medizin u.a. therapeutischen Berufen im Heim

Neue Formen der integrierten Versorgung unter Einbeziehung der Pflege schaffen, um auch das folgende gravierende Problem einzudämmen

Mängel in der medikamentösen Versorgung im Heim

→ Rechtlich gefordert ist bei psychotroper Medigabe:

	Rechtlich gefordert	Praxis im Heim
Indikationsstellung	durch Arzt	durch die Pflege
Heilbehandlung	durch Arzt	Unruhig, agitiert
Aufklärung 630dff BGB	durch Arzt	?
Einwilligung	Patient/Stellvertreter	?
Dosiserhöhung	informed consent	?

Bei Zweifeln, ob Medigabe im Rahmen einer Heilbehandlung erfolgt:
Prüfung der Voraussetzungen des § 1906 Absatz 4 BGB: FEM

§ 630d Absatz 1 BGB als Ausdruck der Selbstbestimmung

Satz 1 BGB (Einwilligung)

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Satz 2 BGB:

Ist der Patient **einwilligungsunfähig**, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.

Einwilligung des Betreuers bei psychotropen Medikamenten??

§ 630 e Absatz 5 BGB

Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 (= bei einwilligungsunfähigen Patienten) sind **die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern**, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 (Unaufschiebbarkeit) gilt entsprechend.

Thesen des Werdenfelser Wegs

These: Medikamente sind dann eine Freiheitsentziehung, wenn ohne

- präventive,
- palliative,
- kurative oder
- rehabilitative Zwecksetzung

gezielt die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt wird.

These : Beschränkt sich der therapeutische Zweck (ohne präventive, kurative, palliative oder rehabilitative Zwecksetzung) auf eine reine Symptomkontrolle, so muss konkret hinterfragt werden, ob das zu kontrollierende Symptom im Bewegungsdrang und körperlicher Unruhe des Patienten (und somit mit Bezug zu seiner Fähigkeit zur Aufenthaltsänderung) besteht.

Thesen des Werdenfelser Wegs

These : Indiz: die medikamentöse Behandlung stellt eine Alternative zu einer anderen Art von Freiheitsentziehung dar, wie z. B. mechanischen Fixierungen, bzw. wird ergänzend dazu angeordnet.

These : Oft lässt sich aus „Problemschilderung“ zur Medigabe, ablesen, ob es dabei um die Kontrolle von Symptomen geht oder um andere (therapeutische) Zielsetzungen. Im Vordergrund steht in der Regel nicht der Leidensdruck des Betroffenen, sondern der des Umfelds.

Die Freiheitsentziehung durch Medikation ist u.a. gekennzeichnet durch

- Die Medikation erfolgt nicht innerhalb eines Therapieplanes
- Und wenn: findet eine Abwägung von erwartbarem therapeutischem Erfolg und dem möglichen Schaden für den Patienten statt??
- In Deutschland ausgeblendet: Zusammenhang von Personaleinsatz (quantitativ und qualitativ), Pflegebedarf und Medikation von psychotropen Arzneimitteln in der Langzeitpflege v.a. im Nachtdienst.

Personaleinsatz (quantitativ und qualitativ), Pflegebedarf und Medikation

- Heimbewohner sind pflegeabhängig, multimorbid, viele Palliativpatienten
- Der zeitliche Pflege- und Betreuungsbedarf ist deutlich höher als bei immobilen (sog. bettlägerigen) Patienten
- Der unbestrittene Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen → hohe Belastung der Pflegenden,

V.a. forderndes Verhalten → bedarf fachlicher Kompetenz

Hier kommen oft psychotrope Medikamente zum Einsatz

Keine Zeit für Zuwendung und Aufmerksamkeit in der Pflege von MmD

„Störung“ wird mit psychotropen Medikamenten ausgeschaltet D. Deufert (2009)
Ruhe für die Abläufe in den Wohnbereichen wird hergestellt: man braucht weniger Personal: Pille ersetzt Beziehung (Hirsch 2012)

Es gibt dazu Rspr. in Österreich:

FEM auch dann, wenn Medigabe, um Pflege zu erleichtern oder um Ruhe auf Station herzustellen (LG Wels zu 21 R 253/07s vom 25.7.2007)

Ein anderer Aspekt wird von der österreichischen Rechtsprechung aufgegriffen:

Der individuelle Schlaf des zu Pflegenden

Der Schlaf des zu Pflegenden wird medikamentös beeinflusst

Beginn der Bettruhe im Pflegeheim: 19 Uhr

Ende der Bettruhe im Pflegeheim: 7 Uhr

Schlafbedürfnis eines hochaltrigen Menschen: ca. 6 Stunden

d.h. nach Mitternacht sind viele ausgeschlafen, werden unruhig, wollen aufstehen: ■■■➔ Bedarfsmedigabe ?

Sturzhäufigkeit und Zeiten: früher Nachmittag und nach Mitternacht

Personaldichte im Nachtdienst: 1: 50, 1:60 und deutlich schlechter

Projekt der Heimaufsichtsbehörde München (2013)

- Problem der Bedarfsmedikation: 10 % der Bewohner;
- 74% abends; 2/3 nachts
- Psychopharmaka nachts: Schlaf, Angst, pauschal „Unruhe“ wird behandelt

Ergebnisse:

- „zu schnell und zu viel Psychopharmaka“
- „Verdacht liege nahe, dass Heime ihren Personalmangel mit Medikamenten kompensieren“(Süddeutsche Zeitung vom 28.6.2013)

Weitere Informationen

www.pea-ev.de

Uwe-Brucker@t-online.de