

## Projektbericht

# Fixierungsfallgeschichten

»Reduktion körpernaher Fixierung bei demenziell veränderten Menschen in stationären Einrichtungen des Kreises Aachen«



## Abschlussbericht über das Projekt:

»Reduktion körpernaher Fixierung bei demenziell veränderten Menschen in stationären Einrichtungen des Kreises Aachen«

## Kurztitel:

»Fixierungsfallgeschichten im Kreis Aachen«

## Zitation:

Isfort, M., Borutta, M. (2008): Fixierungsfallgeschichten im Kreis Aachen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Amt für Altenarbeit Kreis Aachen (Hrsg.). Köln, Aachen

Umschlag: dip

Foto: Gerd Altmann/ pixelio

© 2008 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln

*»So einfach, wie die da draußen denken,  
machen wir es uns hier drinnen nicht!«*

(Mitarbeiterin im Interview)

## **Ansprechpartner im Projekt**

Michael Isfort  
Dipl.-Pflegerwissenschaftler  
Stellvertretender Geschäftsführer  
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung  
e.V. (dip)  
Hülchrather Straße 15  
50670 Köln

Telefon: 0221 / 46861-30  
E-Mail: m.isfort@dip.de

Heinz Müller  
Amtsleiter des Amtes für Altenarbeit  
des Kreises Aachen  
Amt für Altenarbeit des Kreises Aachen  
Mauerfeldchen 29  
52146 Würselen

Telefon: 0241 / 5198-5421  
E-Mail: Heinz-Mueller@Kreis-Aachen.de

Manfred Borutta  
Pflegerwissenschaftler (MSc), Dipl.-Pfleger  
Fort- und Weiterbildung des Amtes für Altenarbeit  
Amt für Altenarbeit des Kreises Aachen  
Mauerfeldchen 29  
52146 Würselen

Telefon: 0241 / 51 98 54 12  
E-Mail: Manfred-Borutta@kreis-aachen.de

Der vorliegende Abschlussbericht ist unter der Mitwirkung der Heimaufsicht des Kreises Aachen (Amt für Soziale Angelegenheiten, A 50) sowie – für den rechtlichen Teil – des Direktors des Amtsgerichts Heinsberg, Herrn Dr. Dieter Meier, entstanden.

## Inhaltsverzeichnis

Einführung .....	5
Projektanlass und Aufgabenteilung im Projekt.....	5
Aufbau des Projektberichts.....	6
Fixierung – ein weltweites Thema.....	10
Zur Rechtssituation.....	10
Zur Literatur.....	19
Die Projektergebnisse.....	25
Ergebnisse aus den Gesprächen mit Führungskräften.....	25
Ergebnisse aus den Gesprächen mit Mitarbeitern.....	26
Pfleger als Initiatoren von Fixierungen.....	27
Weitere Ergebnisse.....	28
Vorerfahrungen im Beruf .....	28
Begründungen für eine Fixierung.....	30
Teamstruktur.....	31
Kreativität / Ideen.....	32
Nachwachenproblematik.....	33
Risikobereitschaft.....	33
Systematisierung der Bewohnerbeobachtung.....	34
Weitere Ergebnisse.....	35
Grundlagen des Schulungskonzepts.....	38
Ergebnisse von Schulungsaspekten.....	42
Fallgeschichten.....	44
Bewohner 1.....	45
Bewohner 2.....	45
Bewohner 3.....	46
Bewohner 4.....	48
Bewohner 5.....	48
Zusammenfassung und abschließende Beurteilung.....	49
Empfehlungen.....	51
Anhang.....	53
Ergebnisse des Pretests der Schulungskonzeption.....	53
Abwägungsprozess zur Vermeidung von Maßnahmen.....	57
Fach und sachgerechte Umsetzung begründet notwendiger Maßnahmen.....	58
Verfahrensweisung: Freiheitsentziehende Maßnahmen.....	59
Wissenschaftliche Instituts- und Methodenbeschreibung.....	63
Verwendete Literatur.....	65

## **Einführung**

### **Projektanlass und Aufgabenteilung im Projekt**

Mit Antrag vom 17.08.2006 beauftragten die CDU-Kreistagsfraktion und die GRÜNE-Kreistagsfraktion die Verwaltung, in Kooperation mit einem fachlich erfahrenen Forschungsinstitut ein Projekt zur Reduktion von körpernahen Fixierungen bei demenziell erkrankten Menschen in stationären Einrichtungen durchzuführen. Die Pflegekonferenz (Sitzungsvorlage PFK 23/06) des Kreises Aachen und der Seniorenbeirat (SEN 213/06 und 213/06 E) des Kreises Aachen begrüßten den Antrag und beschlossen jeweils einstimmig das Projekt durchzuführen und den Kreisausschuss zu beauftragen, entsprechende Haushaltsmittel zur Finanzierung des Projekts für das Jahr 2007 bereitzustellen. Nach weiteren Beratungen der zuständigen Gremien (s. Sitzungsvorlagen SEN 025/2007 und SEN 099/2007) und einem Ausschreibungsverfahren empfahl die Kreisverwaltung den entscheidungsbefugten Gremien das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln in Kooperation mit dem Amt für Altenarbeit mit der Projektdurchführung zu betrauen.

Gemeinsam mit dem Amt für Altenarbeit sowie der Heimaufsicht des Kreises Aachen wurde in einem Erstgespräch eine Verständigung über die Rollen und Funktionen im Projekt vorgenommen. Dem dip oblag dabei die Aufgabe, die angesprochenen Interviews in den Einrichtungen zu führen, damit für die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie für die Einrichtungen der Schutz der Anonymität gewährleistet werden konnte. Ferner oblag die Verantwortung für Durchführung und Planung einer Bildungsmaßnahme (Pretest) beim Amt für Altenarbeit (Fort- und Weiterbildung). Die Heimaufsicht bot an, beratend und unterstützend im Projekt tätig zu werden. Mit der Vorlage 262/07 wurde der Seniorenbeirat am 30.10.2007 darüber informiert, dass die Kooperationspartner (dip und Amt für Altenarbeit) im Sinne des Antrags der beiden Fraktionen (s. o.) darin überein gekommen sind, einen pflegewissenschaftlichen Forschungsansatz zu wählen, der die Ursachen der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen ebenso untersuchen soll, wie die Anlässe zur Entfixierung (Aufhebung von Fixierungen).

Die Projektaufaktveranstaltung fand am 14.08.2007 im Senioren- und Betreuungszentrum des Kreises Aachen (SBZ) in Eschweiler mit über 70 Interessenten aus den Einrichtungen und Diensten im Kreis Aachen statt. Daraufhin bekundeten 13 stationäre Einrichtungen ihr Interesse an einer Mitwirkung im Rahmen des vorgestellten Projekts. Da lediglich acht Einrichtungen berücksichtigt werden konnten, musste vom Amt für Altenarbeit nach Rücksprache mit der Heimaufsicht des Kreises Aachen eine Auswahl nach sachlichen Erwägungen getroffen werden. Mit diesen acht Einrichtungen fand Ende September 2007 im Amt für Altenarbeit eine erste Abstimmung zur weiteren Durchführung des Projekts und der konkreten Beteiligung der Einrichtungen statt. Keine bewohner-, mitarbeiter- oder einrichtungsbezogenen Daten wurden weitergeleitet.

Zwischen Januar und März 2008 führte das dip hierzu in den acht ausgewählten Einrichtungen Interviews mit Pflegekräften und Leitungskräften der Einrichtungen durch und wertete fallbezogen einzelne Pflegedokumentationen aus.

Auf der Basis dieser Untersuchung hat das dip in Abstimmung mit dem Amt für Altenarbeit den vorliegenden Forschungsbericht erstellt, der wiederum die Grundlage für eine Neuentwicklung von Schulungsmaßnahmen darstellen soll.

Zu zwei Zeitpunkten im Projekt fand ein Arbeitstreffen der Beteiligten statt, in denen über den Projektverlauf seitens des dip berichtet wurde. Darüber hinaus wurden mit dem Amt für Altenarbeit methodische Hinweise zur Evaluation der Bildungsmaßnahme erörtert und es wurden erste Hinweise für mögliche Änderungen im bestehenden Schulungsansatz gegeben.

## **Aufbau des Projektberichts**

Anders als typische Forschungsberichte, ist der vorliegende Projektabschlussbericht nicht ausschließlich als ein Bericht über eine wissenschaftliche Arbeit und die aufgefundenen Ergebnisse zu betrachten. Er ist auch kein klassischer Forschungsbericht, der für andere Forscher geschrieben wurde. Er soll vielmehr als Bericht vor allem denen zur Verfügung stehen, die nicht alltäglich mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden konfrontiert sind. Das können Betroffene, Angehörige, Interessierte oder politisch arbeitende Personen, aber auch Pflegende sein, die von dem Projekt gehört haben, sich hierfür interessieren, es be- und gefördert oder sogar daran teilgenommen haben.

Der Bericht ist daher auch als eine Einführung in das Thema zu verstehen. Er soll sensibilisieren und aufmerksam machen, damit die Bedeutung für die Menschen und die Mitarbeiter und die auftretenden Schwierigkeiten in der Praxis auch für diejenigen nachvollziehbar werden, die nicht jeden Tag mit Situationen konfrontiert werden, in denen eine so schwerwiegende Entscheidung getroffen werden muss wie die, ob eine freiheitsentziehende Maßnahme bei einem Bewohner durchgeführt werden soll oder nicht. Vielfach sind hier Dilemma-Situationen gegeben, aus der nur unterschiedlich schlechte Lösungen heraus führen. Pflegende empfinden dies nicht selten als stark belastend, fühlen sich häufig nicht entsprechend unterstützt und nehmen ein „schlechtes Gewissen“ mit nach Hause.

Darüber hinaus soll der Bericht für Pflegeeinrichtungen eine konkrete Arbeitshilfe darstellen, denn dafür wurde das Projekt durchgeführt – der praktische Nutzen stand somit im Vordergrund und nicht das Erkenntnisinteresse oder die Methodik im verwendeten Studiendesign. Der Bericht soll auch und gerade von den Einrichtungen gelesen und genutzt werden, die 2007 noch keinen Mut hatten, sich an dem Projekt zu beteiligen, die nicht teilnehmen konnten oder die gerne teilgenommen hätten, aber im Rahmen des Auswahlverfahrens nicht teilnehmen konnten.

Die Veröffentlichung dieses Berichts und die gewählte Form seiner Darstellung sind verbunden mit der Hoffnung, dass sich anhand der Ergebnisse dieses Projektes offene und nicht anklagende Diskussionen in den Pflegeeinrichtungen führen lassen. Er soll also auch denen helfen, die wissen, dass sie bezüglich der Problematik der Fixierung einen Verbesserungsbedarf haben. Ihnen sei Mut gemacht, offen und ohne Schuldzuweisung über dieses Thema zu sprechen. Dass dies durchaus möglich ist, haben in den acht Einrichtungen insgesamt fast 50 Pflegende bewiesen, denen der Dank für ihre Offenheit gebührt. Ohne sie gäbe es schließlich keine oder sehr andere Ergebnisse, die diesem Bericht zugrunde liegen.

Es wird versucht, das Projekt auf eine eingängige Art und Weise zu beschreiben und die Ergebnisse vor allem in ihrer Bedeutung vorzustellen und zu diskutieren. Wir haben uns darum bemüht, die Sprache an einer möglichst breiten Leserschaft auszurichten, also auf Fremdworte (Fachtermini) zu verzichten wo es möglich war, sie zu erläutern, wo es notwendig erscheint. Gänzlich wurde auf gängige Standards (der wissenschaftlichen Verschriftung) in diesem Bericht aber nicht verzichtet und durfte auch nicht verzichtet werden. So gibt eine Literaturbeschreibung einen Überblick über ausgewählte Studienergebnisse und Hinweise zur derzeitigen Bewertung der Lage. Die Zitate und zitierten Ergebnisse werden mit den entsprechenden Verfassern und Autoren ausgewiesen (Fußnoten). Dennoch mag das grundsätzliche Vorgehen dieser Berichterstellung dem einen oder anderen (Wissenschaftler) eher unwissenschaftlich erscheinen – das wird bewusst in Kauf genommen.

Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass der gewählte Schreibstil und die Ausrichtung dieses Abschlussberichtes nichts von der Ernsthaftigkeit des Anliegens dieser Untersuchung und der Arbeit nehmen. Das Thema ist von herausragender Bedeutung. Mit diesem Bericht ist die Hoffnung verbunden, dass das Thema in den Einrichtungen weiterhin diskutiert wird und am Leben bleibt. Eine Leitung einer Einrichtung, in der selbst bei keinem Bewohner eine körpernahe (Bauchgurt oder Schultergurt) Fixierung vorlag, formulierte auf die Frage, warum sie denn dann mit der Einrichtung an dem Projekt hatte teilnehmen wollen, dass genau dies der Grund dafür sei.

*„Man muss immer und immer wieder über das Thema reden, es in der Diskussion halten, damit die Sensibilität erhalten bleibt. Das ist unsere feste Überzeugung“.*

Wenn der Bericht dazu beitragen kann, ist der Sache ein Dienst erwiesen worden.

Auf die Idee zu dieser Art Berichterstattung kam Michael Isfort (dip), weil er auf einer der zahlreichen Fahrten hin zu einer Einrichtung mit einer Taxifahrerin in Kontakt kam. Er sprach mit der Taxifahrerin über das Ziel der Fahrt, über die Perspektive selber einmal alt zu sein und in einer stationären Altenhilfeeinrichtung ziehen zu müssen. Als Michael Isfort ihr das Thema des Projektes mitteilte, merkte er ein Unbehagen bei der Taxifahrerin. Sie sagte, dass sie dies (Fixierungen) so furchtbar fände und dass es nötig sei, dass „da mal jemand nachschaut“. Denn, so war ihre Meinung, man erfährt so etwas ja nie und „...in den Einrichtungen herrschen schlimme Zustände, die niemand kontrolliert.“

Hieraus entstanden zwei zentrale Gedanken:

- (1) Man erfährt als interessierter Bürger tatsächlich selten etwas von Projekten und Forschungen im eigenen Umfeld, so lange Forschungsberichte nur für einen kleinen Kreis an Experten geschrieben und von einem kleinen Kreis anderer Experten gelesen werden.
- (2) Es wird zwar bereits zahlreich, von ganz unterschiedlichen Instanzen unabhängig und genau kontrolliert – es wird nur zu selten ausgewogen darüber berichtet.

Der Anspruch ist, dies mit diesem Projekt zu ändern. Im Anhang an diesen Bericht sind ein Vorschlag für eine Verfahrensweisung und zwei Ablaufdiagramme enthalten, die eine Arbeitshilfe für das Management und die Pflegefachkräfte in den Einrichtungen darstellen und die für die eigene Reflexion und Arbeit genutzt werden können. Entstanden sind diese Hilfen einerseits aus den Erfahrungen mit dem Thema Risikomanagement<sup>1</sup> in den hierzu seit 2006 laufenden Weiterbildungsseminaren der Fort- und Weiterbildung des Amtes für Altenarbeit und andererseits aus zahlreichen innerbetrieblichen Schulungen und Beratungstätigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes. Sie stellen keine standardisierten Handlungsschemata dar, sondern vielmehr gedankliche Anregungen für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Abwägung des Pro und Contra freiheitsentziehender Maßnahmen

Zum einen wird eine Abwägungshilfe an die Hand gegeben, die bei dem Nachdenken über mögliche Alternativen eine Rolle spielen kann. Des Weiteren wird ein konkretes Flussdiagramm bei der Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme an die Hand gegeben, das Sicherheit in der Abfolge zu beachtender Aspekte vermitteln soll. Diese Abläufe in der täglichen Arbeit zu berücksichtigen, können eine konkrete Verbesserung darstellen, weil sie für die beteiligten Akteure (Pflegekräfte, Betreuer etc.) eine abgestimmte Vereinheitlichung in der Vorgehensweise beinhalten. Die Flussdiagramme werden derzeit und zukünftig auch im Rahmen von Schulungen in den Pflegeeinrichtungen im Kreis Aachen verwendet und sind Teil einer Fachpublikation über Risikomanagement in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, die in vielen der besuchten Einrichtungen, vorlag.<sup>2</sup>

Nicht verschwiegen werden aber soll auch, dass durch das Projekt Probleme aufgedeckt wurden, die nicht durch einen Bericht oder Arbeitshilfen zu beseitigen sind. Es sind vor allem unterschiedliche Abstimmungsschwierigkeiten aus Sicht der Einrichtungen mit Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes, Mitarbeitern der Heimaufsicht und auch mit unterschiedlichen Rechtspflegern und Richtern und ihren differenten Interpretationen und Meinungen. So wird beispielsweise eine Eindeutigkeit hinsichtlich der Anforderungen dokumentatorischer Formulierungen (Protokolle in der Pflegedokumentation und deren Inhalte und Formulierungen) vermisst. Gleiches gilt auch für das Antrags- und Genehmigungsprozedere. Auch hier werden durch unterschiedliche Auslegungen hin-

---

<sup>1</sup> Vgl. Saßen, Borutta, Lennefer: Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche, Hannover 2007

<sup>2</sup> Saßen et al. 2007

sichtlich der Frage, was genehmigungspflichtig ist und was nicht, unterschiedliche Anforderungen formuliert. Es sind dabei nicht so sehr die generelle Notwendigkeit zur Dokumentationspflicht oder aber die generelle Antragspflicht, die Probleme bereiten (das wird von allen Befragten ausdrücklich begrüßt!), aber durch die unterschiedliche Anforderungen werden für die Mitarbeiter in der Praxis Unsicherheiten geschaffen, die unnötig sind und vermeidbar erscheinen (vgl. Empfehlungen). Vielleicht kann der Bericht ein Anstoß sein, dies zu diskutieren und zu ändern.

Allen Beteiligten sei für die Unterstützung, die sie in diesem Projekt geleistet haben, ausdrücklich gedankt!

Für das dip:  
Michael Isfort,

Köln, September 2008

Für das Amt für Altenarbeit:  
Manfred Borutta

Würselen, September 2008

## Fixierung – ein weltweites Thema

In den vergangenen Jahren ist eine große Sensibilisierung bezüglich des Themas „*Qualität der pflegerischen Betreuung und Versorgung in stationären Altenhilfeeinrichtungen*“ zu verzeichnen. In zahlreichen Medienberichten wurde (jedoch meist sehr einseitig) über Missstände berichtet; früher nur von Insidern beachtete Ergebnisse der Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände<sup>3</sup> wurden zu Schlagzeilen und Aufmachern für die Boulevardpresse. Diese starke Erhöhung der Aufmerksamkeit ist insgesamt zu begrüßen, denn sie lenkt den Fokus auf ein zentrales soziales und auch zwischenmenschliches Problem: Wie geht eine zivilisierte Gesellschaft mit den Schwächsten in ihrer Gemeinschaft um?

Eine der schlimmsten Vorstellungen überhaupt ist es, sich nicht selbst bewegen zu können, nicht entscheiden zu dürfen, in welche Richtung es gehen soll und an einen Ort gebunden zu sein, an dem man nicht sein möchte. Fixiert in einer Körperstellung, unfähig, sich selbst zu befreien. Verstärkt wird das dann unweigerlich aufkommende Ohnmachtsgefühl noch, wenn man sich vergegenwärtigt, dass vielfach die Personen, die in stationären Altenhilfeeinrichtungen fixiert werden, nicht für sich selbst entscheiden können und die Maßnahme zwar spüren, jedoch nicht immer verstehen, einordnen oder beurteilen können. Verstehens- und Beurteilungsprozesse aber bilden die wesentliche Grundvoraussetzung, um eine Situation abzuwägen, für sich entscheiden und letztlich auch akzeptieren zu können.

### Zur Rechtssituation

Fixierungen stellen einen fundamentalen Eingriff in das in der Verfassung garantierte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit dar (*Art. 2, Abs. 1 Satz 1 GG*). Deshalb bedarf ihre Anwendung stets der Grundlage eines förmlichen Gesetzes und der Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen (*Art. 104 Abs. 1 Satz 1 GG*). Wiederholte und regelmäßige Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen bedürfen als Freiheitsentziehungsmaßnahmen zudem der richterlichen Anordnung (Richtervorbehalt); sind also weder von Pflegenden, Angehörigen, nicht einmal von gesetzlich bestellten Betreuerinnen und Betreuern ohne Genehmigung durch das zuständige Vormundschaftsgericht als legal zu betrachten (*Art. 104 Abs. 2 GG*).

Die Fixierung eines Menschen erscheint dennoch in bestimmten Situationen als letzte Möglichkeit (*ultima ratio*), wenn Menschen sich selbst oder andere gefährden. Denn gleichwertig zum Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (dem Selbstbestimmungsrecht) hat der Grundgesetzgeber das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gesetzt (*Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG*). Der Bundesgerichtshof (BGH) hat das damit einhergehende fallbezogene Abwägungsgebot in einem Urteil vom 17.07.2005 nochmals deutlich hervorgehen:

---

<sup>3</sup> MDS e.V. 2007

*„In jedem Einzelfall ist unter Berücksichtigung des körperlichen und geistigen Zustands sowie der Würde des einzelnen Heimbewohners abzuwägen, welche seiner Sicherheit dienenden Maßnahmen als verhältnismäßig angesehen werden kann. Dabei sind stets therapeutische Zielvorstellungen zu beachten.“ (BGH Urt. V. 14.07.2005 – III ZR 391/04)*

Als von Art. 104 Abs. 1 GG geforderte Gesetzesgrundlagen kommen die Landesunterbringungsgesetze (UBG/PsychKG)<sup>4</sup> sowie das Betreuungsrecht (im 4. Buch des BGB – Familienrecht) in Betracht. Im Gegensatz zum Unterbringungsrecht regelt das Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) primär das Wohlergehen des psychisch erkrankten Menschen<sup>5</sup>. Es stellt die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen materiell (§ 1906 Abs. 4 BGB) und formell (§§ 70 ff FGG)<sup>6</sup> unter hohe Auflagen.

Die Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit einer Person kann somit als freiheitsentziehende Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB juristisch durch einen Beschluss des Vormundschaftsgerichts zwar **legalisiert** werden. **Legitimiert** ist sie damit jedoch noch nicht. Dies ist ein bedeutungsvoller Unterschied, auf den in der Fachliteratur (vgl. u. a. Klie, Becker, Koczy sowie Saßen, Borutta, Lennefer) zunehmend hingewiesen wird.<sup>7</sup>

Abzugrenzen davon und nicht als freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des § 1906 BGB zu werten sind Eingriffe von geringer Intensität und/oder Dauer in die persönliche Bewegungsfreiheit. Diese – einmaligen bzw. kurzfristigen – Eingriffe werden eher mit dem Begriff der freiheits einschränkenden Maßnahme (im Sinne des rechtfertigenden Notstands gem. § 34 StGB) bezeichnet (z. B. nur einmaliges, während der Körperpflege oder des Lagerns erfolgtes kurzfristiges Hochziehen von Bettgittern). Der Straftatbestand der Freiheitsberaubung gemäß § 239 StGB entfällt jedoch nur, wenn den Maßnahmen entweder eine Einwilligung des Betroffenen oder eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (bei einwilligungs~~un~~fähigen Menschen) zugrunde liegt. Voraussetzung zur Erteilung einer Einwilligung (im Sinne der Wahrnehmung eigener Interessen) ist dabei stets eine vorausgehende Aufklärung über die anstehende Maßnahme sowie die Klärung der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen.

Bei zu vermutender Einwilligung~~un~~fähigkeit ist von der Pflegeeinrichtung oder dem Betreuer/Bevollmächtigten ein fachärztlicher Attest (§ 70e FGG) einzuholen, aus dem die relevanten Untersuchungsergebnisse (z.B. Feststellung einer Demenz im bereits fortgeschrittenen Stadium), eine Anamnese feststellung (Krankheitsverlaufsgeschichte) sowie eine Beurteilung der Folgen der zugrunde liegenden Erkrankung (Gründe für die Notwendigkeit der empfohlenen freiheitsentziehenden

<sup>4</sup> In NRW das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.12.1999 i.d.F. vom 05.04.2005

<sup>5</sup> Die UBG haben sowohl den Schutz des Betroffenen (Eigengefährdung) als auch den Schutz Dritter (Nachbarn, Angehörige etc.; Fremdgefährdung) zum Ziel

<sup>6</sup> FGG: Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit

<sup>7</sup> Vgl. u.a. Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg 2006

den Maßnahme) hervorgehen müssen. Das Attest ist von einem Arzt (in der Regel einem Neurologen, Psychiater) auszustellen.<sup>8</sup> Der fachlichen Leitung der Pflegeeinrichtung (Pflegedienstleitung) steht zudem gemäß § 70d FGG ein Mitwirkungsrecht bei diesem Klärungsprozess zu; dieses kann von der Pflegedienstleitung auf z.B. die Bezugspflegekraft jederzeit delegiert werden. Die Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit ist damit eine interdisziplinäre Aufgabe, an der (Fach-)Ärzte, Pflegefachkräfte, Betreuer/innen und das Vormundschaftsgericht mitwirken.

Für die Legalisierung stellt stets das örtlich zuständige Vormundschaftsgericht die entscheidungsbefugte Instanz dar. Dort ist die Genehmigung vom Betreuer/Bevollmächtigten zu beantragen. Für die Legitimierung der Maßnahmen – auf der Grundlage einer vorliegenden vormundschaftsrechtlichen Genehmigung – sind bestellte Betreuer/innen/Bevollmächtigte, Pflegefachkräfte und ggf. Ärzte zuständig. Ein weit verbreiteter Irrtum besteht in diesem Zusammenhang darin, dass eine einmal vorliegende vormundschaftsgerichtliche Genehmigung bestimmter freiheitsentziehender Maßnahmen stets auch ihre dauerhafte Anwendung zur Folge haben muss. Nach § 70 f Nr. 3 FGG kann die Maßnahme auf maximal 2 Jahre befristet werden. Die Entscheidung über den „Gebrauch“ der Genehmigung obliegt im Rahmen des Legitimierungsprinzips den o.g. Personen. Diese können fall- und situationsbezogen von einer erteilten Genehmigung Gebrauch machen, andererseits müssen sie die Maßnahme beenden, wenn ihre Voraussetzungen entfallen.

Festzuhalten ist: Fixierungen von Menschen sind per se juristisch bedeutsame Tatbestände und stellen nicht eine, bereits durch eine medizinisch oder pflegerisch formulierte Diagnose, hinreichend begründete Maßnahme dar. Sie bedürfen nur in ganz seltenen und eher als Ausnahme zu betrachtenden Fällen keiner richterlichen Genehmigung!

Obwohl sie dies weder selbst anordnen noch ärztlich dauerhaft verordnet bekommen können, fallen die Durchführungen von Fixierungen in das Aufgabengebiet von Pflegenden.<sup>9 10</sup> Damit stellt dieser Tätigkeitsbereich eine absolute Besonderheit dar und deswegen herrscht hier, wie bei keiner anderen Maßnahme, eine große Unsicherheit bezüglich des richtigen Umgangs. Während eine Medikamentengabe klar ärztlich verordnet wird oder pflegerische Prophylaxen (Tätigkeiten, die dazu dienen, dass eine Krankheitsfolge nicht auftritt) selbstständig erbracht werden, ist in diesem Bereich eine dritte Instanz im Spiel: Das Vormundschaftsgericht. Und das regelt nur die potenzielle Möglichkeit zur Einschränkung der Freiheit in klar beschriebenen Grenzen und mit entsprechenden Methoden; es bestimmt nicht, dass dies immer und zu jeder Zeit so zu geschehen hat.

In pflegfachlichen Veröffentlichungen wird bemängelt, dass Fixierungen durch beständige Wiederholung und Regelmäßigkeit in der Ausübung schnell zu einer „regulären Pflegemaßnahme“

---

<sup>8</sup> Es sei in diesem Zusammenhang zur Begründung des gesetzgeberischen Anliegens, primär auf einen Facharzt abzustellen, auf die in verschiedenen Studien dargelegten bedenklich erscheinenden Diagnose- und Therapiefähigkeiten von Allgemeinmedizinern (Hausärzten) im Umgang mit Demenzerkrankungen (vgl. im Überblick: BMG: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2002, S. 232 – 236

<sup>9</sup> Korte-Pötters, Wingenfeld 2005

<sup>10</sup> Borutta 2000

werden, die einfach durchgeführt und nicht mehr reflektiert angewendet wird. Nicht selten wird dies sogar im Pflegeplan dokumentiert (also geplant) und somit zu einer wiederkehrenden verschrifteten „pflegerischen Tätigkeit“. Dies steht in einem krassen Widerspruch zu einer sorgfältigen und immer wieder neu zu treffenden Abwägung der Situation und dem Treffen einer begründeten Einzelfallentscheidung. Dies gilt auch, wenn eine richterliche Legalisierung oder eine ärztliche Anordnung besteht (die nicht für einen längeren Zeitraum gelten darf!).

*„Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie das Einschließen, das Angurten oder das Verabreichen ruhigstellender Medikamente, können eine schwerwiegende Belastung darstellen und gesundheitliche Gefahren mit sich bringen. Deshalb muss während der Dauer der Maßnahme eine kontinuierliche Beobachtung durch dafür qualifizierte Personen gewährleistet sein. Ferner ist regelmäßig zu prüfen, ob die Maßnahme noch erforderlich bzw. gerechtfertigt ist.“<sup>11</sup>*

Doch auch, wenn immer und überall eine Einzelfallprüfung angewendet werden würde:

Von einem vollständigen Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen in der gesamten Pflege- und Versorgungslandschaft kann nicht ausgegangen werden. Das Problem der Freiheits Einschränkung betrifft schließlich neben der Versorgung von Bewohnern in den vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe, auch Patienten in Psychiatrien, in Rehabilitationseinrichtungen oder in Akutkrankenhäusern. Überall, wo therapiert und gepflegt wird, können Menschen von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sein.

Einschlägige Ratgeber aus Ministerien weisen daher begründet schon im Titel darauf hin, dass ein vollständiger Verzicht von freiheitsentziehenden Maßnahmen kaum zu realisieren ist (Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen).<sup>12</sup> Bei dieser Thematik ist vielmehr relevant, dass vor einer möglichen Fixierung alle nur erdenklichen Alternativen erörtert und systematisch ausgeschlossen werden, denn eine freiheitsentziehende Maßnahme stellt stets die letzte aller Möglichkeiten dar. Dieses Vorgehen kann als **ABWÄGUNGS**PROZESS beschrieben werden, der bei einem derart schwerwiegenden Eingriff in das Persönlichkeitsrecht sorgsam und auch transparent nachvollziehbar gemacht werden muss. In der (bereits zitierten) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heißt es dazu: *„Nicht selten kommt es zu Konflikten zwischen dem Anspruch, das Recht auf Selbstbestimmung des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu beachten, und bestimmten Fürsorgepflichten der Pflegenden und Behandelnden (beispielhaft sind Situationen wie Nahrungsverweigerung oder Sturzgefährdung). Sollte eine solche Situation auftreten, können Sie erwarten, dass mit allen Beteiligten abwägende Gespräche geführt werden.“<sup>13</sup>*

Hier scheint bei Einrichtungen im Kreis Aachen noch Nachholbedarf zu bestehen, so jedenfalls dürfte nachstehendes Zitat der Heimaufsicht zu verstehen sein:

<sup>11</sup> Bundesministerium für Familie 2006

<sup>12</sup> Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006

<sup>13</sup> Bundesministerium für Familie 2006

*„(...) doch konnte anhand der eingesehenen Dokumentation ein Abwägungsprozess nur selten festgestellt werden.“<sup>14</sup>*

Daneben gibt es aber auch einen dringenden Klärungsbedarf, der bereits früher entsteht: Was ist eine Fixierung und was nicht? Dies ist nicht so einfach zu beantworten wie es zunächst erscheint. Hier sind sich nicht nur Praktiker unsicher, es gibt keinen einheitlichen und vollständig abgrenzbaren Katalog über verschiedene Maßnahmen, ihre Anwendungsart und -dauer und eine unterschiedliche Klassenbeschreibung der vorhandenen Instrumente und Verfahren. Eine freiheitsentziehende Maßnahme ist in der Beurteilung nicht selten ebenso eine Einzelfallinterpretation, wie sie eine Einzelfallentscheidung ist. Dennoch lassen sich bestimmte Verfahren und Methoden identifizieren, die in jedem Falle als eine Maßnahme oder technische Hilfe zur Freiheitseinschränkung angesehen werden können.

Der Gesetzgeber spricht in § 1906 Abs. 4 BGB) von Eingriffen durch „mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise“. In der amtlichen Begründung<sup>15</sup> werden beispielhaft (aber nicht abschließend) Leibgurte in einem Bett oder an einem Stuhl, Bettgitter, ungewöhnlich komplizierte Schließmechanismen, Wegnahme eines Haustürschlüssels, gezielte Gabe von Schlafmitteln oder anderen (vergleichbaren) Medikamenten, das Hindern am Verlassen der Einrichtung genannt. Die Literatur diskutiert vier Fallsetzungen unter denen sich jedoch unterschiedliche Einzelmaßnahmen verbergen:

- (1) Fixierung einer Person durch mechanische Vorrichtungen
- (2) Einsperren eines Betroffenen
- (3) Einsatz von Medikamenten, die primär der Ruhigstellung dienen (nicht als Nebenwirkung)
- (4) Sonstige Vorkehrungen

Die unterschiedlichen eingesetzten Verfahren und Materialien reichen bei dem Punkt (1) beispielsweise von „Therapietischen“ vor Stühlen (so genannte Stecktische), von besonderen Sesseln, aus denen ein eigenes Aufstehen nicht mehr möglich ist (z.B. durch das Legen in eine Rückenlage), der Anschaffung eines besonders niedrigen Sofas, (wo die Beinkraft nicht ausreicht, um sich zu erheben), bis hin zu Bauch- und Schultergurten oder Fixierungsmaterialien, die die Handbeweglichkeit einschränken. Ebenso zählen hier Bettgitter zu einer eindeutigen mechanischen Fixierungshilfe. Darüber hinaus sind auch spezielle Bettdecken (mit fixierenden Halterungen) darunter zu verstehen, spezielle „Schlafsäcke“ oder aber auch ein stramm eingezogenes Betttuch, das unter der Matratze so fixiert wird, dass der Patient oder Bewohner sich nicht „freistrampeln“ kann.

Einsperren (Punkt 2) kann verstanden werden als eine räumliche Isolierung, aus der der Betroffene nicht mehr selbsttätig herauskommen kann. Dazu zählt in jedem Falle das Versperren einer Tür ohne Öffnungsmöglichkeit (ggf. auch das Anbringen komplizierter Schließmechanismen oder

<sup>14</sup> Kreis Aachen (Heimaufsicht) 2007

<sup>15</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 11/4528 vom 11.05.1989

aber das Verdecken und Verstecken von Türeingängen, die der Betroffene aufgrund seiner Einschränkung nicht selbst findet.) Hier wird deutlich, wie kompliziert eine eindeutige Beschreibung und Definition ist, denn das Anbringen eines Vorhangs kann entweder eine optische Verschönerung vor einer Eingangstür sein oder aber ein Einsperren. Erst die Zielrichtung der Maßnahme lässt genauer erkennen, welchen Zweck sie hat und wie sie gewertet werden kann. Parallel dazu existieren auch unterschiedliche Bewertungen zu einzelnen Maßnahmen, was Pflegenden eine Eindeutigkeit in der eigenen Positionierung erheblich erschwert. So wird beispielsweise in einer Studie empfohlen, dass ein Vorhang in der Farbe der Tür gerade bei demenziell veränderten Bewohnern angewendet werden sollte, damit diese nicht zum „Weglaufen“ animiert werden.<sup>16</sup> Eine solche positive Einschätzung steht aber im Widerspruch zu anderen Aussagen.

Nicht unbedingt eindeutiger in der Beurteilung ist der Einsatz von Medikamenten (Punkt 3), wenn hier auch internationale pharmakologische Klassifizierungen dabei helfen können, zu unterscheiden, was die Hauptwirkung eines Medikamentes und was die Nebenwirkung ist. Medikamente, die in der Hauptwirkung der Ruhigstellung dienen (psychotrope Medikamente), sind demnach als „chemische“ Fixierung zu betrachten, stellen damit regelmäßig freiheitsentziehende Maßnahmen dar und werden auch von Pflegenden als einschränkende Maßnahme verstanden. In der Kombination mit der Diagnose des Patienten oder Bewohners kann dies also relativ stabil bestimmt werden. Während der Gesetzgeber (vgl. BT-Drucksache 11/4528, S. 149) darauf verweist, dass er in der rechtlichen Bewertung auf den Heilzweck eines Medikaments abstellt [*„Medikamente, die zu Heilzwecken gegeben werden, aber als Nebenwirkung den Bewegungsdrang des Betreuten einschränken, fallen nicht unter die Regelung (des § 1906 Abs. 4 BGB, Anm. d. Verf.)“*]<sup>17</sup> finden sich in der Fachliteratur- mit Bezug auf entsprechende Gerichtsurteile – nicht selten anders lautende rechtliche Hinweise. So machen Hoffmann et al. deutlich, dass nicht die Intention (Heilzweck) entscheidend für die Beurteilung einer freiheitsentziehenden Maßnahmen durch Medikamente (im wesentlichen Neuroleptika) sei, sondern vielmehr die tatsächliche Anwendung und Wirkung auf den Betroffenen.<sup>17</sup> Demnach wäre ein Einsatz von Psychopharmaka, die keine Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit nach sich ziehen, stets durch den Betroffenen selbst (wenn dieser einwilligungsfähig ist) oder seinen Betreuer zu entscheiden. Kommt es hingegen als Nebenwirkung zu körperlichen Bewegungseinschränkungen, bedarf die Gabe des Medikaments stets der Zustimmung durch den Betroffenen oder (bei vorliegender Einwilligungsunfähigkeit) der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht. Liegt überhaupt keine therapeutisch begründete Indikation vor und soll das Medikament zur gezielten Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit verabreicht werden, wäre diese Maßnahme nicht genehmigungsfähig und sogar strafbar (vgl. Hoffmann, Klie 2004, S. 91):

*„Es kommt bei der Bewertung einer Maßnahme als freiheitsentziehende nicht darauf an, ob sie als solche bezweckt ist oder nicht, die tatsächliche potenzielle Wirkung reicht zur*

---

<sup>16</sup> Namazi et al. 1989

<sup>17</sup> Hoffmann, B.; Klie, T. 2004, S. 91

*Qualifizierung als freiheitsentziehende Maßnahme in der rechtlichen Bewertung als unterbringungsähnliche Maßnahme i.S.d. § 1906 Abs. 4 BGB aus.*<sup>18</sup>

Klie stellt hier zur Medikation mit Psychopharmaka weiterhin fest:

*„Wird die Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit durch die Medikamentengabe intendiert, ohne dass eine therapeutische Indikation für die Maßnahme vorliegt (Vergabe von Psychopharmaka zur Ruhigstellung, zur Vermeidung von Störungen anderer Patienten bzw. zur Pflegeerleichterung,) so verbietet sich schon aus arzneimittelrechtlichen Gründen die Verordnung und erscheint eine solche Maßnahme als nicht mit dem Wohl des Patienten vereinbar und von daher auch nicht als genehmigungsfähig gemäß § 1906 Abs. 4 BGB.*<sup>19</sup>

Sehr unterschiedlich hingegen kann der Punkt (4) ausgelegt werden (sonstige Vorkehrungen). Hierunter wird eine Fülle unterschiedlicher Maßnahmen subsumiert. Z.B. ist die Wegnahme benötigter Gehhilfen (Rollator, Gehstock etc.) eine Fixierung, die Ausstattung von Patienten mit technischen Hilfsmitteln (Funksendern) etc. ebenso. Aber auch Drohen, Einschüchtern und das Ausüben anderer Formen von psychischem Druck können hierunter verstanden werden. Dies macht es schwierig solche Maßnahmen zu bewerten.

Zur tatsächlichen Freiheitsentziehung im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB aber werden viele der genannten Maßnahmen erst dann, wenn die Maßnahmen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig und wiederkehrend (Turnus) angewendet werden. Doch ist auch dies keine klare Definition und eindeutige Beschreibung, denn was bedeuten ein langer Zeitraum und die Definition „wiederkehrend“? Wie häufig und in welchen Abständen ist wiederkehrend?

Was den *längeren Zeitraum* betrifft, so wird dieser sehr unterschiedlich gesehen: von „während des Tages zwischen 2 Mahlzeiten“ und „während der Nacht zwischen dem Beginn der Nachtruhe und dem Wecken“ bis zu „maximal drei Tage“. Die überwiegende Meinung und Rechtsprechung lehnt sich jedoch an Art. 104 Abs. 2, S. 3 GG an und definiert den Zeitraum auf höchstens zwei Tage. *Wiederkehrend* und damit regelmäßig ist die Maßnahme dann, wenn sie aus einem bestimmten Anlass mehrmals wiederholt wird bzw. werden soll.

Im Gegensatz zu den Unsicherheiten und Widersprüchen bei den Formen und dem Turnus freiheitsentziehender Maßnahmen ist der Ort der Maßnahme vom Gesetzgeber eindeutig geregelt. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind demnach nur genehmigungspflichtig, wenn sich der zu fixierende Mensch „in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung“ (z.B. gerontopsychiatrisches Krankenhaus) aufhält, ohne dort untergebracht zu sein. Mit Rücksicht auf den besonderen Schutz der Familie (Art. 6 GG) hat der Gesetzgeber auf eine Legalisierung dieser Maßnahmen durch das Vormundschaftsgericht bei zu Hause lebenden Menschen verzichtet. D.h. im Umkehrschluss, dass freiheitsentziehende Maßnahmen, die im häuslichen Bereich bei demenziell

<sup>18</sup> Hoffmann, B.; Klie, T. 2004, S. 91

<sup>19</sup> Hoffmann, B.; Klie, T. 2004, ebd.

veränderten Menschen aus Gründen der Vermeidung einer Selbstgefährdung angewendet werden, vom Vormundschaftsgericht nicht genehmigt werden. Der Straftatbestand des § 239 StGB bleibt allerdings davon unberührt.

Problematisch ist daneben nicht nur die Frage, welche Maßnahmen freiheitsentziehend sind, sondern auch die Frage, wer über welche Form der Selbstbestimmung verfügt. Unterschieden werden können daher unterschiedliche Personengruppen, für die auch jeweils andere Anforderungen hinsichtlich einer Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme gelten:

<b>Typ A</b>	<b>Selbst einwilligungsfähige Betroffene</b>	<b>Keine richterliche Genehmigung, aber schriftliche Einwilligung der/des Betroffenen</b>
<b>Typ B</b>	<b>Betroffene, die nicht einwilligungsfähig sind und keinen Willen bzw. keine Möglichkeit zur Fortbewegung haben</b>	<b>Keine richterliche Genehmigung, aber ärztliches Attest über die Bewegungsunfähigkeit sinnvoll, mindestens jedoch Dokumentation durch die Pflegeeinrichtung</b>
<b>Typ C</b>	<b>Nicht einwilligungsfähige aber bewegungsfähige Betroffene</b>	<b>Nur mit richterlicher Genehmigung</b>
<b>Typ D</b>	<b>Akute Gefährdungssituation</b>	<b>Keine richterliche Genehmigung, sorgfältige Dokumentation und Prüfung von Alternativen</b>

Das bedeutet, dass ein Betroffener in seinem Zimmer eingesperrt werden darf, wenn er einwilligungsfähig ist und dies selbst wünscht. Dieser **Typus A** kann in der konkreten Diskussion mit dem Bewohner ausgehandelt werden. Häufig wird (und wurde auch in dem Projekt) berichtet, dass dies vor allem den Aspekt der Sicherheit berührt, wenn ein Bewohner Bettgitter während der Nacht wünscht, um nicht aus dem Bett zu stürzen. Diese Form der legalen freiheitsentziehenden Maßnahme ist aber die Ausnahme! Wenn ein Betreuer für den Bereich Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen (Fixierungen) durch das Vormundschaftsgericht bestellt wurde und die Selbstbestimmung des Betroffenen nicht mehr gänzlich gesichert ist, bedarf eine freiheitsentziehende Maßnahme der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. Verfügt der Betroffene jedoch noch über einen natürlichen Willen, d.h. die natürliche Fähigkeit, den Sinn der betreffenden Maßnahme zu erkennen (allgemeine Geschäftsfähigkeit ist nicht erforderlich!) bedarf es keiner richterlichen Genehmigung. Eine Dokumentation ist jedoch zwingend! Die Einwilligung eines solchen Betroffenen kann aber jederzeit durch schlüssiges Verhalten (z.B. Rütteln am Bettgitter als Zeichen des Unbehagens) widerrufen werden.

Der **Typ B** stellt eine Besonderheit dar, denn so widersinnig es klingen mag: Die Entziehung der Freiheit setzt entweder den Willen oder die Möglichkeit der Fortbewegung voraus. Liegt ein Mensch beispielsweise im Koma, so kann er nicht mehr selbst entscheiden, er hat in diesem Falle aber auch keine eigene Bewegungsfreiheit mehr. Man kann ihm diese also nicht entziehen. Das heißt, dass z.B. das Anbringen von Bettgittern hier lediglich eine Schutzmaßnahme darstellt, die keiner richterlichen Genehmigung bedarf. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Betroffene we-

der weggehen kann (z.B. gelähmt ist) noch willentlich das Bett verlassen möchte (Schutz vor unwillentlichem Herausfallen). Die Feststellung einer vollständigen Bewegungsunfähigkeit sollte jedoch im Zweifelsfall durch eine gesicherte ärztliche Diagnose und Bescheinigung geklärt werden.

Eindeutiger ist **Typ C** geregelt, nämlich dass jemand, der seiner Freiheit beraubt und in seiner Bewegung eingeschränkt wird, aber nicht einwilligungsfähig ist, in jedem Falle nur mit richterlichen Genehmigung in seiner Freiheit eingeschränkt werden darf (z.B. desorientierter Mensch, der an seinem Sitzgurt zerrt, weil er aufstehen und herumlaufen will oder die so genannten „beschützten Bereiche“ durch Rütteln an der Tür verlassen möchte). Angehörigenwünsche oder aber der Wille des Betreuers/Bevollmächtigten oder ein Befürworten durch einen (Haus-)Arzt reichen in keinem Falle dazu aus, eine solche freiheitsentziehende Maßnahme zu legitimieren.

Der **Typ D** ist in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sehr selten, denn nur bei Gefahr im Verzug, das heißt in einer absoluten Notsituation, in der eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt (rechtfertigender Notstand), darf jemand ohne richterliche Genehmigung in seiner Freiheit eingeschränkt werden. Dies wird durch § 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB legitimiert, weil die Einrichtung gegenüber dem Bewohner einer Betreuungspflicht nachkommen muss, die eine Beaufsichtigung und den Schutz von Leib und Leben mit einschließt. In einem solchen Falle ist es jedoch unablässig, dass der Vorfall sowie eine Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen dokumentiert werden. Das Vormundschaftsgericht ist hiervon durch den Betreuer (!) unverzüglich, d.h., ohne schuldhaftes Zögern (Beantragung der Genehmigung am nächsten Arbeitstag genügt) zu informieren. Steht jedoch von vornherein fest, dass die Maßnahme über einen längeren Zeitraum (mehr als 2 Tage) erforderlich ist, bedarf es der richterlichen Genehmigung unter Vorlage eines ärztlichen Attests. Gleiches gilt, wenn die Maßnahme wiederkehrend ist. Denn für den Wiederholungsfall reicht die beim ersten Mal bestehende und das Handeln rechtfertigende Gefahrenlage nicht mehr aus.

Es zeigt sich, dass sowohl bei den Maßnahmen als auch bei den Regelungen zum Umgang mit Einwilligungen viele unterschiedliche Möglichkeiten bestehen und zu einer Irritation beitragen können. Erst die vollständige Betrachtung von möglichen Maßnahmen und den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bewohner gemeinsam erlauben die verwendete Klassifizierung und Definition dessen, was genau vorliegt. Nicht selten sind auch die Leitungen der Einrichtungen unsicher bei der Frage, welche Maßnahmen sie sich nun genehmigen lassen müssen und welche nicht.

Wie aber verhält sich die Einrichtung, wenn der Betreuer/Bevollmächtigte in die Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB nicht einwilligt, obwohl dies aus ärztlicher und pflegerischer Sicht zum Schutz des/der Betroffenen für erforderlich angesehen wird? Die Einrichtung sollte sich dann an das örtlich zuständige Vormundschaftsgericht wenden. Denn hält das Gericht die Einstellung des Betreuers/Bevollmächtigten für falsch, das Nichtstun bzw. die ablehnende Haltung mithin für eine Pflichtwidrigkeit, kann das Gericht gegen den Betreuer/Bevollmächtigten im Falle der Weigerung nach §

1837 Abs. 2 und 3; § 1908 i Abs. 1 Satz 1 BGB ein Zwangsgeld festsetzen oder den Betreuer wegen Ungeeignetheit (vgl. § 1901 BGB) aus dem Amt entlassen.

## Zur Literatur

Betrachten wir im folgenden Exkurs ausgewählte Studien in der internationalen und nationalen Literatur um das Thema der Fixierungen und der zugrunde liegenden Ursachen. Es ist ein vielfach untersuchtes Phänomen und man kann bereits auf eine gute und breite Wissensbasis zurückgreifen.

**International** liegen in zahlreichen Studien Hinweise vor, dass von Fixierungen vor allem ältere Gebrechliche und verwirrte Menschen betroffen sind.<sup>20</sup> Zudem scheinen auch kulturelle (Immigranten) und auch altersbezogene Aspekte vor allem in psychiatrischen Kliniken von Bedeutung zu sein.<sup>21</sup> In einer vergleichsweise kleinen Studie von Allen wird beschrieben, dass Personen mit einer Demenz und agitiertem (unruhigem) Verhalten vor ihrem Tode weniger verbalen Austausch mit Pflegenden ausübten, aber häufiger freiheitsentziehende Maßnahmen bekamen.<sup>22</sup>

Erklärt werden kann dieses Zusammentreffen von unterschiedlichen Faktoren damit, dass Fixierungen offensichtlich viel damit zu tun haben, wie gut der Mensch in seinen Anliegen, in seiner Unruhe oder Angst verstanden wird, wie genau man ihn einschätzen kann (und kennt!) und wie viel Angst man um ihn (und nicht selten sogar vor ihm) hat. Hier zeigt sich bereits, dass einer Fixierung eines Menschen mitnichten eine gänzlich objektive und einschätzbare Diagnostik vorausgeht – sie ist vielmehr das Ergebnis eines ganzen Bündels situationsspezifischer und personenabhängiger Einschätzungen und Befürchtungen. Dazu kommt, dass vor allem bei der großen Gruppe der Demenzpatienten und der demenziell veränderten Bewohner stationärer Einrichtungen auch Milieufaktoren, also Umgebungsfaktoren der räumlichen und personellen Ausstattung, eine Rolle spielen. Die in England sehr früh eingeführten speziellen Wohnbereiche (Special Care Units) für demenziell veränderte Bewohner führten Studien zufolge zu einer Reduzierung mechanischer Fixierungen.<sup>23</sup>

Es sind somit Entscheidungen, die getroffen werden und zu einer Fixierung führen und keine eindeutigen messbaren Werte, die erhoben werden und dann zu einer klaren Diagnose führen.

*Die Fixierung eines Menschen steht am Ende einer Kaskade an Einschätzungen, Befürchtungen, räumlichen und personellen Begrenzungen und ist auch das Zugeständnis an eine Form von Hilflosigkeit und Mangel an Alternativen.*

Ein Umstand, der bislang in Studien leider viel zu selten diskutiert wird. Aus diesem Grunde lag der Ansatz dieses Projektes auch nicht darin, durch Schulungen, die vor allem das Wissen um

<sup>20</sup> Joanna Briggs Institute 2002a

<sup>21</sup> Knutzen et al. 2007

<sup>22</sup> Allen et al. 2005

<sup>23</sup> Archibald 2001

rechtliche Aspekte der Fixierung und um Handlungsalternativen (incl. des verstärkten Einsatzes von Hilfsmitteln) bei den Pflegenden auffrischen, Veränderungen zu produzieren. Ein gutes Wissen über einsetzbare Alternativen und Hilfsmittel zu besitzen ist nur *ein* Punkt, der im Kontext der Entstehungsgeschichte einer Fixierung eine Rolle spielt. Gänzlich zu vernachlässigen aber ist er dennoch nicht, wie die Auswertung der vorgenommenen Interviews noch zeigen wird. Eine Studie in Hongkong untersuchte auf der Basis einer standardisierten Befragung das Wissen Pflegender hinsichtlich möglicher Alternativen und zeigte auf, dass dies als sehr niedrig einzustufen war.<sup>24</sup> Darüber hinaus wird in einschlägigen wissenschaftlichen Empfehlungen auch berichtet, dass erfolgreiche Maßnahmen zur Reduzierung von Fixierungen möglich sind, wenn z.B. geeignete Schulungen durchgeführt werden.<sup>25 26</sup>

Die Fragen lauten aber, was eine Schulung tatsächlich beinhalten muss, wie, wo und mit wem eine Schulung durchgeführt werden soll und wer geschult werden muss (ausschließlich Pflegende?).

Bleiben wir noch bei der Studienlage und dem, was wir über das Thema derzeit tatsächlich wissen. Das Problem der Patientenfixierung und der Freiheitseinschränkung wird in Pflegekreisen weltweit diskutiert. Wichtig dabei ist zu wissen, dass der Verzicht auf freiheitseinschränkende Maßnahmen und die umfassende Suche nach Alternativen immer wieder als ein zentrales Kriterium der pflegerischen Qualität formuliert wird.<sup>27</sup> Dies betrifft insbesondere das Feld der stationären Versorgung. Die von der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung herausgegebenen Qualitätsniveaus für die Altenhilfe beispielsweise thematisieren zu allererst (im ersten Qualitätsniveau) den Punkt der Mobilität bei demenziell veränderten Bewohnern. Dort heißt es:

*„Auf der Basis der empirischen Befunde in der Literatur, der Experteninterviews und der Ergebnisse der moderierten Klausur (...) lässt sich übereinstimmend das Ziel formulieren: Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz ist ein Höchstmaß an Mobilität zu ermöglichen und gleichzeitig sind die Risiken im Zusammenhang mit Mobilität zu minimieren.“<sup>28</sup>*

Wenig Genaues aber wissen wir über die tatsächliche Zahl der Personen, die täglich eine freiheitsentziehende Maßnahme erleiden. Dies ist leicht zu verstehen, denn wie eingangs bereits beschrieben, gibt es unterschiedliche Betrachtungen und Auslegungsmöglichkeiten darüber, was alles eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellt und was nicht. Dies scheint nicht nur kulturell unterschiedlich, sondern auch einer zeitlichen Veränderung unterworfen zu sein.

*Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: In einem der Interviews äußerte eine Pflegekraft, dass sie das Feststellen eines Rollstuhls durch das Herunterdrücken der Bremsen an den Rollen als eine ge-*

<sup>24</sup> Suen et al. 2006

<sup>25</sup> Joanna Briggs Institute 2002b

<sup>26</sup> Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg 2006

<sup>27</sup> Moise et al. 2004

<sup>28</sup> Schäufele 2008

*nehmungspflichtige Fixierung bewerte. Schließlich könne sich der Bewohner nicht mehr ohne fremde Hilfe vom Ort entfernen. Ich selbst habe vor Jahren eine Pflegeausbildung absolviert. Hätten Auszubildende im praktischen Examen in einer vergleichbaren Situation die Bremsen eines Rollstuhls nicht fixiert, dann hätte man ihnen vorgeworfen, dass sie den Patienten nicht entsprechend gesichert hätten und das hätte Abzüge in der Bewertung gegeben.*

Es liegen in unterschiedlichen Studien unterschiedliche Angaben hinsichtlich der potenziellen Anzahl der Personen vor, die eine freiheitsentziehende Maßnahme erfahren, weil in den jeweiligen Studien unterschiedliche Sachverhalte eingeschlossen wurden. In einem Review (zusammenfassende Sichtung unterschiedlicher Studien) beschreiben Evans und Fitzgerald auf der Basis von 23 gesichteten Studien, dass in den Vereinigten Staaten und in Australien ca. 24-27% der Bewohner freiheitsentziehende Maßnahmen erhalten. Als Hauptursache identifizieren sie die „Schaffung von Sicherheit“ für den Patienten, geben aber auch Gründe wie personelle Unterbesetzung oder die Fixierung zur Durchführung einer Pflegemaßnahme an.<sup>29</sup> Hamers und Huizing kommen in ihrer Analyse verschiedener Studien zu Angaben zwischen 15% und 66% der Bewohner, die fixiert werden. Das ist eine sehr hohe Spannweite. Sie beschreiben als Hauptgrund einer freiheits-einschränkenden Maßnahme die „Sturzprävention“ und betonen damit ebenfalls den Schutz- und Sicherheitsaspekt.<sup>30</sup>

In psychiatrischen Einrichtungen wurde darüber hinaus erprobt, dass ein „*rapid response team*“, das sofort nach einer Meldung eines kritischen Patienten beginnt nach Alternativen zu suchen, die mechanischen Fixierungen von Patienten um ein Drittel senken konnte.<sup>31</sup> Häufig ist die Sturzgefahr kombiniert mit einem Bewegungsdrang und einem Umherirren bei dementen Menschen. Derzeit liegen keine klinischen Belege dafür vor, dass man das „Umherirren“ („Wandering“) durch pflegerische und nicht-medikamentöse Maßnahmen wirksam unterbinden oder reduzieren kann.<sup>32</sup> Dagegen wird das Umherirren und -wandern seit Jahren in der Literatur als positiver Effekt gesehen, da es kreislauf- und muskelkräftförderlich ist.

**In Deutschland** wurde in den letzten Jahren ebenfalls viel an dem Thema gearbeitet. Es liegen an Daten zur Fixierung dennoch sehr unterschiedliche Einschätzungen vor. Bredthauer untersuchte in ihrer Dissertation in einem Zeitraum von vier Monaten insgesamt 122 Patienten einer gerontopsychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses. 37 davon bekamen im Laufe ihres Klinikaufenthaltes mindestens einmal eine freiheitsentziehende Maßnahme. 29 der Betroffenen litten unter einer Demenz.<sup>33</sup> Becker, Klie und Koczy beschreiben im Tagungsband zum ReduFix-Projekt:

---

<sup>29</sup> Evans, FitzGerald 2002

<sup>30</sup> Hamers, Huizing 2005

<sup>31</sup> Prescott et al. 2007

<sup>32</sup> Robinson et al. 2006

<sup>33</sup> Bredthauer 2002

*„Derzeit werden zwischen 5-10% der Heimbewohner in Deutschland gurtfixiert (Klie 2003, Becker 2003). Darüber hinaus werden bei 20-30% der Bewohner andere Formen der Bewegungseinschränkung angewandt (Klie 2003).“<sup>34</sup>*

Sie beziehen sich dabei auf frühere und größere Studien von Klie. Übereinstimmend wird berichtet, dass vor allem der Schutz des Bewohners im Vordergrund steht, wenn eine freiheitsentziehende Maßnahme durchgeführt wird. Dies wird auch durch Gutachter bestätigt. Im vierten Altenbericht der Bundesrepublik heißt es dazu:

*„Obwohl freiheitseinschränkende Maßnahmen einer Kontrolle durch Ärzte und Gerichte unterliegen, geben Pflegende häufig den Anstoß zur Sedierung und Fixierung. Fixierungsmaßnahmen werden vor allem mit einem Schutz vor Stürzen gerechtfertigt, Pflegende erleben hier einen Konflikt zwischen Aufsichtsverletzung und Freiheitsberaubung.“<sup>35</sup>*

Im Endbericht der Enquetekommission zur Situation in der Pflege des Landes Nordrhein-Westfalen wird ebenfalls dieser Punkt als meistgenannter Begründungsrahmen in den Vordergrund gestellt: *„Freiheitseinschränkende Maßnahmen (mechanisch oder medikamentös) werden in aller Regel mit gerontopsychiatrischen Befunden sowie dem Schutz vor Sturzgefahr infolge Schwindels, Desorientierung und Selbstgefährdung begründet. Allerdings ist eine genau gegenteilige Wirkung von Fixierungen auf die Sturzgefahr beschrieben, und international wird die Aufhebung von Fixierungen angestrebt.“<sup>36</sup>*

Hier wird u.a. auch auf Untersuchungen von Görgen verwiesen, wonach 5% - 28% von ihm befragte Pflegekräfte unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen (mechanisch, medikamentös) selbst ausgeübt oder aber beobachtet haben. Die aktuellste und auch größte Beobachtungsstudie, die es zu diesem Thema in Deutschland gibt, wurde in Hamburg durchgeführt. Sie ist eine Verlaufsstudie, an der insgesamt 30 Heime mit anfangs 2.367 Bewohnern teilgenommen haben. In dem ersten Studienteil (einer Erhebung der Situation zu diesem einen Zeitpunkt [Prävalenzerhebung]) wurden folgende Punkte festgestellt: Ca. ¼ der Bewohner war mindestens einmal routinemäßig einer freiheitsentziehenden Maßnahme ausgesetzt war, wobei Bettgitter den mit Abstand größten Anteil ausmachten (24,5). Gurte oder Stühle mit Therapietischen machten einen geringen Teil aus (ca. 2,5%). Während der zwölfmonatigen Verlaufsstudie mit insgesamt 2.353 Bewohnern wurden bei fast 40% freiheitsentziehende Maßnahmen festgestellt. Auch hier dominierte die Sicherung durch Bettgitter (38,5%). Ebenso wurde berichtet, dass 34% der Bewohner im Untersuchungszeitraum mindestens einen Sturz erlitten hatten.<sup>37</sup>

<sup>34</sup> Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg 2006

<sup>35</sup> Sachverständigenkommission 2002

<sup>36</sup> Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005

<sup>37</sup> Meyer, G., Köpke, S. 2008

*In der Summe heißt dies, dass sich in der Literatur und auch in den vorliegenden aktuellen Studien zeigt, dass Bewohner, die kognitive Einbußen haben, eine insgesamt höhere Gebrechlichkeit zeigen und Stürze sowie Sturzfolgen bereits hatten, besonders häufig von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind.*

Dass Pflegende regelmäßig und häufig in ihrem Alltag mit dem Thema in unterschiedlicher Weise befasst sind zeigt eine Untersuchung von Borutta in vier nordrhein-westfälischen Heimen. Demnach haben über 90 % der befragten Pflegefach- und Pflegehilfskräfte mindestens einmal in ihrem beruflichen Alltag freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt.<sup>38</sup>

Hinsichtlich der Nutzung technischer Anlagen wurden im Rahmen einer Arbeit von Heeg & Kühnle im Jahr 2005 insgesamt 14 stationäre Einrichtungen und zwei Hausgemeinschaften für Demenzkranke nach ihren Erfahrungen zum Technikeinsatz bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz befragt. Insgesamt wurden die folgenden Materialien häufig eingesetzt:

- Tür- und Grundstückssicherung / Personenortung
- Bewegungsmatten
- Sensorgesteuerte Beleuchtung
- Pflegebettenfernüberwachung
- PC-Hardware und -Software zur Anregung und Beschäftigung<sup>39</sup>

**Im Kreis Aachen** ergeben sich auf der Basis vorliegender Zahlen die folgenden Hinweise: Die Anzahl der Bewohner in den 32 vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe im Kreis Aachen steigt beständig. Waren 2002 noch 2.394 Bewohner gemeldet, so sind es 2007 (im 4. Quartal) 2.609 gewesen. Entsprechend ist weiterhin eine hohe Auslastung der Einrichtungen zu verzeichnen. Es ergeben sich bezüglich der Pflegestufenverteilung keine Hinweise auf eine grundsätzliche Veränderung der Struktur. Die anteiligen Verteilungen der Bewohner in den Stufen sind über die Jahre nahezu gleich geblieben. In den vergangenen Jahren konnten die Fixierungen in den Einrichtungen in ihrer Gesamtzahl erheblich gesenkt werden. Dies ist unter anderem der konzentrierten Aufmerksamkeit und der ständigen Thematisierung durch die Heimaufsicht und den seit dem Jahr 2000 intensiver durchgeführten Schulungen und innerbetrieblichen Fortbildungen zu diesem Thema in den Einrichtungen durch das Amt für Altenarbeit (Fort- und Weiterbildung) zu verdanken. Heimaufsicht und Amt für Altenarbeit sehen sich vor allem in einer beratenden Funktion gegenüber den Einrichtungen. Dies wurde auch in den Interviews bestätigt.

---

<sup>38</sup> Borutta 1994 und 2000

<sup>39</sup> Heeg 2007

Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen				
	2004	2005	2006	2007
Bettgitter	311	243	193	170
Bauchgurt	40	26	31	41
Beckengurt	53	44	44	70
Therapiestuhl	52	51	44	70
Summe der freiheitsentziehenden Maßnahmen	456	364	312	351
Summe der fixierten Bewohner	317	251	197	181
Bewohner in den berücksichtigten Einrichtungen	2.005	1.678	1.858	2.584
Prozentualer Anteil der fixierten Bewohner	15,81	14,95	10,60	7,00

Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht 2007: Freiheitsentziehende Maßnahmen<sup>40</sup>

Vergleicht man die vorliegenden Zahlen mit denen in der Literatur, so kann bei 7% insgesamt von einer eher geringen Anzahl an fixierten Bewohnern ausgegangen werden. Insbesondere scheint es gelungen zu sein, die Fixierungen mit Hilfe von Bettgittern zu reduzieren. Hier kann jedoch auch ein statistischer Effekt dadurch zustande gekommen sein, dass durch die Schulungen und das verbesserte Know how Bettgittersicherungen nicht mehr gemeldet werden, die juristisch unproblematisch sind, weil sie bei einwilligungsfähigen Bewohnern oder nur sehr kurzzeitig (i.S. einer Freiheitsbeschränkung) vorgenommen werden. Die Interviews mit den Leitungen und den Teams lassen dies durchaus vermuten. Ist die Summe insgesamt (und damit auch der prozentuale Anteil) gesunken, so zeigt sich innerhalb der aufgeführten und erfassten vier Fixierungstatbestände aber andererseits eine ganz leichte Zunahme im Bereich schwerwiegender Maßnahmen.<sup>41</sup> Die Nutzung von Therapiestühlen sowie die von Beckengurten haben in Relation zu den Bettgittern zugenommen. Den so fixierten Personen gegenüber bedarf es einer großen Aufmerksamkeit und einer Kontrolle, ob die Fixierungen in der angewendeten Form notwendig erscheinen und ob hier ggf. ein zunehmender Schweregrad an Erkrankungen und eine weiter fortgeschrittene Fähigkeitsstörung bei Bewohnern belegen lässt. Ist dies nicht der Fall, so muss dies unbedingt weiter kontrolliert werden. Darüber hinaus könnte für die Heimaufsicht zukünftig von Interesse sein, inwieweit sich die Medikamentengabe verändert hat, denn ein Absinken mechanischer Maßnahmen kann ggf. mit einem Anstieg medikamentöser Fixierung einhergehen. Hier zeigte sich in den Interviews allerdings ein sehr reflektierter Umgang der Pflegenden mit derartigen Maßnahmen und deutliche Vorbehalte gegenüber chemischen Maßnahmen! Allerdings kann dies nicht ausgeschlossen werden und konnte im Rahmen des Projektes mit dem vorliegenden Ansatz nicht umfassend kontrolliert werden.

<sup>40</sup> Kreis Aachen 2007

<sup>41</sup> Die Nutzung von Therapiestühlen sowie die von Beckengurten ist von 2006 nach 2007 leicht von 2,4% auf 2,7% in Bezug auf alle Bewohner/innen (2006 = 1.858; 2007 = 2.584) gestiegen.

## **Die Projektergebnisse**

In dem folgenden Kapitel werden in der Übersicht zentrale Ergebnisse aus dem Projekt beschrieben. Insgesamt wurden bei 10 Besuchen acht unterschiedliche Einrichtungen aufgesucht (25% der Heime im Kreis). Es wurde mit ca. 50 Mitarbeitern (Teams + Leitungen) der Heime gesprochen. Zusätzlich wurden einzelne Dokumentationen (Pflegedokumente und die Protokolle der Fixierung) eingesehen. Dazu wurde jeweils vorher durch die Einrichtung die schriftliche Genehmigung vom Bewohner oder vom Betreuer eingeholt. Vorgestellt wurden in den 10 Gesprächen mit den Pflegeteams insgesamt 12 Geschichten von Bewohnern, die fixiert oder entfixiert wurden. Nicht in jeder Einrichtung wurde dies ermöglicht, weil z.B. bei keinem aktuellen Bewohner eine freiheitsentziehende Maßnahme angewendet wurde oder dies schon sehr lange zurücklag. In diesen Fällen wurden dennoch die Gespräche geführt, weil es auch um die Frage nach Hinweisen von Kollegen an Kollegen ging. Darüber hinaus waren die Fallgeschichten nur ein Teil der Befragung, es sollte auch um die Berufserfahrung der Pflegenden, vorliegende moralische Einstellungen und Einschätzungen zu Thema gehen.

Ausgangspunkt des Antrags der Mehrheitsfraktionen war ursprünglich, dass nur Bewohner mit körpernaher Fixierung (Bauchgurt, Handgurte, Schultergurte) in die Betrachtung einbezogen werden sollten, was sich später nicht als tragfähig und erschöpfend herausstellte und damit verworfen werden musste. Ziele der Gespräche mit den Mitgliedern der Pflegeteams waren auch, über den konkreten Fall hinaus Angaben zu den bisherigen Erfahrungen im Berufsleben (z.B. hinsichtlich erlebten Folgen von Fixierungen) zu bekommen und wesentliche Einschätzungen und Einstellungen zu thematisieren.

Für diesen Bericht wurden exemplarisch fünf Fallgeschichten ausgewählt, die aufzeigen, wie unterschiedlich der Umgang mit der Problematik und wie unterschiedlich die Möglichkeiten und gewählten Vorgehensweisen sind.

### **Ergebnisse aus den Gesprächen mit Leitungskräften**

In jeder der Einrichtung wurden im Vorfeld ca. halbstündige Gespräche mit den Leitungskräften der Einrichtung geführt. In zwei Einrichtungen blieben die Leitungen auch während des gesamten Gesprächs mit den Teammitgliedern anwesend, in sechs Einrichtungen wurden vor den Teamgesprächen gesonderte Gespräche alleine mit den Leitungen geführt. Die Leitungsgespräche dienten einerseits der vertiefenden Information über das Projekt und es wurden struktur- und umgangsspezifische Fragen zum Umgang in der Einrichtung gestellt.

Dabei zeigte sich, dass insgesamt bezüglich fixierender Materialien (Beckengurte, Handfixierungen, Bauchgurte etc.) in den teilnehmenden Einrichtungen ein sehr restriktiver Umgang herrscht. In keiner der teilnehmenden Einrichtung wurden noch Materialien zur Handfixierung eingesetzt. In zwei Einrichtungen gab es überhaupt keine Fixierungsmaterialien (für körpernahe Fixierungen)

mehr und in vier der Einrichtungen waren die Materialien so unter Verschluss, dass diese nicht ohne Wissen der Heimleitung verwendet werden konnten. So wird einer nicht dokumentierten Freiheitsentziehenden Maßnahme sinnvoll entgegengewirkt. In den anderen zwei Einrichtungen waren Materialien in den Wohnbereichen zugänglich. Die teilnehmenden Einrichtungsleitungen zeigten eine große Offenheit gegenüber dem Thema und sagten übereinstimmend aus, dass sie durch unterschiedliche Maßnahmen (z.B. Mitarbeiterschulungen) das Thema in den letzten Jahren in der Einrichtung stärker verfolgten. In diesem Zusammenhang wurde auch die Beratung durch die Heimaufsicht angesprochen und es wurde mehrfach erwähnt, dass insbesondere die kontinuierliche und immer wiederkehrende Berücksichtigung des Themas (Schwerpunkt) durch die Heimaufsicht mit zur Verbesserung der Situation beigetragen habe.

*„Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu anderen Prüforgane, weil man sich so auf ein Thema einrichten und dieses auch längerfristig bearbeiten kann“,*

so eine Leitungskraft. Im Gegensatz dazu wird es als schwierig betrachtet, wenn in einem Jahr der Begehung die Umsetzung eines Expertenstandards besonders berücksichtigt und im nächsten Jahr ein anderes Thema genauer betrachtet wird. Kontinuität im Thema und Verlässlichkeit (auch in der Überprüfung) scheinen den Aussagen zufolge eine Bedingung zu sein, um längerfristige Entwicklungen auch nachhaltig angehen zu können.

Die Leitungen berichteten übereinstimmend, dass die Frage der Fixierungen ihrer Einschätzung nach in den eigenen Teams und auch bei den Angehörigen, Betreuern und Richtern mittlerweile sehr sensibel gehandhabt würde.

Als zentralen Problembereich stellten sie jedoch unter anderem heraus, dass zunehmend von Seiten der Krankenkassen Anfragen an die Einrichtung gestellt würden und auch ältere Sturzfolgen (z.B. Beinbrüche) würden seitens der Krankenkassen verfolgt. Das schafft einerseits erheblichen bürokratischen Aufwand und verunsichert darüber hinaus auch Mitarbeiter und Leitungskräfte. Hierbei wurde mehrfach betont, dass dies nicht alle Krankenkassen gleichermaßen betrafen, sondern einzelne dies in besonderem Maße durchführten. Dabei ständen die Forderungen, die seitens der Krankenkasse an die Bewohnersicherheit gestellt würden, mitunter im krassen Widerspruch zu dem in der Einrichtung geltenden Anspruch auf größtmögliche Bewohnerfreiheit. So würden durch die Kasse (in der nachträglichen Betrachtung des Falls) Freiheitsentziehende Maßnahmen mitunter „eingefordert“.<sup>42</sup> Diese Aussagen und Befunde decken sich mit Hinweisen, aus dem Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht.

## **Ergebnisse aus den Gesprächen mit Mitarbeitern**

Insgesamt wurde mit 40 Pflegenden (examinieren Pflegekräften und Hilfskräften – hier ohne die Leitungskräfte gezählt) in den acht Einrichtungen in insgesamt 10 Gruppeninterviews gesprochen. Dabei schwankte die Teilnehmerzahl in den Gesprächsgruppen von 2 bis 16. Die aufgezeichnete

<sup>42</sup> Vgl. zu dieser widersprüchlichen Praxis der Kassen auch die „Sturz-Urteile“ des BGH vom 28.04.2005 (AZ III ZR 399/04) und 14.07.2005 (AZ III ZR 391/04)

Gesprächsdauer betrug zwischen 39 und 73 Minuten mit den Pflorgeteams. Insgesamt wurde jedoch meist ca. 15 Minuten länger gesprochen, weil vor Beginn der Aufnahme erst einmal eine Vorstellung des Projektes erfolgte. Wie so oft bei aufgezeichneten Interviews, erfolgten auch bei den Diskussionen noch wichtige Hinweise, die erst nach Abschalten des Aufnahmegerätes genannt wurden. Diese wurden in Form von Notizen nach dem Gespräch festgehalten und flossen mit in die Ergebnissicherung ein. Die Teilnahme an den Gesprächen war für alle Mitglieder freiwillig, die Auswahl über die Teams wurde jedoch durch die Einrichtungsleitung im Vorfeld vorgenommen. Damit lässt sich nicht ausschließen, dass dieses Vorgehen zu „positiven“ Verzerrungen geführt haben kann. Eine andere Möglichkeit der Auswahl gab es jedoch nicht und wurde auch nicht angestrebt, da weder rechtliche noch sonstige Bedingungen vorlagen, die eine Verpflichtung zur Gesprächsteilnahme oder aber einen unangemeldeten spontanen Besuch durch Institutsmitarbeiter gerechtfertigt hätten. Dies war weder Ziel noch Wunsch, denn es ging bei dem Projekt nicht um eine erneute „Prüfung“. Kollegen sollten offen miteinander ins Gespräch kommen, um ggf. Kollegen anderer Einrichtungen wichtige Hinweise und Tipps aus ihrer Erfahrung mit auf den Weg geben zu können. Bezüglich der Mitarbeitergespräche lassen sich prägnant die folgenden Ergebnisse darstellen:

### **Pflegende als Initiatoren von Fixierungen**

In den Teams wurde immer wieder sehr frei geäußert, dass sie die eigentlichen Initiatoren für eine Fixierung oder eine Entfixierung sind!

Das ist das wesentlichste Ergebnis überhaupt. Weder die Betreuer noch die Angehörigen spielen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei den Bewertungen der Situation eine zentrale Rolle. Ausschlaggebend sind die Einschätzungen, Beobachtungen und auch die Befürchtungen, das kollegiale Miteinander sowie die „Betriebskultur“.

Das korrespondiert mit den formulierten Einschätzungen der Berichte der Bundesregierung, des Landtags NRW und anderer Untersuchungen. Tatsächlich äußerte sich die Mehrheit der Befragten dahingehend, dass sowohl die Einrichtungsleitung als auch Richter und Angehörige in aller Regel dem Urteil der Pflegekräfte vor Ort folgen. Nur selten gäbe es Abstimmungsprobleme oder weiteren Abklärungsbedarf. Auch sind es nicht die Angehörigen, die den zentralen Druck auf die Einrichtung ausüben. Hier steht manchem übertriebenen Verständnis nach Sicherheit ein stark ausgeprägtes professionelles Bewusstsein der Mitarbeiter gegenüber, die entweder die Angehörigen überzeugen oder aber im Zweifelsfall auch gegen deren Überzeugung arbeiten. Dies wurde mehrfach in Hinblick auf die Gewohnheiten und die gezeigten Gefühle der Bewohner geäußert. So wurde in einem Interview darauf hingewiesen, dass zahlreiche Bewohner in der Einrichtung größere Freiräume erhielten als die Angehörigen für gut befanden. Ausgangspunkt der Einschätzung der beruflich Pflegenden, so insgesamt der Tenor der Gespräche, ist die „Bewohnerzufriedenheit“. Auf der Basis dieser ersten wichtigen Erkenntnis wird in der Ergebnisdiskussion dem Analysebe-

reich des Pflegepersonals die größte Bedeutung beigemessen, denn die Pflegenden sind im Zentrum des Geschehens.

## Weitere Ergebnisse

Das folgende Mindmap zeigt die aufgefundenen Hauptaspekte und die Unterpunkte, die in diesem Zusammenhang in den Gesprächen benannt wurden und eine zentrale Rolle spielten. Die Auflistung hat keinen Anspruch auf absolute Vollständigkeit, zeigt aber die in diesem Projekt gewonnenen Ergebnisse auf. Als bedeutsam zeigten sich dabei:

- Vorerfahrungen im Beruf
- Begründungen für eine Fixierung
- Teamstruktur
- Kreativität
- Nachtwachenproblematik
- Risikobereitschaft
- Umgang und Systematisierungsgrad der Bewohnerbeobachtung

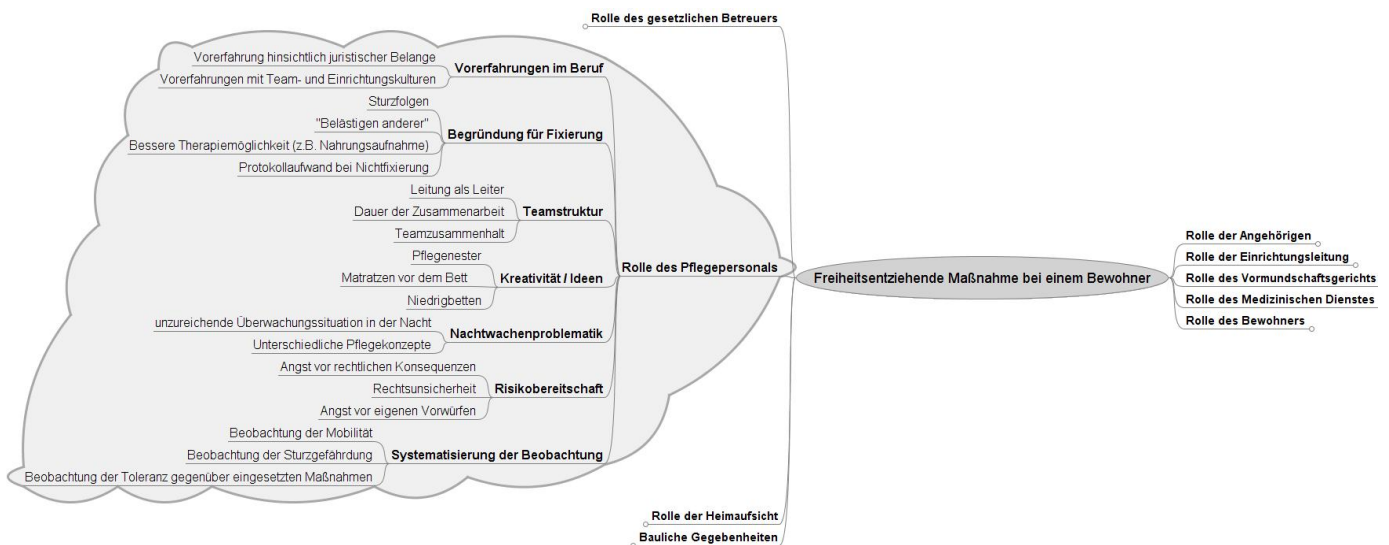


Schaubild: Einflussfaktoren auf die Rolle des Pflegepersonals

## Vorerfahrungen im Beruf

Ein wichtiger Themenpunkt waren die bislang im Beruf gemachten Erfahrungen. Das schließt konkrete Erfahrungen mit den Auswirkungen von Fixierungen mit ein. Sind diese negativ („Unruhesteigerung der Bewohner“, „Zunahme der Aggressivität“, „schlechtes Tolerieren durch den Bewohner“, „größere Traurigkeit“), dann haben die Maßnahmen eine geringe Akzeptanz beim Pflegenden. So wurde bei einem Team ein „Teufelskreis“ beschrieben, der darin besteht, dass ein sturzgefährdeter Mensch fixiert wurde, daraufhin sich die Unruhe steigern würde, er erhöhte Psychopharmaka bekäme, er somit stärker sediert wäre und damit letztlich die Sturzgefährdung wieder steigen würde. *„Menschen, die umherlaufen, haben jedoch eine gute Beinkraft und stürzen nicht“*,

sagte eine Mitarbeiterin. Hier zeigt sich, dass aktuelles Wissen über wissenschaftliche Projektergebnisse in den Einrichtungen themenbezogen durchaus vorhanden ist oder dass sich das vorliegende Erfahrungswissen mit den Ergebnissen deckt.

Wichtig hinsichtlich der beruflichen Vorerfahrungen ist auch, dass keiner der Befragten jemals persönlich oder aber in seinem bisherigen Berufsverlauf erlebt hatte, dass ein Kollege oder eine Kollegin wegen einer Sturzfolge eines Bewohners vor Gericht gekommen wäre. Niemand hatte bislang erlebt, dass die Staatsanwaltschaft gegen die Einrichtung oder in der Einrichtung gegen einzelne Kollegen hinsichtlich schwerer Fehler aufgrund einer Fixierung, einer Nichtfixierung oder einer Folgeverletzung ermittelt hatte. Trotzdem wurde mehrfach geäußert, man *„sitze als Pflegekraft mit einem Bein im Gefängnis“* oder *„man würde bestraft, wenn eine richterliche Genehmigung zur Fixierung vorläge, diese aber nicht eingesetzt wäre und es zu einem Sturz oder aber einer Verletzung des Bewohners käme.“* Dies ist bemerkenswert, denn die Aussagen widersprechen ganz deutlich den eigenen Erfahrungen im Beruf. Gewertet werden kann dies als die Äußerung von faktisch nicht begründeten Befürchtungen. Sie sind Ausdruck einer verbreiteten und tiefen Verunsicherung über die rechtlichen Konsequenzen einzelner Vorgehensweisen. Zudem spiegelt sich hier ein Wissen um mögliche illegale Vorgänge (z.B. Fixierungen ohne vorhandene Genehmigung) wider.

Sehr bedeutsam erschien darüber hinaus die übereinstimmende Einschätzung, dass die Gesamtsituation der Fixierung in den letzten Jahren erheblich bewusster gemacht worden sei und dass die Häufigkeit und die Sorglosigkeit im Umgang mit Freiheitseinschränkenden oder entziehenden Maßnahmen abgenommen hätte. Aus der Berufserfahrung der meisten Teilnehmer betrachtet wurde deutlich, dass dies nicht immer so gewesen sei. Mehrfach wurde darauf verwiesen, dass das Projekt vor fünf Jahren auf völlig andere Bedingungen in den Einrichtungen gestoßen wäre. Zudem wurde geäußert, dass dies vor allem die Entwicklung in der stationären Altenhilfe betreffe. Hier sei viel passiert und man bemühe sich sehr, die Bewohnerfreiheit möglichst gut zu gewährleisten. An dieser Stelle wurde jedoch immer wieder auf einen ernst zu nehmenden Umstand hingewiesen, wenn er sich bewahrheitet. In den Krankenhäusern, so zahlreiche Aussagen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, sei die Situation ganz anders. Während man sich im Heim darum bemühe, die persönliche Freiheit größtmöglich zu erhalten, sei dies im Krankenhaus nicht der Fall. Mehrfach wurde über in der Einrichtung lebende Bewohner berichtet, die im Krankenhaus ohne jede Form einer vorliegenden richterlicher Genehmigung über den Zeitraum von mehr als 24 Stunden hinweg in der Freiheit eingeschränkt wurden. Bei Besuchen der Bewohner im Krankenhaus falle dies immer wieder auf. Auch seien hier noch Fixierungsmaterialien in Gebrauch, die in der eigenen Einrichtung nicht mehr angewendet würden (Handfixierungen). Darüber hinaus sei man sich dort anscheinend nicht klar, dass Bettgitter bereits eine freiheitsentziehende Maßnahme seien. So kam von unterschiedlicher Seite die Aussage, dass *„dies das richtige Projekt in den falschen Einrichtungen ist“*.

## Begründungen für eine Fixierung

Hinsichtlich der angegebenen Gründe für eine Fixierung zeigte sich bei den geschilderten Fällen bis auf eine Ausnahme („Stöbern in anderen Zimmern und Störung der Nachtruhe anderer Bewohner“), dass eine Einschränkung der Freiheit immer mit dem Sicherheitsaspekt (Sturzgefährdung) begründet war. Abweichend zu den Berichten in der Literaturzusammenstellung wurde diese Entscheidung jedoch nicht bereits auf der Basis einer vorliegenden Sturzgefährdung getroffen. Im Projekt konnte ermittelt werden, dass dies alleine nicht ausreichte. Wie auch später in den Fallschilderungen deutlich wird, ist es *in erster Linie* die Sturzgefährdung in Verbindung mit bereits zahlreich aufgetretenen Stürzen und erheblichen Sturzfolgen, die zur Fixierung führt. In allen Einrichtungen wurden Hüftprotektoren zur Sturzfolgenminderung eingesetzt. Helme jedoch wurden in zwei Einrichtungen ausprobiert, aber nicht mehr eingesetzt, weil diese nicht nur bei dem Betroffenen eine geringe Akzeptanz hätten, sondern weil dies auch dazu führen würde, dass der Bewohner von anderen ausgegrenzt würde. So wurde berichtet, dass dies für die Gesamtsituation (soziale und gesundheitliche Situation des Bewohners in der Einrichtung) keine Hilfestellung sei. Erst wenn der Bewohner mehrfach Verletzungen aufgrund von Stürzen erlitten hat, wurde in den diskutierten Fällen und in den meisten der Wohnbereiche eine freiheitseinschränkende Maßnahme in Erwägung gezogen (als nicht mehr vermeidbar eingestuft) und schließlich auch durchgeführt. Hierbei ist zu verzeichnen, dass die Bewohner, bei denen dann eine freiheitsentziehende Maßnahme angewendet wird, diese kontinuierlich erfahren. Auf die Frage, was denn bei diesen Fällen zu einer Entfixierung führen könnte, wurde genannt, dass dies in aller Regel ein ‚*Zwischenstadium*‘ sei, eine Entfixierung aber erst dann vorgenommen würde, wenn sich die Bewegungsfähigkeit und die Unruhe des Bewohners grundlegend verändert hätten. In normalen Verläufen ist dies mit einem Fortschreiten der Erkrankung verbunden und mit in späteren Krankheitsphasen einer Demenz mit einem weitestgehenden Verlust der Selbstständigkeit und der Bewegungsfähigkeit.

Neben den Hauptbegründungen für eine Fixierung konnten auch weitere legitimierende Aspekte festgestellt werden, die alleine jedoch nicht ausreichen, um einen Bewohner entsprechend einzuschränken. Es sind Aspekte, die neben der Sicherheit eine weitere positive Intention beschreiben. So wurde beispielsweise berichtet, dass die Ortsfixierung am Tisch bei einzelnen Bewohnern die einzige Möglichkeit sei, damit diese ausreichend mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden können. Würde dies nicht vorgenommen, dann wäre die Aufmerksamkeit der Bewohner immer auf andere Dinge oder auf den Bewegungsdrang gerichtet.

Es gab darüber hinaus noch weitere Aspekte, die im Rahmen einer „Begründung“ thematisiert werden müssen. Bei einem Gespräch wurde deutlich, dass die Mitarbeiter beklagten, bei einer Entfixierung würde ihnen ein erheblicher zusätzlicher bürokratischer Aufwand entstehen. Damit war gemeint, dass das vorliegende Fixierungsprotokoll (für Fixierungen mit Bauchgurt am Stuhl und zur Nacht mit Bettgitter) eine Eintragung mit einem einfachen Handkürzel vorsah. Bei einer entsprechenden Entfixierung des Bewohners aber müsste demgegenüber genau eingetragen wer-

den, wann, wie lange und warum er nicht fixiert sei. Das wurde von den Mitarbeitern so wahrgenommen, bzw. im Alltag so gehandhabt, wobei sie kein Verständnis dafür äußerten, dass eine Entfixierung überhaupt protokolliert werden sollte, wo dies doch der Normalzustand sei. Dies entspräche ihrer Einschätzung nach einem ‚*paradoxen Dokumentationszwang*‘, den sie als Entwertung ihrer Einschätzungscompetenz und ihrer Fähigkeit zur Risikobestimmung werteten. Woher diese „Bestimmung“ zur Dokumentation der Nichtfixierung kam, konnte nicht genau bestimmt werden. Es bleibt damit fraglich, ob es sich nicht eher um ein Missverständnis hinsichtlich der Dokumentationsroutine handelt.

## **Teamstruktur**

Wichtig sind die Vorerfahrungen mit Teams bezüglich des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Dies betrifft die Frage einer „Teamkultur“. Mehrere Teilnehmer sagten, dass der Umgang mit Fixierung für sie ein Grund gewesen sei, die vorherige Einrichtung zu verlassen oder aber ein Team zu wechseln. Der Einfluss des Teams auf den gesamten Umgang mit der Thematik muss daher als sehr bedeutsam eingestuft werden, denn es scheint schwierig zu sein, sich ‚*über das Team hinwegzusetzen*‘. Existieren in einem Team Regeln wie: ‚*Hier wird niemand angebunden*‘, so richten sich alle Teammitglieder danach und ihr gesamtes Handeln daran aus. Dabei waren sowohl Bewohnerschaft und andere Faktoren ähnlich gelagert wie die bei einem anderen Teams, die sagten, es sei unvermeidbar, dass manche Bewohner auch in der Freiheit eingeschränkt würden. Es zeigen sich also vom Bewohner als unabhängig zu bezeichnende Einstellungen, die das Denken und Handeln eines Teams leiten.

Ein Team, das keinerlei Fixierung zulässt und erwägt gab es in einer Einrichtung. Es zeigte ein starkes gemeinschaftliches und vor allem einheitliches Auftreten hinsichtlich dieser Fragestellung. Dabei zeigte sich auch, dass die Vorgabe der Leitung (Wohnbereich) und der Umgang mit dem Team wesentlich sind. Bei dem skizzierten Team galt eine Fixierung generell als Kulturverletzung. Als besonders gravierend und einschneidend wurde daher empfunden, als eine Nachtwache gegen den Willen des restlichen Teams eine temporäre Fixierung eines Bewohners durchsetzte. Dieses Verhalten wurde sozial sanktioniert. Um zu einem solch einheitlichen Bewertungsmaßstab zu kommen, braucht es jedoch eine Zeit des Zusammenwachsens eines Teams und dem Verständnis seiner Pflegekultur. Deswegen ist auch die Frage nach der Dauer der stabilen Zusammensetzung von Teams eine wichtige. Dieser Punkt wurde bei jedem Gespräch angesprochen und es zeigte sich, dass dort, wo Teams schon lange stabil zusammen waren, jeweils spezifische „Kulturen“ und Umgangsregeln geschaffen worden waren. Dies beinhaltet auch den Umgang mit dem Problemfeld der freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Aber es zeigte sich nicht dass dort, wo lange miteinander gearbeitet wurde automatisch ein kritischerer Umgang herrschte. Daher ist diesem Aspekt Beachtung zu schenken, wenn es um Veränderungen und um Schulungsinterventionen geht. Stabile Teams sind von außen nicht mehr in dem Maße zu beeinflussen, weil die internen Vorstellungen bereits angeglichen sind. Je nach Haltung der Teams gegenüber der Proble-

matik ‚Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen‘ kann dieses Faktum für Veränderungsansätze positiv sein (Abschirmung gegenüber einer Senkung erreichter Qualitätsstandards) oder eher negativ (Ablehnung/Resistenz gegenüber neuen Ideen und Reflexionsmöglichkeiten).

## Kreativität / Ideen

Zentral sind auch die Gedanken, die sich die Pflegenden vor Ort machen. Diese hängen damit zusammen, wie kreativ die Mitarbeiter / Leitungen und Einrichtungsleitungen sind. Eine Rolle spielt dabei das Vorhandensein von entsprechendem Equipment. Das können sein: Niedrigbetten, Sensormatten, Funkklingeln, Bewegungsbänder etc. Der Einsatz der technischen Hilfen ist Teil einer kreativen Nutzung, aber bei weitem nicht alles an möglicher Alternative.

So gab es eine Einrichtung, die sich den Kauf von Niedrigbetten derzeit nicht in entsprechender Anzahl leisten konnte. Es wurde dem Hausmeisterdienst der Auftrag erteilt, dass bei den Holzbetten einfach die Beine abgesägt werden sollten, um so Niedrigbetten herzustellen. In einer anderen Einrichtung wurde überlegt, welche Alternative es gäbe, um einen sehr mobilen (Wandering) demenziell veränderten Bewohner entsprechend ausreichend mit Nahrung zu versorgen, ohne ihn ortsfixieren zu müssen. Man bestellte in der Küche Nahrung, die ihm beim Laufen angereicht werden konnte.

Darüber hinaus wurde von allen Teams erwähnt, dass man „Pflegerster“ kenne, also Lager aus Betten oder mit Matratze, die auf dem Boden liegen, sodass der Bewohner nicht aus dem Bett stürzen kann. Die Bewertung dieser Maßnahme allerdings fiel sehr unterschiedlich aus:

Pro	Contra
Bewohner kann nicht „stürzen“, da er ebenerdig auf der Matratze liegt. „Runterrollen“ ungefährlich	Bewohner kann nicht aufstehen, weil die Bein-kraft nicht ausreicht. „Kriechen“ wird dann als Fortbewegung gewählt
Kaum Verletzungsrisiko	Ist manchen Angehörigen gegenüber schwierig zu vermitteln: <i>„Jetzt muss er auch noch auf dem Boden schlafen“</i>
Kostengünstige und effektive Maßnahme, die jederzeit realisierbar ist	Ggf. Sturzgefährdung für Mitbewohner
Es werden keine weiteren beengenden oder einschränkenden Gurte etc. mehr notwendig	Pflegende können den Bewohner nicht mehr so gut erreichen und pflegen

Aufgrund dieser unterschiedlichen Argumente und Bewertungen kam die Maßnahme nicht überall zum Einsatz.

„Laufen“ und „Umherirren“ der Bewohner wurde mehrfach als ‚*letztes Zeichen seiner Vitalität*‘ gesehen und so oder anders bezeichnet. Mehrere Teams deuteten an, dass fraglich sei, was von einem Menschen noch übrig bliebe, dem man auch das noch wegnehmen würde? Dies kann auch als eine besondere Form der Kreativität verstanden werden, nämlich der Kreativität der Deutung. Damit ist gemeint, dass der Verstehensprozess und die Frage, wie man die Folgen des Verhaltens der Bewohner bewertet, wesentlich sind bei der Suche nach geeigneten Maßnahmen. Wäh-

rend in gängigen Lehrbüchern das „Umherirren“ (Wandering) als Symptom und somit negatives Zeichen der Erkrankung verstanden wird, deuten die Teammitglieder dieses in ein positives um. Plötzlich gilt es dieses positive Zeichen zu erhalten und nicht durch eine Fixierung entgegenzuwirken.

## **Nachwachenproblematik**

Von ganz entscheidender Brisanz bei der Frage nach einer Fixierung ist die Nachwachenproblematik. Übereinstimmend wurde berichtet, dass man tagsüber bestimmte Situationen ausgleichen könne und auch ggf. eine intensivere Beobachtung realisieren könne. Dies alles fällt aber in der Nacht weg. Mehrere der Teams äußerten, dass die Nachwachen nicht nur für einen Flur oder Wohnbereich (Etage und sogar Gebäudeteil) zuständig seien, sondern auch auf anderen Bereichen mitarbeiteten. Damit ergibt sich die Situation, dass viele Bewohner in der Nacht nicht hinreichend beobachtet werden können. Ein Sturz aus einem Bett wird nicht gehört, ein Rufen ebenso wenig. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass dieser Umstand alleine dafür verantwortlich sei, dass die Freiheit einzelner Bewohner nachts eingeschränkt werde. Das entspricht auch der Einschätzung der Teams, die sehr restriktiv mit freiheitsentziehenden Maßnahmen umgehen.

Hier zeigt sich ein klares Dilemma: Die Menschen in den Einrichtungen sind immer älter und nicht selten auch stark altersverwirrt. Damit einher geht mitunter eine Tag-Nacht-Umkehr des Rhythmus, das heißt, viele demenziell veränderte Bewohner sind in der Nacht wach und auch aktiv. Die Strukturen und Besetzungen in den Einrichtungen sind aber in aller Regel so ausgelegt, als sei eine Nachtwache tatsächlich nur zur Beaufsichtigung und für etwaige Notfälle da und als ob in einem Heim nur am Tag auch „gelebt“ werde. In der Wirklichkeit hat sich der Pflergetag längst verlängert oder gänzlich aufgelöst. Dies wird teilweise durch einen „späten Spätdienst“ (bis 22.30 Uhr) aufzufangen versucht, entpuppt sich aber vor dem Hintergrund der beschriebenen Problematik als nicht ausreichend.

Oftmals wurde angesprochen, dass eine nächtliche Fixierung vermeidbar wäre, wenn der Bewohner bei offener Türe schlafen würde, vor den Bereich der Stationseinheit geschoben werden könnte oder aber mindestens eine Wache nur für den Flur vorhanden wäre.

## **Risikobereitschaft**

Mit den bisherigen Punkten einher geht auch die Frage der Risikobereitschaft des Einzelnen oder des ganzen Teams. Gerade vor dem Hintergrund der nächtlichen Situation spielt dies eine große Rolle. Fixierung kann an dieser Stelle auch anderes verstanden werden. So kann gefragt werden, ob eine Fixierung nicht dem „Anbinden der Angst der Pflegenden“ dient? Die ist durchaus berechtigt, denn es gibt viele Konsequenzen, die mit einer Fixierung nicht in Kauf genommen werden müssen.

Da ist einerseits die rechtliche Konsequenz und die Frage, wer für eine Sturzfolge verantwortlich gemacht wird. Darüber hinaus darf keinesfalls vergessen werden, dass es auch eine emotionale Komponente gibt: Die Pflegenden leben teilweise sehr lange mit dem Bewohner, kennen ihn, betreuen ihn so gut wie sie können und durch eine Unachtsamkeit, die Unmöglichkeit der dauernden Beobachtung etc. stürzt der Bewohner und muss ins Krankenhaus. Hier wird die Verletzungsfolge auch als persönliche Niederlage erlebt, als schlimmer Unfall, der am beruflichen Selbstverständnis nagt. Thematisiert wurde dies in den Gesprächen dahingehend, dass einige Pflegende äußerten „man ist froh, wenn so was nicht in der eigenen Schicht passiert“ oder aber dass das „einen ganz schön belastet“. Das Einfordern von freier Bewegung durch Leitungen sei daher auch für die eigne Situation der Pflegenden nicht hilfreich und auch nicht immer mitarbeiterorientiert. In einem Interview hoben die Teammitglieder hervor, dass ihnen durch die Fixierung erhebliche Mehrarbeit entstehe, sie also durch eine angewendete Fixierung keine Erleichterung in den Abläufen verspüren würden. Diese von dritter Seite oft formulierte Annahme ginge in die falsche Richtung. Es würde also niemand „fixiert“, weil dies die Arbeit erleichtere.

Durch die Forderung einer Fixierungsfreiheit aber würden für Pflegende auch Dilemma-Situationen und schuldhafte Ereignisse geschaffen, wie die nach einem Sturzereignis. Dabei geht es nicht unbedingt um lebensbedrohliche Zustände (Oberschenkelhalsbruch, Kopfplatzwunde etc.). Bereits das Verständigen eines Krankenwagens, die Notwendigkeit, den Bewohner aus seinem gewohnten Ablauf zu reißen (durch eine Röntgenkontrolluntersuchung) kann dazu führen, dass sich individuelle Versagensgefühle breit machen.

In einer Einrichtung wurde thematisiert, dass bei einer Bewohnerin abgestimmt sei, dass sie keinesfalls fixiert werden solle, egal, wie sich ihr Zustand verändere, egal, was sie tue. Auch auf die Gefahr hin, dass sie die Einrichtung verlassen und ihr ein schlimmer Unfall passieren würde sei abgestimmt, dass sie an nichts gehindert werden sollte, was sie durchführen wolle. Ja selbst ein Todesfall, so sei von dem Sohn bestimmt, werde in Kauf genommen für die Wahrung des Rechts auf individuelle Freiheit. Dies bedarf jedoch nicht nur einer mutigen Zustimmung des Sohnes, sondern auch des Mutes des Pflgeteams, das das Risiko in Teilen mit übernimmt und später mit etwaigen Folgen leben (lernen) muss.

So gesehen hat die individuelle Risikobereitschaft einzelner Pflegender oder der Teams einen großen Einfluss auf die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen.

## **Systematisierung der Bewohnerbeobachtung**

Betrachtet man die Literatur, so gewinnt man den Eindruck, dass jede Form einer freiheitsentziehenden Maßnahme gleich gewertet wird. Dies ist in der Wirklichkeit der Einrichtungen aber nicht der Fall zu sein. Hier wird sehr stark unterschieden zwischen einzelnen Maßnahmen und nicht selten erfolgt eine Auswahl der freiheitsentziehenden Maßnahme auf der Basis einer umfassenden und systematischen Beobachtung, die dann in einer Fallkonferenz diskutiert wird. In den Ge-

sprächen wurde mehrfach betont (von unterschiedlichen Teams), wie die Pflegenden bei der Auswahl vorgehen. Dabei gab ein Team an, man beobachte den Bewohner entsprechend seinen Gewohnheiten und Bewegungsabläufen sehr genau und wenn eine freiheitsentziehende Maßnahme notwendig erscheine, teste man jeweils kurzzeitig aus, welche Form er am ehesten toleriere. Das Tolerieren von Maßnahmen spielt in der Wirklichkeit der Wohnbereiche und der Pflegenden eine große Rolle. Es gibt den Interviewangaben zufolge Bewohner, die einen Bauchgurt tragen, diesen aber nicht als hinderlich oder störend zu empfinden scheinen. Dennoch ist dies – bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern – eine erhebliche und juristisch in jedem Fall abzusichernde freiheitsentziehende Maßnahme. Haben sie hingegen einen Therapietisch vor dem Stuhl, dann versuchen sie diesen immer wieder wegzuschieben und werden unruhig. Die befragten Pflegenden vermittelten glaubhaft, dass sie dies beobachteten und als relevanten Hinweis für (für den Bewohner) akzeptable bzw. inakzeptable Maßnahmen beachteten. Oft spiele die Auswahl der anzuwendenden Maßnahme eine Rolle, ehe sie dem Gericht einen Vorschlag unterbreiteten. Viele der zitierten Untersuchungen zum Thema greifen diesen wichtigen Aspekt im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht mit auf und differenzieren hier nicht nach vom Bewohner tolerierten und nicht tolerierten Maßnahmen.

Zu der Hierarchie der eingesetzten Verfahren kann ebenfalls eine Aussage gemacht werden. Die befragten Teams empfanden die medikamentöse Dämpfung („chemische Fixierung“) als die schlimmste aller möglichen Fixierungsarten. Einerseits, weil sie nicht kurzfristig aufgehoben werden kann (wie eine mechanische) und auch nicht von Pflegenden gesteuert und vor allem, weil sie *„so stark in das Wesen eines Menschen eingreift, dass von ihm nicht mehr viel übrig bleibt“*. Der Mensch ist dann *„nicht mehr der Gleiche.“* Die befragten Pflegenden befürworteten somit eine mechanische Fixierung für die Bewohner eher als eine medikamentöse Fixierung.

## **Weitere Ergebnisse**

Neben der Rolle der Pflegenden wurden noch weitere Hinweise und Einflussfaktoren gefunden, die bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme einwirken. In der nachfolgenden Grafik sind diese Bereiche mit abgebildet.

In Bezug auf die Angehörigen und die gesetzlichen Betreuer zeigte sich, dass vor allem die Anzahl der Kontakte eine große Rolle spielt. Vielfach wurde geäußert, dass man mit Verwandten, die oft da seien, eh einen so guten Kontakt habe, dass man mit ihnen alles absprechen würde (auch den Vorschlag eine freiheitsentziehende Maßnahme zu beantragen oder aufzuheben). Die Angehörigen, die nicht oft kämen (z.B. weil sie weiter weg wohnen), vertrauten in aller Regel den Einschätzungen der Pflegenden. Daneben habe die Kooperation auch viel damit zu tun, welche Vorerfahrungen und (auch Vorurteile) jemand einer Einrichtung gegenüber habe. Dabei gäbe es auch Personen, die davon ausgingen, dass ein Heim dazu da sei, dass der Bewohner kein Risiko mehr erleide, aber die seien in der Minderheit. Der persönliche Kontakt zu den Angehörigen spielt daher eine tragende Rolle.

Analog dazu lässt sich auch die Rolle der Betreuer bestimmen. Hier hängt es davon ab, wie viele Personen von ihm betreut werden, wie gut und bekannt er in der Einrichtung ist.

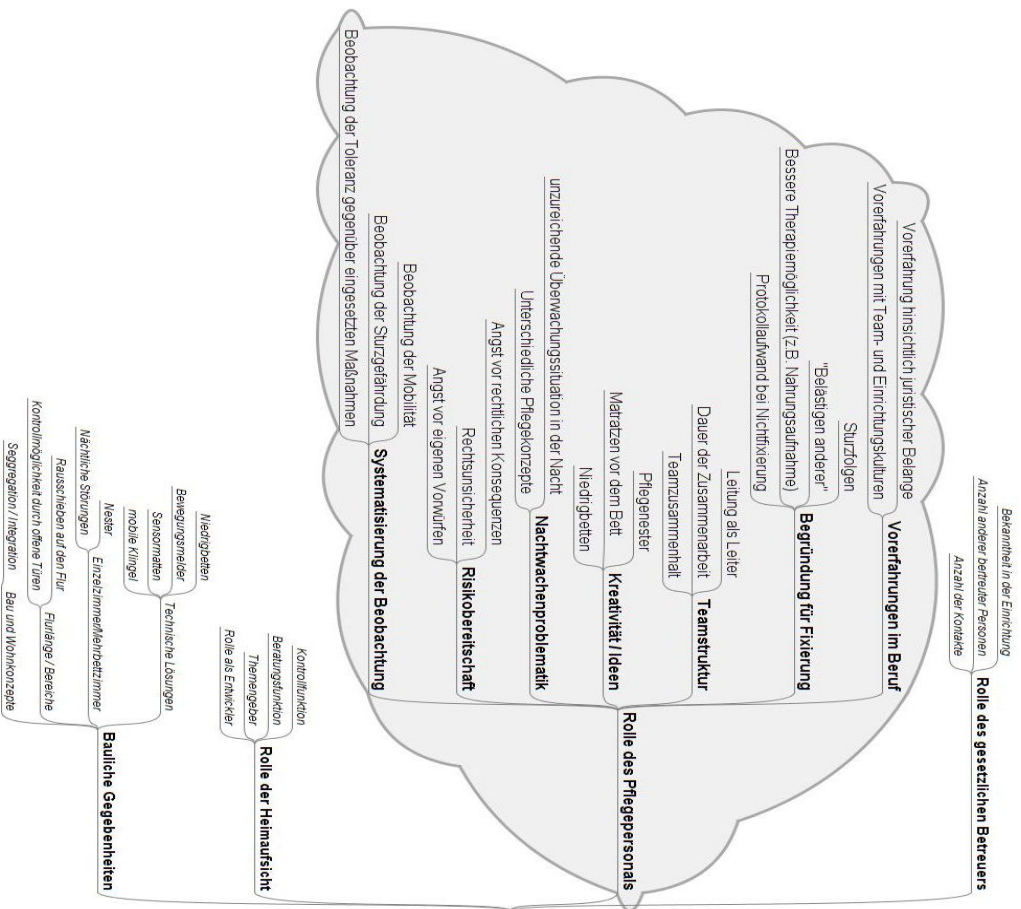
Ähnlich ist dies bei Vormundschaftsrichtern und bei den Rechtspflegern zu betrachten. Hier ist wichtig (für ein Genehmigungsverfahren), wie gut die entsprechende Person die Einrichtung kennt, welcher Kontakt regelmäßig besteht.

Die Rolle des Bewohners wurde schon in Teilen thematisiert, denn hier ist nicht nur das Risiko (Begründung), das er erleidet, von zentraler Bedeutung, sondern auch die Frage, was er an Maßnahmen wie toleriert und welche Verhaltensweisen (Unruhe oder Gangunsicherheit) er zeigt. Dies zusammen wirkt ein auf die Auswahl oder die Verhinderung einer freiheitsentziehenden Maßnahme.

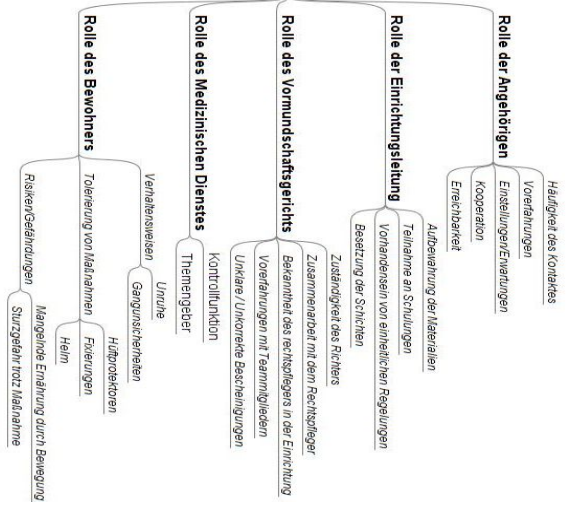
Des Weiteren wurden bauliche und Umgebungsfaktoren thematisiert. Dabei spielte die technische Ausstattung der Einrichtung eine Rolle. In diesem Bereich sind die technischen Hilfen zu nennen, wie eine mobile Klingel für den Bewohner, eine Sensormatte (nicht eingesetzt), ein Funkmeldesystem, das den Austritt eines Bewohners meldet (mehrfach eingesetzt) oder aber auch die Niedrigbetten. Außer den Niedrigbetten jedoch wurden technische Hilfsmittel insgesamt eher als Ergänzung und geringfügige Hilfe angesehen. Sensormatten wurden nicht eingesetzt, weil ein sinnvoller Einsatz in Verbindung mit einer hohen Personalkraftquote gebracht wurde („Was nutzt ein akustisches Signal dass ein Bewohner aufsteht, wenn niemand da ist, der sofort einschreiten kann?“) Auch wurde berichtet, dass akustische Signale eines Bewohners beim Verlassen des Wohnbereichs nur begrenzt von Nutzen sind, wenn das Signal so häufig erklingt, dass es zu einer Regelmäßigkeit wird und somit nicht mehr als Alarmsignal identifiziert wird. Es zeigte sich also insgesamt, dass die technischen Hilfen als nicht kompensierend eingeschätzt wurden. Anders ist dies hinsichtlich der Grundstruktur der Einrichtung zu sehen. Baulich erscheint als zentraler Aspekt, ob Einzel- oder Mehrbettzimmer vorhanden sind. Daran macht sich unter anderem die Nutzung von Pflegenestern fest. Sie können je nachdem eingesetzt werden, wenn die Matratzen und Decken auf dem Boden keine zusätzliche Stolperfalle für den Bewohner darstellen. Gleiches gilt für Matratzen (oder Turnmatten) vor dem Bett.

Zudem wurden auch die Rolle des MDK und die der Heimaufsicht angesprochen. Beiden Prüfororganen sprach man zu, dass sie Themen vorgeben und durch die Kontrollen auch Entwicklungen in Gang setzen.

Die Rolle der Einrichtungsleitung wurde bereits in den Gesprächsergebnissen mit den Leitungen dargestellt. Sie gibt mit ihrem Vorbild und mit dem Umgang wesentlich die Richtung an. Gleichwohl gab es in den Mitarbeitergesprächen auch Hinweise, dass die Teams mitunter Bewohner und Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme gänzlich anders beurteilten als die Leitung der Einrichtung.



**Freiheitsentziehende Maßnahme bei einem Bewohner**



## Grundlagen des Schulungskonzepts

Seit 2000 widmet sich die Fort- und Weiterbildung des Amtes für Altenarbeit verstärkt der Problematik der freiheitsentziehenden Maßnahmen. Hierzu wurden zahlreiche zentrale Seminarangebote sowie innerbetriebliche Fortbildungen unterbreitet und durchgeführt. Regelmäßig wird das Thema in den laufenden Weiterbildungsangeboten (Gerontopsychiatrie-Weiterbildung, Wohnbereichsleitungs-Weiterbildung) problematisiert (vgl. die entsprechenden Erfahrungsberichte der Fort- und Weiterbildung). Gegenstände dieser Schulungen sind:

- ethische Fragestellungen
- pflegfachliche Themen
- (betreuungs-)rechtliche Themen
- Selbsterfahrungsübungen („fixierte Teilnehmer/in“)
- Fragen der Kooperation (mit Fachärzten, Betreuern, Vormundschaftsgerichten etc.) und Zuständigkeiten

Wie sich aus der Auswertung dieser Seminare(-einheiten) zeigt, stellt der oben angesprochene, von den befragten Teams in den Pflegeeinrichtungen geforderte Einbezug von Leitungskräften und anderen Zielgruppen (Ärzte, Betreuer) in solche Seminarkontexte einen Mangel dar, da diese Gruppierungen bislang nicht erreicht werden konnten. Geht man aber davon aus, dass die Klärung der Notwendigkeit und der Voraussetzungen der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen stets eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt (s.o.), an dem verschiedene Personen bzw. Berufsgruppen (u.a. Betreuer gem. § 1906 BGB, Fachärzte gem. § 70e FGG, Pflegedienstleitung und Pflegefachkräfte der Einrichtung gem. § 70d Abs. 1 FGG) beteiligt sind, so bleibt festzustellen, dass mit den bisherigen Angeboten lediglich eine dieser Zielgruppen (die Pflegekräfte) erreicht wurde. Aufgrund der derzeitigen Konzeption der Fort- und Weiterbildung, deren Aktionsradius sich nahezu ausschließlich auf das Feld der Altenpflege fokussiert<sup>43</sup> und innerhalb dieses Feldes wiederum primär auf die Ebenen der praktischen Pflege bis zum mittleren Management (Wohnbereichsleitungen) werden entsprechende Angebote an die o.a. Adressatengruppen von eben diesen kaum wahrgenommen. Hierzu bedarf es einer veränderten konzeptionellen und organisatorischen Ausrichtung in Richtung einer Diversifizierung der Angebotspalette und einer Steigerung der Attraktivität der organisatorischen Rahmbedingungen, so dass Interessenten, die sich bislang nicht angesprochen fühlten, bereit sind, entsprechende Bildungsangebote des Amtes für Altenarbeit gemeinsam mit den Pflegefachkräften wahrzunehmen.

In Bezug auf die vertraute Zielgruppe (Pflegekräfte) konnte das bestehende Schulungskonzept der Fort- und Weiterbildung des Amtes für Altenarbeit auf der Basis vorliegender Zwischenergebnisse

---

<sup>43</sup> Weitere Adressaten sind derzeit: Pflegenden Angehörige, Hilfskräfte in der Pflege, Ehrenamtler/innen

inhaltlich verändert und optimiert werden. Weitere Anpassungen erfolgen im Rahmen der jeweiligen systematischen Reflexion und Auswertung abgeschlossener Seminare.

Die Optimierung betrifft vor allem die Auseinandersetzung mit einer entsprechenden Verfahrensweisung (s. Anhang) für die Leitungsebene (Pflegedienstleitungen) sowie flankierend hierzu mit den zwei Flussdiagrammen, die zum einen den Abwägungsprozess zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen darstellen und zum anderen die fachgerechte Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (im Sinne der Legitimität und Legalität). Die Flussdiagramme (s. Anhang) wurden so konzipiert, dass sie strukturell gekoppelt an das Verfahren zur Durchführung der hermeneutischen Fallarbeit sind<sup>44</sup>. Sie können somit auf der Grundlage der Fallarbeit von Pflegefachkräften als Abwägungshilfen genutzt werden. Da es in der Altenhilfe – nicht zuletzt durch die Einführung von unterschiedlichen Qualitätsmanagementansätzen – eine Anhäufung von Checklisten und Ablaufdiagrammen (so genannten konditionalprogrammatischen Entscheidungshilfen) gibt, die nicht immer dem einzelnen Menschen und der einzelnen Entscheidungssituation gerecht werden, stellen die Flussdiagramme zur Unterstützung des Abwägungsprozesses lediglich ein Standbein der Entscheidungsfindung dar. Darüber hinaus wird von den Akteuren stets eine situative Entscheidungskompetenz erwartet, die sich an dem jeweiligen Fall in der konkreten Situation zu orientieren hat (so genanntes zweckprogrammatisches Entscheiden). In vielen Situationen des Alltags helfen Checklisten nicht bzw. suggerieren sie eher eine Hilfe und Unterstützung, die sie nicht gewähren können und bei ihrer Nutzung führen sie in die Irre. Dies trifft vor allem auf Situationen zu, in denen situativ bzw. ad hoc entschieden und gehandelt werden muss, wie beispielsweise in einer Situation des rechtfertigenden Notstands (gem. § 34 StGB). Das Heranziehen und Verlassen auf eine Checkliste wäre hier kontraproduktiv.

Es bedarf also unterschiedlicher Kompetenzen im fachgerechten Umgang mit den unterschiedlichen Situationen und Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Die vom Amt für Altenarbeit durchgeführten Schulungen und Seminare haben deshalb vor allem die Stärkung der Selbstorganisationsfähigkeiten der Pflegenden (als zentrale Basis der Herausbildung und Stärkung unterschiedlicher Kompetenzen) zum Ziel. Dabei ist allerdings stets mit zu bedenken, dass Kompetenzentwicklung nicht nur von der regelmäßigen Wahrnehmung entsprechender Bildungsangeboten abhängig ist, sondern ebenso von den „mit gebrachten“ unterschiedlichen Dispositionen (bereits vorhandene Fähigkeiten, Bereitschaften, Interessen) der sich bildenden Akteure. Diese wiederum können nicht von der Bildungseinrichtung erfragt oder in anderer Form erhoben werden. Sie werden von den Pflegeeinrichtungen vielmehr bereits vor dem Stellenantritt, bei der Einstellung überprüft. Die zur fachgerechten Umgang mit dem Thema der Fixierungen erforderliche Kompetenz wird im vorliegen-

<sup>44</sup> Um einen Fall in seiner vollen Fallwirklichkeit erfassen zu können, bedarf es einer multiperspektivischen Herangehensweise. D.h., nicht die Erklärung oder Interpretation der einzelnen Pflegekraft führt zu einem Fallverstehen, sondern die methodisch abgesicherte regelgeleitete Deutung und Interpretation aus unterschiedlichen Perspektiven (Hermeneutik) kann eine Vervollständigung des Falls ermöglichen. (vgl. J. Lennefer/M. Borutta: Wiese hermeneutische Fallarbeit? In: S. Saßen et al.: Risikomanagement (2007), S. 166 - 200

den Kontext des Themas also verstanden, als die Fähigkeit, sich selbst zu organisieren und damit auf der Basis vorhandener Dispositionen (Anlagen, Bereitschaften, Fähigkeiten) kreativ zu handeln und mit zu Beginn einer Situation noch unscharfen oder auch (noch) fehlenden Zielvorstellungen und Unbestimmtheiten umzugehen. Damit wären die durch eine Schulung folgende angesprochenen unterschiedlichen Kompetenzen<sup>45</sup> gemeint, wie:

- Fachkompetenz (mit fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten kreativ situativ anstehende Probleme zu lösen; das vorhandene Wissen sinnhaft einzuordnen und zu bewerten)
- Methodenkompetenz (Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch kreativ zu gestalten und zu strukturieren)
- Sozialkompetenz (sich mit anderen kreativ auseinander zu setzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, um neue Pläne und Ziele zu entwickeln)
- personale Kompetenz (sich selbst einzuschätzen, produktive Einstellung, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, Leistungsvorsätze zu entwickeln, Bereitschaft sich im Rahmen der Arbeit und außerhalb kreativ zu entwickeln und zu lernen)
- Handlungskompetenzen (gesamtheitlich selbst organisiert zu handeln, Integration der vor genannten Kompetenzen).

Da die erforderlichen Kompetenzen allerdings niemals direkt beobachtbar sind, bedarf es einer Bezugsordnung, diese Kompetenzen beobachtbar und bewertbar zu machen. Neben den erwähnten Dispositionen (Anlagen, Fähigkeiten, Bereitschaften etc.) stellen hierbei Performanzen (beobachtete Verhaltensweisen) die zweite Seite einer Einheit dar. Performanzen verweisen als beobachtbares Verhalten auf den Gebrauch bzw. die Anwendung von Kompetenzen. Von Performanzen kann also – mehr oder weniger genau – auf Kompetenz (als generativer Mechanismus bzw. als Erklärungsprinzip für Verhalten) geschlossen werden.<sup>46</sup> Mit anderen Worten: Kompetenz ist stets eine Selbst- oder Fremdzuschreibung aufgrund eines beobachteten Verhaltens in bestimmten Situationen.

---

<sup>45</sup> In der folgenden Beschreibung der unterschiedlichen Kompetenzen lehnen wir uns an die von J. Erpenbeck und V. Heyse (1999) entwickelte Systematik (vgl. S. J. Schmidt 2005; S. 161)

<sup>46</sup> Der Umkehrschluss von Kompetenz auf Performanz ist hingegen nicht möglich.

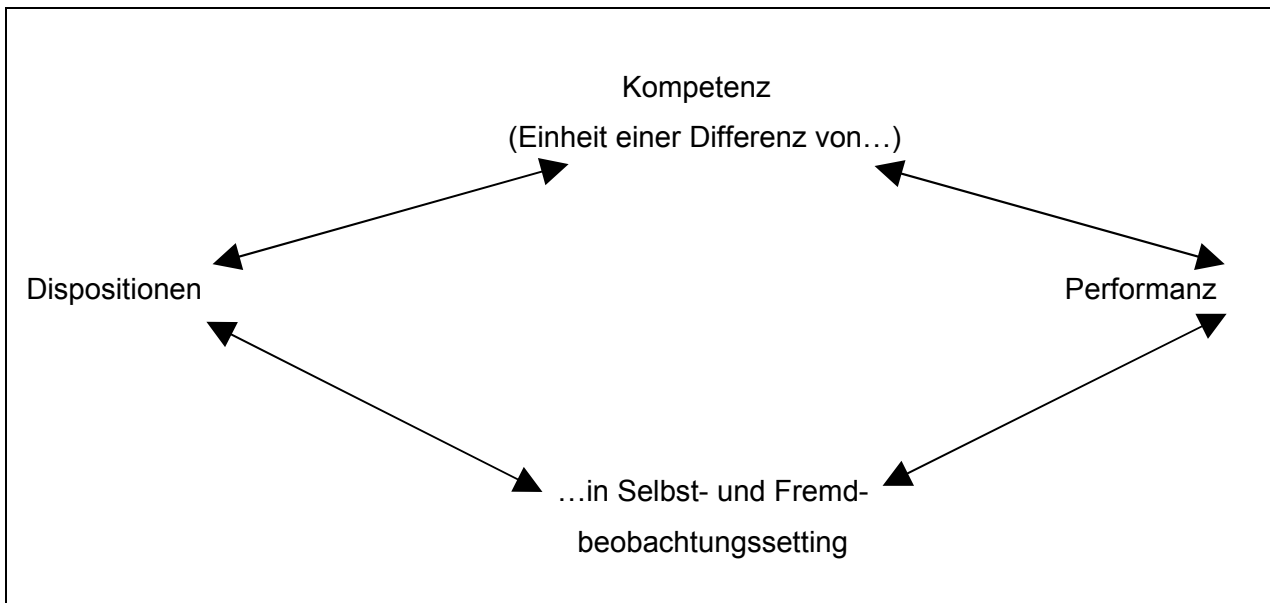


Abb.: Einheit der Differenz des Kompetenzbegriffs (n. S. J. Schmidt 2005:172)

Tschainer/Schwerdt (2002) sprechen in Bezug auf die erforderliche Kompetenz, die es zur Betreuung demenziell veränderter Menschen und ihres herausfordernden Verhaltens bedarf, von *performativen Kompetenzen*. Hierunter

*„...sind solche Kompetenzen zu verstehen, die sich im täglichen Handeln als effektiv erweisen. Es geht vor allem um den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer, in dem Pflege geplant wird und theoretische Konzepte situationsangemessen individuell angewendet werden.“<sup>47</sup>*

Damit ist gemeint, dass Pflege- und Leitungskräfte, die in so komplexen Situationen wie der Betreuung demenzkranker Menschen erfolgreich sein wollen, die Anforderungen eines „reflective practitioner“ (eines reflektierenden Praktikers) erfüllen müssen.

*„Sie muss bereit sein, eine ‚professionelle Haltung‘ einzunehmen, die von der Bereitschaft bestimmt ist, alle bisher erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten als vorläufig zu betrachten. Sie muss ihre Erfahrungen stets in Frage stellen können und an den Anforderungen der Praxis und an neuen Erkenntnissen relativieren.“<sup>48</sup>*

Dies verdeutlicht auch, dass ein eher verrichtungsorientiertes Verständnis der Pflege und Betreuung demenziell veränderter Menschen (wie es aktuell in der Richtlinie der GKV-Spitzenverbands der Pflegekassen gem. § 87b SGB XI zum Ausdruck kommt) den Anforderungen an diese komplexen Situationen, die nie antizipierbar oder generell steuerbar sind, nicht gerecht wird.

<sup>47</sup> Tschainer, S; Schwerdt, R. (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell veränderter Menschen. In: Expertisen zum 4. Altenbericht der Bundesregierung. Band III Hochaltrige und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, S. 181 – 288

<sup>48</sup> Ebd. S. 254

Das Selbsterfahrungselement „fixierten Pflegenden“ in den Inhouse-Seminaren dient der Reflexion der erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten aus der Praxis und der Klärung der Bereitschaft, diese situativ einzusetzen. Zudem soll es die angesprochene Selbstorganisationsfähigkeit stärken. Hierbei spielen auch Fragen einer situativ erforderlich werdenden Zivilcourage eine bedeutsame Rolle; wenn es beispielsweise darum geht, nicht rechtmäßigen Anordnungen von hierzu nicht befugten Personen fachlich korrekt, nicht verletzend und situationsangemessen zu widersprechen; beispielsweise, der Anordnungen zur Vornahme einer Fixierung durch Hausärzte (die hierzu nicht befugt sind).

Neben rechtlichen und pflegfachlichen Aspekten sind somit stets auch kommunikative Elemente und Aspekte der interdisziplinären Kooperation – nicht zuletzt auch mit Angehörigen und ihren unterschiedlichen Erwartungen – bedeutsam.

Es hat sich gezeigt, dass eine gute Heimvorfelddarbeit enorm wirkungsvoll sein kann und auftretende Missverständnisse hierdurch vertrauensvoll behoben werden können. Dort, wo Erwartungen im Vorhinein geklärt werden können; wo aber auch die Grenzen der pflegerischen Verantwortung (rechtlich markiert durch den Heimvertrag) angesprochen werden (Zuständigkeiten und Nicht-Zuständigkeiten der Pflegeeinrichtung und ihrer Mitarbeiter/innen), und wo des weiteren Angehörige in die Fallarbeit mit einbezogen werden, kommt es weitaus seltener zu Irritationen und Missverständnissen, als in Einrichtung, wo eben dies nicht gewährleistet ist.

Damit wird das o.a. Erfordernis einer multidimensionalen Perspektive auf das Thema bestätigt.

In keiner der zwischen 2000 und 2008 durchgeführten Schulungen und Seminare gab es ein evidenten Interesse an bestimmten Pflegehilfsmitteln seitens der Teilnehmer/innen. Das Thema der Alternativen über technische Hilfsmittel (wie Sensormatten, rutschfeste Socken, Hüftprotektoren, geteilte Bettgitter etc.) ist den Pflegenden hinreichend bekannt. Die Hilfsmittel werden in der Pflegepraxis regelmäßig miteinbezogen (vgl. Aussagen der Mitarbeiter/innen in den Interviews).<sup>49</sup>

## **Ergebnisse von Schulungsaspekten**

Im Rahmen eines ersten Pretestverfahrens wurde das neue Schulungskonzept in einer Innerbetrieblichen Fortbildung am 17.06.2008 eingesetzt. Wie zugesichert, wurde in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung eine Überprüfung der Maßnahme durchgeführt. Dabei wurden die beteiligten Mitarbeiter/innen anhand von 18 Kriterien vor dem Beginn der Schulung nach ihrem

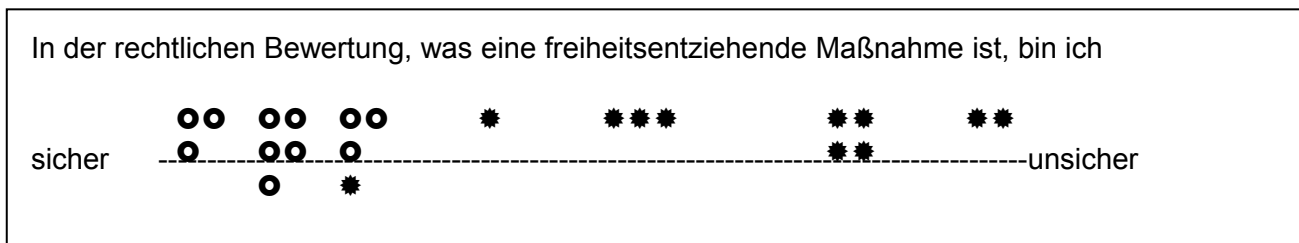
---

<sup>49</sup> Eine Firma aus dem süddeutschen Raum, die diese Hilfsmittel herstellt, Schulungen in ihrer Anwendung anbietet und in einem anderen Projekt zum Thema Fixierungen bereits mitgewirkt hatte, hatte sich aufgrund der Veröffentlichung des Projekts auf der Internetseite [www.pflege-regio-aachen.de](http://www.pflege-regio-aachen.de) mehrfach angeboten, während des laufenden Forschungsprojekts Schulungen in den Projekteinrichtungen im Kreis Aachen anzubieten. Hiervon haben sowohl das Amt für Altenarbeit als auch das dip mit Rücksicht auf die Einrichtungen und die beteiligten Mitarbeiter/innen; aber auch unter Berücksichtigung des Projektauftrags und der Zielsetzung des Projekts Abstand genommen.

eigenen Sicherheits-/Unsicherheitsempfinden befragt. Das Bewertungsformular wurde auf der Basis einer so genannten Visuellen Analog Skala (VAS) aufgebaut. Dabei werden zwei unterschiedliche Ausprägungen an die Endpunkte einer Strecke geschrieben und die Teilnehmer werden gebeten, sich entsprechend dort einzutragen, wo sie sich selbst verorten. Der Abstand zum Endpunkt zeigt dabei die Ausprägung an. Ein solches Verfahren bietet sich an, wenn die Anzahl der Befragten so klein ist, dass statistisch keine verwertbaren Ergebnisse produziert werden, wenn man Noten oder feste Zahlen als Bewertungen berücksichtigt. Die grafische Zusammenführung aller Antwortenden zu den jeweiligen Zeitpunkten zeigt an, wie Entwicklungen der Selbsteinschätzung zu bewerten sind.

Bei der Schulung ging es z.B. um Fragen der rechtlichen Zuständigkeit, der Genehmigungspflichtigkeit der Gabe von Psychopharmaka und der verantwortlichen Abwägung zur Klärung der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei demenziell veränderten Menschen. Die Bewertung über die VAS wurde zu Beginn und am Ende der Schulungsmaßnahme erneut durchgeführt. Exemplarisch soll an dieser Stelle der erste der Punkte vorgestellt werden. Die vollständige Auswertung befindet sich in der Anlage zu diesem Bericht.

- \* = Angaben vor der Schulung
- = Angaben nach der Schulung



Deutlich sichtbar ist, dass die Sternchen, die die Bewertung vor der Schulung anzeigen eher im rechten Bereich der Skala zu finden sind. Das heißt, dass sich die 10 Teilnehmer eher unsicher waren. Nach der Schulung wurden die Kreise eher im linken Bereich aufgezeichnet. Hier konnte also thematisch Sicherheit gewonnen werden. Im Anhang finden sich die Auswertungen zu den anderen Punkten der Schulungsevaluierung.

Insgesamt zeigt sich dabei, dass die Schulungen (jedenfalls kurzfristig) eine erhebliche Veränderung zu den relevanten Punkten erreichen können. Inwieweit sich dadurch Haltung und Verhaltensänderung ergeben und stabilisieren, kann mit dem eingesetzten Verfahren natürlich nicht gesagt werden.

In den Gesprächen mit den Teams wurde auch erfragt, was ihrer Ansicht nach Bestandteil einer Schulung sein müsste und wie eine Schulung angelegt sein müsste, damit die Mitarbeiter sich dafür interessieren und dort hingehen.

Die folgenden Punkte verdeutlichen zusammenfassend die relevanten Aspekte aus Sicht der Interviewten:

- Schaffung von Klarheit über Dokumentation, Genehmigungspflicht und Begründungen
- Begleitung der Teams „vor Ort“ mit Anleitung im konkreten Fall und nicht mit (meist zu unkomplexen) Fallgeschichten im Unterricht (Inhouse-Seminare)
- Teamprozesse steuern und verbessern. Mehr Mut im Team beibringen, gemeinsame Abwägungen und gemeinsames Beobachten (z.B. hinsichtlich der Tolerierung von Maßnahmen oder aber der Körperbewegungsfähigkeit trotz Maßnahme [Körperschwerpunkt über Bettgitter?]) einüben
- Leitungen der Einrichtungen sollen geschult werden (nicht nur die Teammitglieder)
- Schulungen von Richtern (vielfach seien die ausgestellten Genehmigungen umfassender als die Beantragung vorsieht)

## Fallgeschichten

Im Folgenden sollen einige Fallgeschichten beschrieben werden. Sie verdeutlichen die Situation der Bewohner und auch den Umgang der Pflegenden mit den Problembereichen der Bewohner. Namen etc. und auch Angaben über die Länge des Aufenthaltes sind aus Gründen der Anonymität abgeändert worden. Geschlechtsspezifische Beschreibungen werden ebenso vermieden. Auch dies geschieht aus Gründen der Anonymität. Insgesamt kann festgehalten werden, dass in zwei Einrichtungen keine „Fälle“ oder Fallgeschichten vorbereitet waren, weil keine fixierten (körpernahe Fixierung) Bewohner dort lebten. In vier weiteren Einrichtungen wurde jeweils ein Fall vorgestellt.

Die ausgewählten Fälle stehen für exemplarisch typisch diskutierte und vorgefundene Beispiele: So fiel in den Diskussionen auf, dass bei fixierten Bewohnern Sturzfolgen jeweils bereits eingetreten waren – eine prophylaktische Fixierung existierte in keinem Fall. Die Beispiele zeigen aber einen unterschiedlichen Umgang mit dieser Problematik, der einmal zur Fixierung führt und einmal als geringeres Risiko gegenüber einer Einschränkung der Freiheit bewertet wird. In einem anderen exemplarischen Fall wird vor allem die besondere Beaufsichtigungsproblematik in der Nacht thematisiert und in den Zusammenhang mit einer Fixierung gebracht. Darüber hinaus soll an einem Beispiel verdeutlicht werden, dass „Fixierung“ oder „Entfixierung“ nicht immer zwei Endpunkte sind, sondern dass es bei einer notwendigen Fixierung auch auf die Frage ankommt, welche Maßnahme vom Bewohner wie toleriert wird. Somit stehen die ausgewählten Fälle für real in der Praxis vorkommende Dilemma-Situationen, unterschiedliche Vorgehensweisen und exemplarische Überlegungen.

## **Bewohner 1**

Der Bewohner lebt seit ca. zwei Jahren in der besuchten Einrichtung und kam nach einem Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung. Anfänglich hatte der Sohn die Betreuung inne, konnte sie jedoch aufgrund seiner beruflichen Situation nicht aufrechterhalten. Eine gesetzliche Betreuerin übernimmt derzeit die Angelegenheiten des Bewohners. Der Bewohner ist aufgrund einer durch Diabetes bedingten Retinopathie (Augenhintergrundserkrankung) stark sehbehindert und zusätzlich zeitweise desorientiert. Die Bezugspflegerinnen geben an, dass er einen hohen Bewegungsdrang hat, dem sie versuchen nachzugeben.

Anfänglich konnte der Bewohner noch mit einem Rollator selbstständig gehen und sich in der Einrichtung zurechtfinden. Eine Mobilitätsproblematik ergab sich vor allem nachts, wenn er versuchte, aus dem Bett auszusteigen. Eine Sturzgefahr wurde von Anfang an festgestellt und der Bewohner stürzte bis zu viermal am Tag. Eine der betreuenden Pflegekräfte berichtet, sie habe sich die Fähigkeit zur Schwerpunktverlagerung des Bewohners im Bett angeschaut und dokumentiert (also die Fähigkeit, inwieweit der Bewohner seinen eigenen Körperschwerpunkt so weit über das Bettgitter bringen kann, dass dies zwar ein Hindernis darstellt, aber überwunden werden kann und so keinen hinreichenden Schutz vor einem Sturz bieten kann). Einer der Stürze hatte eine Oberschenkelhalsfraktur zur Folge, die chirurgisch im Krankenhaus versorgt wurde. Nach diesem Ereignis erfolgte in Absprache mit der Betreuerin und dem Sohn eine nächtliche Fixierung mit Bettgittern und kurzzeitig auch mit einem Bauchgurt. Dies wurde notwendig, weil der Bewohner über die Bettgitterfixierung hinweg stieg. Die Unruhe des Bewohners blieb bestehen und die Pflegenden entschlossen sich versuchsweise die Bettgitterfixierung und die Gurtfixierung wegzulassen. Zur Absicherung eines Sturzes, der als wahrscheinlich eingestuft wurde, wurde eine Matratze vor das Bett gelegt. Später wurde das Bett ganz durch mehrere übereinander gestapelte Matratzen ersetzt. Die tolerierte der Bewohner jedoch aufgrund von Rückenschmerzen nicht. Ein Niedrigbett wird derzeit angewendet, eine Matratze liegt vor dem Bett, die Bewegungsfähigkeit wird nicht weiter eingeschränkt.

Zwischenzeitlich hatte der Bewohner eine höhere Dosierung an Psychopharmaka, die ihn auch tagsüber stark eingeschränkt und häufig müde und schlafend werden ließ. Die Pflegekräfte zogen daraufhin den zuständigen Neurologen zu Rate und die Medikation wurde entsprechend abgeändert und niedriger dosiert. Der Bewohner kann nur teilweise selbstständig gehen. Heute sitzt er in einem Rollstuhl, den er selbstständig bewegt. Trotz seiner Sturzgefahr ist er weder im Rollstuhl noch mit einem Therapiestuhl fixiert. Dies gilt sowohl tagsüber als auch nachts.

## **Bewohner 2**

Der vorgestellte Bewohner lebt seit eineinhalb Jahren in der Einrichtung und hat einen vom Vormundschaftsgericht eingesetzten Betreuer. Er hat keine Familie, die ihn besucht oder in der Nähe

wohnt. Der Bewohner kam nach einem Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung, hat eine halbseitige Lähmung und eine beginnende Demenz. Zu Beginn seines Aufenthaltes war er mobil, konnte am Handlauf langsam und schlurfend gehen. Eine Sturzgefährdung lag vor, aber der Bewohner wurde nicht fixiert und es wurde auch trotz der Sturzgefährdung keine Fixierung in Erwägung gezogen. Er stand stets selbstständig auf, was teilweise auch Stürze zur Folge hatte und zu unterschiedlichen Sturzfolgen führte. Dies waren notwendige Kontrollröntgenaufnahmen, Platzwunden und sogar der Bruch eines Gesichtsknochens. Der Bewohner hatte im Laufe seines Aufenthaltes einen weiteren Schlaganfall, der ebenfalls im Krankenhaus behandelt wurde, wo er nochmals einen Schlaganfall erlitt, der seine motorischen Fähigkeiten insgesamt stark verschlechterte. Er kam nach dem längeren Klinikaufenthalt zurück in die Einrichtung und war nicht mehr in der Lage, ein stabiles Gleichgewicht aufzubauen oder sich zu halten. In der Folge wurde er nachts und auch tagsüber mehrfach liegend aufgefunden. Seine demenzielle Erkrankung schreitet im Verlauf seines Aufenthaltes weiter voran und das Team sieht insgesamt in seinem Zustand eine Verschlechterung dahingehend, dass sie ihn als nicht mehr rehabilitationsfähig einschätzen und ihn „*nicht mehr ans Laufen*“ kriegen werden. In der Beobachtung entschied sich das Team eine nächtliche körpernahe Fixierung zu veranlassen, da der Bewohner trotz seiner Schwäche immer wieder versuchte aufzustehen und motorisch so eingeschätzt wurde, dass ein alleiniges Bettgitter nicht ausreichte, um seinen weiterhin ungebrochenen Bewegungsdrang einzudämmen. Dieses könne er noch überwinden, was eine Erhöhung der Folgeschäden nach sich zöge. Ein „Pflegenest“ (also Matratzen und Decken auf dem Boden, auf denen der Bewohner schläft) oder aber andere Lösungen wurden nicht in Erwägung gezogen, weil der Bewohner in einem Doppelzimmer liegt und auf dem Boden liegende Matratzen nicht nur für ihn, sondern auch für seinen Mitbewohner als ein zusätzliches Risiko und eine Stolperfalle eingeschätzt werden. Es wird seitens des betreuenden Teams geäußert, dass der Bewohner anfangs die nächtliche Fixierung nicht gut toleriert habe, mittlerweile jedoch sei er so sehr daran gewöhnt, dass er keinerlei Leidensdruck zeige. Nächtliches Entfixieren, wenn auch nur stundenweise, wurde durchgeführt. Dabei ergab sich jedoch nach Einschätzung der Pflegekräfte, dass er dann keine Orientierung habe und eine punktuelle Entfixierung als nicht Therapie leitend eingestuft wird. Tagsüber wird der Bewohner nicht gurtfixiert, er sitzt jedoch in einem besonderen Therapiestuhl, der einem Fernsehsessel ähnelt und aus dessen Sitz er sich nicht selbstständig befreien kann und ist somit fixiert, was das Team auch entsprechend einstuft.

### **Bewohner 3**

Der vorgestellte Bewohner lebt seit fünf Jahren in der Einrichtung. Er hat eine Ehefrau, die häufig zu Besuch kommt und Kinder, die seltener kommen und vom Bewohner auch nicht mehr erkannt werden. Er wurde vor dem Heimeinzug von der Ehefrau zu Hause versorgt bis sich seine demenziell bedingte Situation stark verschlechterte.

Der Bewohner war vormals ein aktiver und sehr mobiler Mann, was man auch an dem Bewegungsdrang merkte, den er nach Angaben der betreuenden Pflegenden an den Tag legte. Er kam bereits mit einer richterlichen Genehmigung zur Fixierung, da er einige Monate in einer psychiatrischen Landeslinik verbracht hatte. Dort war er den Aussagen der Ehefrau zufolge häufig fixiert worden. In der Anfangssituation wurde diese Fixierung durch das Personal nicht ausgeführt, man richtete den Tagesablauf so ein, dass der Mann seinem Bewegungsdrang nachgehen konnte und so lief er bis spät abends, ehe er zu Bett ging und dort auch müde war.

Wegen zunehmender Verwirrtheit und einer eingeschätzten Sturzgefährdung wurde durch die Nachtwache angeregt, den Bewohner über Nacht mit dem Bauchgurt zu fixieren. Dieser erschien den Aussagen des Teams zufolge die Situation zu unsicher, zumal sie nicht nur vollständig für den Wohnbereich zuständig war, sondern nachts auch auf anderen Etagen im Haus mitarbeitete, eine enge Kontrolle des Bewohners daher nicht zu gewährleisten war. Zudem zeigte er ein insgesamt auffälliges Verhalten, da er nachts auch in andere Räume ging und dort andere Bewohner störte. Die Wohnbereichsleitung stimmte dieser geplanten Maßnahme jedoch nicht zu. Dennoch wurde eine Fixierung mit Zustimmung der Heimleitung beantragt und richterlich auch genehmigt. Die Pflegenden berichten, dass der Bewohner die Fixierung nicht gut angenommen habe und sich stark wehrte. Das führte dazu, dass neben der Bauchgurtfixierung auch eine Schultergurtfixierung notwendig wurde, da der Bewohner ansonsten nicht zu fixieren war. Es wurde berichtet, dass sich beim Bewohner zur Nacht hin so große Ängste aufgebaut hatten, dass er kaum noch dazu zu bewegen war, ins Zimmer zu gehen und dort ins Bett zu gehen. Die Mitarbeiter werteten dies als Konditionierung und als verständliche Reaktion auf die vom Bewohner als belastend empfundene Situation.

Das Team beschreibt diese Phase der Fixierung als sehr belastend, da die Mitarbeiter gegen die eigene Überzeugung gehandelt haben und ihrer Einschätzung nach nicht hinreichend nach Alternativen Ausschau gehalten wurde. Die Fixierung bestand ausschließlich nachts. Tagsüber bemühte man sich darum, dem Bewohner größtmögliche Bewegungsfreiheit einzuräumen. Diese äußerte sich so, dass ihm über einen kurzen Zeitraum hinweg das Essen im Laufen angereicht wurde, weil er trotz erheblicher Bemühungen nicht zur Nahrungsaufnahme am Tisch zu bringen war.

Nachdem der Bewohner sich einmal aus der Schultergurtfixierung und zum Teil auch aus der Bauchgurtfixierung befreit hatte und im Gurt verfangen aufgefunden wurde, wurde die Fixierung schrittweise zurückgeführt. Die Situation war als „Beinahe-Unfall“ gewertet worden und durch das Team als größeres Gefahrenpotenzial für den Bewohner identifiziert als ein möglicher Sturz. Die Fixierung wurde trotz weiterhin bestehender richterlicher Genehmigung vollständig aufgehoben. Der Bewohner baut derzeit aufgrund des Fortschreitens seiner Demenz zunehmend ab. Der Bewegungsdrang des Bewohners ist tagsüber meist sehr groß, er hat nun aber von sich aus das Bedürfnis Ruhephasen einzulegen und schläft tagsüber auch manchmal auf einem Stuhl sitzend ein. Medi-

kationsveränderungen werden nicht angegeben und für das Team stellt sich die Situation als insgesamt eher unproblematisch dar.

## **Bewohner 4**

Bewohner 4 lebt seit mehreren Jahren in der Einrichtung und hat vormals in einem anderen Wohnbereich derselben Einrichtung gelebt, wo er noch selbstständig gegangen war. Derzeit ist er tagsüber in einem Rollstuhl sitzend, aus dem er ohne fremde Hilfe nicht aussteigen kann. Die Pflegekräfte geben an, dass sie damit Schwierigkeiten haben und dass sie unsicher sind, inwieweit bereits das Feststellen des Rollstuhls und das Unterschieben unter die Tischkante eine schriftlich anzuordnende Fixierung ist, die richterlich genehmigt werden muss.

Nachts wird der Bewohner mit einem Bauchgurt körpernah fixiert. Zusätzlich werden seitlich Bettgitter angebracht, die nach Aussagen des Pflegepersonals aber weniger die Funktion einer zusätzlichen Sicherung haben, als vielmehr dem Bewohner als „Fußstütze“ und „Beinablage“ dienen. Der Bewohner ist motorisch extrem unruhig, nestelt an der Bettdecke und strampelt diese aus dem Bett heraus. Die körpernahe Fixierung des Bewohners (Bauchgurt) wird vom Team als nicht so sehr störend betrachtet, weil dem Bewohner die für sein Wohlbefinden extrem wichtige Bewegungsfreiheit in den Beinen und mit den Armen erhalten bleibt. Zwischenzeitlich hatte der Bewohner wegen der immer wieder aus dem Bett „gestrampelten“ Decke einen „Schlafsack“. Dieser stellt in den Augen des Personals einen erheblich größeren und gravierenderen Eingriff in die persönliche Entfaltungsmöglichkeit dar als der nun angewendete Bauchgurt.

Vom Team wurden als Alternativen ein „Pflegerest“ und auch Sicherheitsmatten vor dem Bett ausprobiert, was jedoch das Sturzrisiko des Bewohners und das Stürzen selbst nicht verändert hat. Auf die Frage, was zu einer völligen Entfixierung des Bewohners führen könnte, geben die Pflegenden an, dass mindestens eine Dauernachtwache in dem Wohnbereich verbleiben und die Zimmertür offen oder aber das Bett vor die Stationseinheit geschoben werden müsste, um eine Beobachtung kontinuierlich sicherstellen zu können. Weitere Alternativen sehen sie nicht.

## **Bewohner 5**

Der Bewohner 5 ist ein an einer senilen Demenzerkrankung leidender Mensch, der seit viereinhalb Jahren in der Einrichtung lebt. Die Demenz wird den Symptomen entsprechend als fortgeschritten bezeichnet. Der Bewohner nimmt seine direkte Umgebung und Personen nicht immer wahr und reagiert auf Veränderungen der betreuenden Personen und gewohnter Abläufe mit einer großen Verunsicherung. In der Einrichtung hat er bereits in verschiedenen Wohnbereichen gelebt. Bevor er in den Wohnbereich kam, mit dessen Teammitgliedern das Interview geführt wurde, war er in zwei anderen Bereichen gewesen. Dort wurde er aufgrund einer als Selbstgefährdung eingestuftem Sturzhäufigkeit auch fixiert. Der Bewohner hatte sich bei verschiedenen Stürzen bereits eine Oberschen-

kelhalsfraktur zugezogen. Darüber hinaus hatte er eine Radiusfraktur (Armbruch) in der Folge eines Sturzes erlitten. Eine richterliche Genehmigung zur bedarfsbezogenen Fixierung lag vor. Der Bewohner wurde nachts mit einer Bauchfixierung und Bettgittern am eigenständigen Verlassen des Bettes gehindert. Tagsüber wurde er mit einem Therapietisch fixiert und so am unbeaufsichtigten Aufstehen gehindert.

Der Bewohner fiel dem Team unter anderem dadurch auf, dass er monoton und permanent „Schwester“ rief, auf Ansprache jedoch nicht wusste, dass er gerufen hatte oder den Grund des Rufens nicht mehr benennen konnte. Häufig äußerte er daneben jedoch auch, dass er unbequem sitze oder aber dass er ja so nicht aufstehen könne. Die Leiterin der Wohngruppe beobachtete den Bewohner nach Umzug in den Wohnbereich über einen längeren Zeitraum und es wurde im Team eine Fallkonferenz über den Bewohner einberufen, an der alle betreuenden Pflegekräfte teilnahmen. Notwendig wurde die Fallkonferenz und eine Änderung des Umgangs mit dem Bewohner, als dieser trotz des Therapiestuhls gefallen war (mit dem Stuhl umgestürzt). Bei diesem Sturz zog sich der Bewohner keine Verletzungen zu. Das Sturzereignis wurde jedoch dahingehend bewertet, dass die „Sicherheit gebenden Hilfen“ Stürze nicht verhindern konnten.

In der Fallkonferenz fiel auf, dass niemand sicher angeben konnte, warum der Bewohner erstmalig fixiert wurde. Die Sturzgefährdung wurde nicht als hinreichender Grund bewertet und die Leitung des Wohnbereichs beschloss gemeinsam mit dem Team, dass der Bewohner zunächst stundenweise entfixiert werden sollte. Dies geschah an Tagen, an denen die Teambesetzung dies zuließ. Eine veränderte medikamentöse Einstellung erfolgte nicht. Die Leitung des Hauses wurde unterrichtet. Nachdem der Bewohner unter der Entfixierung Anzeichen einer Beruhigung zeigte, wurde diese ausgeweitet und es wurde vereinbart, dass die Entfixierung auch in der Nacht ausprobiert werden sollte. Auch hier zeigte der Bewohner eine Verbesserung, so dass der Betreuungsaufwand insgesamt sank und die nächtlichen Rufe des Bewohners (schellen) nachließen. Nach anfänglichen Unsicherheiten konnte der Bewohner wieder stärker mobilisiert werden. Ihm konnte der Umgang und die Zuhilfenahme eines Rollators sowie eines Toilettenstuhls für die Nacht beigebracht werden. Mittlerweile ist der Bewohner in seinen Bewegungen weitestgehend unabhängig, nimmt an Angeboten des Wohnbereichs teil. Die richterliche Genehmigung zur Fixierung ist ausgelaufen und eine Verlängerung wurde nicht mehr beantragt. Der Bewohner fällt trotz der wieder gewonnenen Freiheit und der erhöhten Mobilität hin und wieder, bislang jedoch ohne weitere ernste Sturzfolgen. Dass Stürze auftreten und nicht verhindert werden können, ist mit den Angehörigen des Bewohners abgesprochen und kommuniziert.

## **Zusammenfassung und abschließende Beurteilung**

Zusammenfassend kann beschrieben werden, dass die teilnehmenden Teams in den Einrichtungen einen sehr reflektierten Umgang mit dem Thema „Fixierung“ pflegen. Allen war bewusst, dass dies

eine erhebliche Einschränkung und Belastung für Bewohner/innen darstellt. Bei den präsentierten Fällen lagen jeweils richterliche Genehmigungen vor.

Das war zu erwarten, weil die Teilnahme am Projekt freiwillig war und so mag auf der Basis der Gespräche vielleicht ein zu positiver Eindruck der Situation in den Einrichtungen entstanden sein. Das tut jedoch dem Projekt keinen Abbruch, denn es sollte ein „Kollegiales Lernprojekt“ werden, dessen Ergebnisse allen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden können. Dies ist geschehen.

Folgt man den Aussagen der Pflegenden, sind sie die eigentlichen Initiatoren und Beurteiler, die über das Vorhandensein einer freiheitsentziehenden Maßnahme entscheiden. Das macht sie zu den wichtigsten Mitspielern und auch zu den wichtigsten Empfängern von Bildungsmaßnahmen (jedoch nicht zu den alleinigen!). Zentral sind vor allem die persönlichen Werte, die Vorerfahrungen und das Teamverständnis. Sie wirken massiv ein auf die Frage, ob in dem Wohnbereich körpernahe Fixierungen erfolgen oder nicht. Die Pflegenden unterliegen in der Beurteilung der Situationen unterschiedlichen Einflüssen von außen, wobei herausgehoben werden kann, dass die personelle Besetzung der Nachtwachen extrem beeinflussend erscheint. Auch bauliche Gegebenheiten spielen eine Rolle.

Auf die Frage, wie generell jede Form des Freiheitsentzugs verhindert werden könnte, geben die Pflegenden an, dass dies nur (und unrealistischerweise) durch gezielte 1:1-Betreuungen zu erreichen sei, die nicht finanziert und erbracht werden könnten. Wenig überzeugend beurteilen die Pflegenden mögliche technische Hilfen. Sie sehen die Beantwortung von Unruhe und von Wandering immer auf der Seite von persönlicher Begegnung und versprechen sich keine oder nur eine ganz geringfügige Hilfestellung durch Sensormatten u.a.

Wichtige Hinweise ergaben sich hinsichtlich der Komplexität der einfließenden Faktoren. Diese deuten darauf hin, dass tatsächlich sehr umfassende und komplexe Situationen und Bedingungen beim Einzelfall herrschen, die man in Unterrichten und in Schulungsmaßnahmen kaum als Fallbeispiel darstellen und besprechen kann. Daher erscheint eine Beratung vor Ort wichtiger als eine Schulung einzelner Mitarbeiter.

## Empfehlungen

Aus dem Projekt und den Projektergebnissen heraus lassen sich Hinweise geben, die für die weitere Arbeit des Themas im Kreis von Bedeutung sein können. Diese sind hier als kurze Empfehlungen gekennzeichnet.

- Das Amt für Altenarbeit verfügt über ein innovatives Schulungskonzept zum Thema, dass in den aufgezeigten Punkten optimiert werden sollte. Änderungsbedarf ergibt sich aber weniger bei den Inhalten, als vielmehr bei der Form der Seminare. Diese sollten verstärkt interdisziplinär (erweiterter Adressatenkreis) und als Inhouse-Schulung angeboten werden.  
D.h., es sollten nach Einschätzung der Verfasser vor allem Teamschulungen (in Form von Inhouse-Seminare) durchgeführt werden, an denen auch Führungskräfte u.a. Beteiligte (Angehörige, Betreuer, Ärzte) teilnehmen sollten. Der Fokus der Schulungen sollte sein: „Mehr Mut im Team – Risikobereitschaft senkt Fixierungszeiten“.
- Pflegende sollten zudem in den komplexen und konkreten Situationen im Alltag fachlich beraten und begleitet werden (z.B. im Rahmen von Fallbesprechungen). Hier sollte vor allem die Durchführung von Fallarbeitssequenzen trainiert werden (Moderation etc.).
- In den Inhouse-Schulungen sollten Teamaspekte (Teamkulturen) mehr Berücksichtigung finden, da diese offenkundig erhebliche Auswirkungen auf die Anwendung / Nichtanwendung von Fixierungen haben.
- Führungskräfte sollten in den Inhouse-Schulungen regelmäßig mit einbezogen werden, da diese – neben der Teamkultur – einen erheblichen Einfluss auf die Varianten „Mut versus Sicherheit“ haben.
- In Abstimmung mit dem Amt für Altenarbeit und der Fort- und Weiterbildung sollte die Entwicklung eines innovativen Betreuungs- und Personalkonzeptes, das vor allem die nächtliche Versorgung in den Einrichtungen stabilisiert, vorangetrieben werden, damit nächtliche Fixierungen reduziert werden können.
- Es sollten gemeinsam mit bestimmten Krankenkassen Möglichkeiten erarbeitet werden, den für die Einrichtungen hohen bürokratischen Aufwand, der im Rahmen von Sturzfolgen entsteht, zu minimieren.
- Es sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, die organisationsübergreifende Zusammenarbeit – hier insbesondere zwischen Altenheimen und Krankenhäusern – zu verbessern, mit dem Ziel das gegenseitige Verständnis in der Arbeit mit demenziell veränderten Menschen

zu optimieren. Schriftliche Überleitungsbögen stellen hier nur eine – aber bei weitem nicht hinreichende – Form der Zusammenarbeit dar, zumal diese von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich und damit in der Praxis nicht kompatibel sind.<sup>50</sup>

- In Kooperation mit der Heimaufsicht sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, den von den Pflegenden dargestellten erheblichen bürokratischen Aufwand im Rahmen der Dokumentation von Entfixierungen (temporäre Aufhebung von Fixierungen) zu reduzieren.
- Die Heimaufsicht sollte das Thema weiterhin in der bewährten Form fokussieren. Dabei sollten vor allem der Personenkreis der Bewohner/innen berücksichtigt werden, die schwereregradige Einschränkungen erleiden (Bauch- / Schultergurte). Die beratende Funktion sollte weiter ausgeführt werden und es sollte weiterhin mit den Einrichtungen gemeinsam Alternativen zur Fixierung entwickelt werden.
- Die Durchführung einer größeren Regionalkonferenz „Fixierungsfreies Aachen“ mit Diskussionen zwischen MDK, Heimaufsicht, Einrichtungsvertretern, Richtern (und Rechtspflegern) und dem Amt für Altenarbeit zur Klärung der aufgetretenen Fragen und vor allem zur Vereinheitlichung der Anforderungen (Klärung der bestehenden Rechtsunsicherheit bezüglich der Fixierung, der Abgrenzung der Methoden und mehr noch hinsichtlich der Dokumentationsanforderungen) könnte den interdisziplinären Erfordernissen Rechnung tragen.

# Anhang

## Ergebnisse des Pretests der Schulungskonzeption

Befragungsergebnisse der Schulungsteilnehmer/innen  
,Umgang mit Freiheitsentziehung in der Pflege'

\* = Angaben vor der Schulung

○ = Angaben nach der Schulung

In der rechtlichen Bewertung, was eine freiheitsentziehende Maßnahme ist, bin ich



In der Frage, welche Entscheidungsbefugnisse die Angehörigen (die nicht Bevollmächtigte oder Betreuer sind) haben, bin ich



In der Frage, wofür ein gesetzlich bestellter Betreuer zuständig ist, bin ich



In der Frage der Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts bin ich



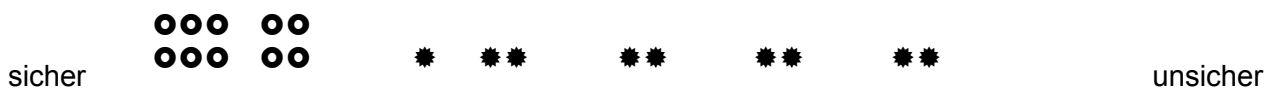
In der Frage, was ich im Rahmen der Entscheidung über die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen als Pflegekraft selbst entscheiden darf, bin ich



In der konkreten Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bin ich



In der Unterscheidung zwischen freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen bin ich



In der Frage der Feststellung, ab wann ein Heimbewohner/ Patient einwilligungsunfähig ist, bin ich



In der Einschätzung der Situation eines rechtfertigenden Notstands bin ich



In der Frage, welche beiden zentralen Gründe nach dem Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) eine Unterbringung rechtfertigen, bin ich mir





In der Frage der Bedeutung des Begriffs der ‚ultima ratio‘ in Bezug auf die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bin ich mir



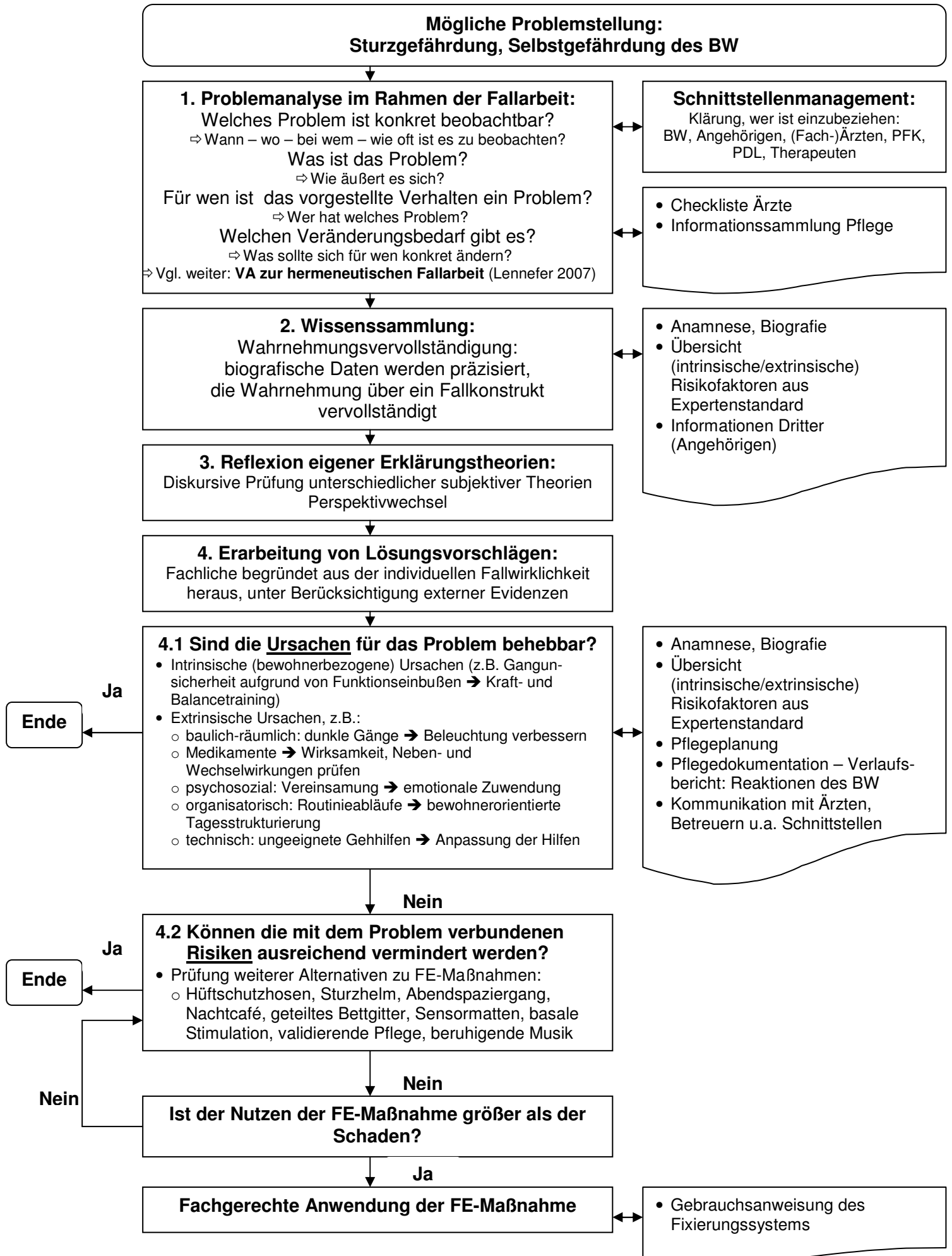
In der Anwendung eines Ablaufverfahrens (z.B. Flussdiagramm) zur Klärung, ob eine freiheitsentziehende Maßnahme anzuwenden ist oder nicht, bin ich



In der Anwendung eines Ablaufverfahrens (z.B. Flussdiagramm) zur sach- und fachgerechten Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bin ich

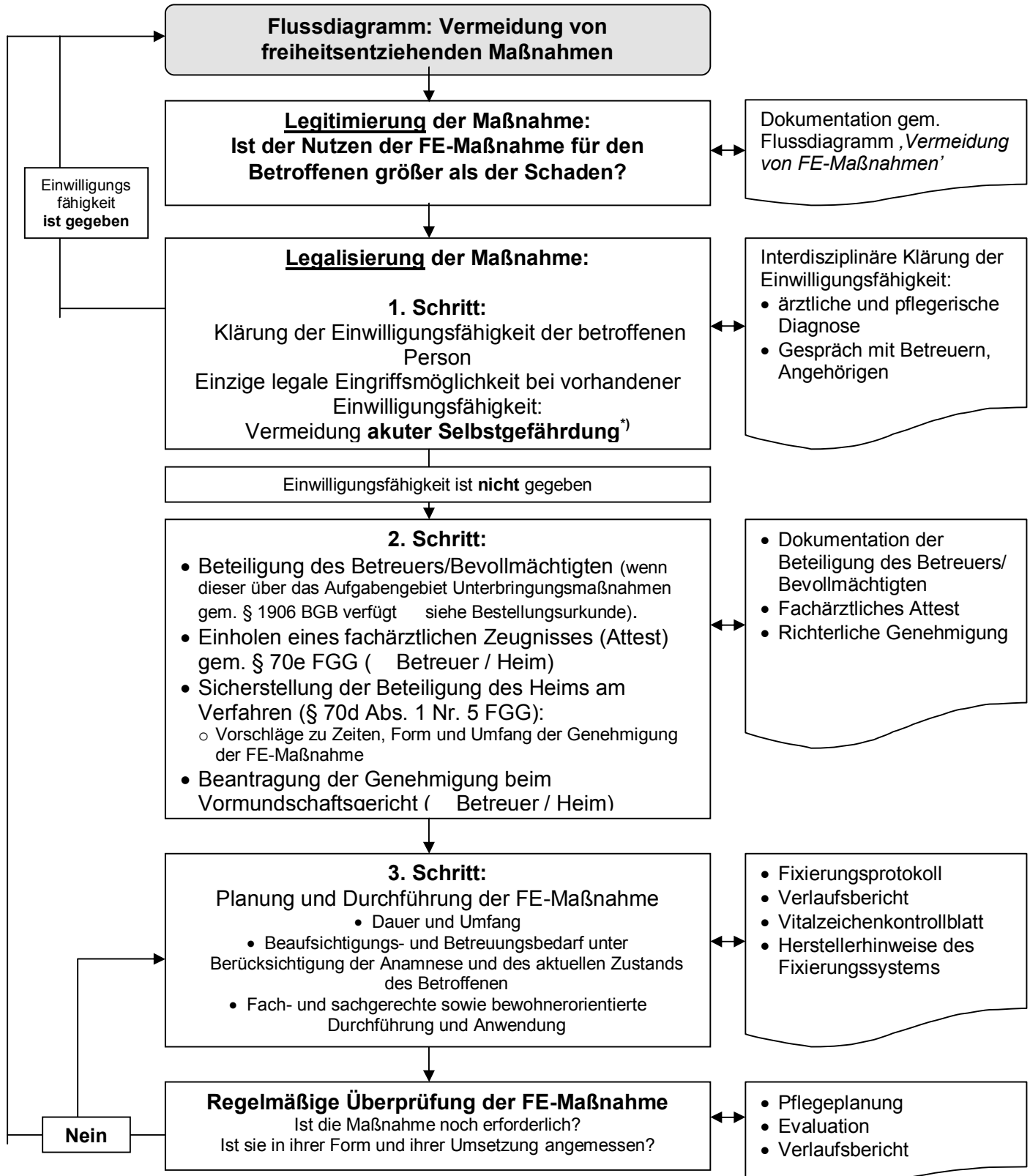


# ABWÄGUNGSPROZESS ZUR VERMEIDUNG VON FREIHEITSENTZIEHENDEN MAßNAHMEN



# FACH- UND SACHGERECHTE UMSETZUNG BEGRÜNDET NOTWENDIGER FREIHEITSENTZIEHENDER MAßNAHMEN

In den Entscheidungsprozess einzubeziehen sind:  
alle Betroffene, Betreuer (Bevollmächtigte), Angehörige, Ärzte,  
therapeutische Fachkräfte



\*) Bei **akuter Selbstgefährdung** muss die Pflegefachkraft unmittelbar und der Ursache angemessen selbstverantwortlich handeln. Die rechtliche Tragweite und die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme sind dabei zu beachten. Ein vorhandener Betreuer und der behandelnde Arzt sind unverzüglich zu benachrichtigen. Empfohlen wird ein umgehendes Hinzuziehen der leitenden Pflegefachkraft (PDL) bzw. der Heimleitung. Es sind erhöhte Dokumentationsanforderungen zu erfüllen.

## Verfahrensweisung: Freiheitsentziehende Maßnahmen

Verfahrensweisung gem. DIN 55350-11

1.	Zweck der VA für die Einrichtung	<p>⇒ Jede Pflegefachkraft (PFK) kennt die betreuungsrechtlichen Voraussetzungen zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (FE-Maßnahmen)</p> <p>Jede PFK ist in der Lage eine professionelle Abwägung zwischen den relevanten grundrechtlichen Werten (Leben, körperliche Unversehrtheit versus Freiheitsrecht) vorzunehmen und zu begründen</p> <p>Kenntnis der Belastungsfaktoren durch FE-Maßnahmen</p> <p>Realisierung von Haftungsausschluss</p> <p>Erlangung und Realisierung von Vertragsfähigkeit und Gesetzeskonformität</p>
2.	Thematische Einführung	<p>Institutionelle Perspektive:</p> <p>Freiheitsentziehende Maßnahmen (Fixierungen) sind im stationären Altenpflegebereich – insbesondere in der Betreuung dementer Menschen – ein hoch relevantes Thema (vgl. Zweiter Bericht des MDS gem. § 118 SGB XI, 2007)</p> <p>Defizite bei Freiheitseinschränkenden Maßnahmen gehören zu den häufigsten Qualitätsmängeln in der stationären Pflege (BMFSFJ: 3. Bericht zur Lage der älteren Generation, 2004)</p> <p>In 1/3 aller Fälle, bei denen eine regelmäßige oder dauerhafte freiheits-einschränkende bzw. freiheitsberaubende Maßnahme durchgeführt wird, kann keine schriftliche Einwilligung oder richterliche Genehmigung vorgelegt werden (Memorandum zur Situation in der stat. Pflege in NRW, 2003)</p> <p>Es bestehen Probleme in der Kooperation mit Kassen (Sturzfolgeprozesse) und in der Kooperation mit Krankenhäusern (insb. bei demenziell veränderten Menschen) (Fixierungsstudie Kreis Aachen u. dip Köln 2008)</p> <p>Personale Perspektive:</p> <p>95% aller Pflegemitarbeiter haben bereits einmal oder mehrfach fixiert (Borutta 2000)</p> <p>Mehr als 90 % der angewandten Fixierungen werden mit Sturzgefahr begründet (ReduFix-Studie 2007)</p> <p>Eine einmal getroffene Entscheidung für eine Fixierung führt zu längerfristigen und dauerhaft über viele Stunden angewandte Fixierungsmaßnahmen (Redu-Fix-Studie 2007)</p> <p>Anwendung von Abwägungsprozessen (pro und contra Fixierung) sind häufig nicht hinreichend bekannt (Fixierungsstudie Kreis Aachen u. dip Köln 2008)</p> <p>Klienten-Perspektive:</p> <p>Derzeit werden 5 – 10 % der HB in Deutschland körpernah fixiert</p> <p>Bei 20 – 30 % der HB werden darüber hinaus andere Bewegungseinschränkungen angewandt</p> <p>Ca. 40 - 50% der Heimbewohner werden mit potenziell bewegungseinschrän-kenden Psychopharmaka behandelt (Koczy, Klie et. al, 2005)</p> <p>Fixierungen können erhebliche Nebenwirkungen verursachen: Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, Strangulation, plötzlicher Herztod etc. (ReduFix-Studie 2007)</p> <p>Unter sedierenden Psychopharmaka ist eine Verdopplung des Sturzrisikos be-schrieben</p> <p>Problematisch: Überversorgung mit sedierenden Psychopharmaka und gleich-zeitige Unterversorgung mit Antidepressiva und Antidementiva</p> <p>Die Immobilisation führt zu Dekonditionierung (Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit) und Stress (ReduFix-Studie 2007)</p> <p>Empirische und epistemologische Perspektive:</p> <p>Fixierungen sind weder ein adäquates noch evidenzbasiertes Mittel zur Verhin-derung von Stürzen oder Beeinflussung von fordernden Verhaltensweisen bei demenzkranken alten Menschen (Bredthauer, Becker et.al., 2005)</p> <p>Die unsachgemäße Durchführung von Fixierungen kann zu erheblichen Verlet-</p>

		<p>zungen und zum Tode des Heimbewohners führen. Primäre Todesursachen sind Thoraxkompression durch Leibgurte und Strangulation durch Schutzdecken (Pedal, Mattern et. al. 1996 )</p> <p>Fixierungen können erhebliche Nebenwirkungen verursachen: Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, Strangulation, plötzlicher Herztod etc.</p> <p>Die Immobilisation führt zu Dekonditionierung (Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit) und Stress (Projektbericht ReduFix , Ev. FH und Robert Bosch Gesellschaft 2005)</p>
3.	Richtlinien Relevante Gesetze und VO	<p>Art. 1 i. V. m. Art. 2 und Art. 104 GG  § 2 Abs. 1 Pkt. 1 i. V. m. § 11 Abs. 1 Pkt. und 2 HeimG  §§ 223 und 239 StGB  § 280 Abs.1 Satz 1 BGB (vertragliche Haftung) und § 823 BGB (deliktische Haftung)  Landesrahmenvertrag NRW gem. § 75 SGB XI  Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätsentwicklung gem. § 80 SGB XI  Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) gem. § 80a SGB XI</p>
4.	Literaturbezug Welche evidenzbasierten klinischen Leitlinien, Studien und Basisliteratur sind maßgeblich	<p>Basisliteratur:</p> <p>Altenpflege 8/2006, Vincentz-Network, Hannover; Schwerpunktthema Fixierung, 26 - 34</p> <p>Borutta, M.: Pflege zwischen Schutz und Freiheit. Das Selbstbestimmungsrecht verwirrter alter Menschen, Hannover 2000</p> <p>Klie, T. und Hoffmann, B.: Freiheitsentziehende Maßnahme. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis, Heidelberg 2004</p> <p>Klie, T., Pfundstein, T. und Stoffer, F.J.: „Pflege ohne Gewalt?“ Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien, KDA Köln 2005</p> <p>Projektgruppe ReduFix: ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert?, Hannover 2007</p> <p>Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) und Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern, 2006 (www.efh-freiburg.de/Dokumente/agp/00%20 Tagungsbericht.pdf)</p> <p>Saßen, S., Borutta, M, Lennefer, J.: Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche (Kap. 5, S. 130 – 165, Hannover 2007)</p> <p>Relevante Studien:</p> <p>Bredthauer, D., Becker, C. et. al: Anwendung von mechanischen Fixierungsmaßnahmen in der stationären Gerontopsychiatrie: ein wichtiger Aspekt des Problemfeldes Gewalt gegen alte Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 1, 2005, 10 – 18</p> <p>Hamers, J.P.H., Huizing, A.R.: Warum fixieren wir alte Menschen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 1, 2005, 26 – 32</p> <p>Koczy, P., Klie, T.: et. al.: Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 1, 2005, 33 – 39</p> <p>Pedal, Mattern u. a.: Plötzliche Todesfälle mechanisch fixierter Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 03/ 1996, S. 180ff</p> <p>ReduFix-Studie: Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) und Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern, 2006 und Anlagen (www.efh-freiburg.de/ agp/redufix.htm)</p> <p>Projekt ‚Fixierungsfallgeschichten‘ Amt für Altenarbeit, Kreis Aachen (www.pflege-regio-aachen.de Projekte)</p>

		Datenbanken: <a href="http://agp.kda.de/literatur/index.htm">http://agp.kda.de/literatur/index.htm</a> <a href="http://www.dza.de/gerolit/gerolit-online">http://www.dza.de/gerolit/gerolit-online</a> <a href="http://www.dimdi.de/static/de/db/gui/">http://www.dimdi.de/static/de/db/gui/</a>
5.	Ziele der VA	Minimierung von FE-Maßnahmen (im Sinne der ultima ratio) Rechtssicherheit und Vertragskonformität bei der Anwendung von FE-Maßnahmen
6.	Dokumentation	Die durchgeführten Maßnahmen sind nach den allgemeinen Grundsätzen zu dokumentieren. Die Dokumentation von FE-Maßnahmen muss eine fachliche Begründung beinhalten. Hierzu gehört: Anlass der Fixierung (Warum?) Anordnung der konkret durchgeführten Fixierung (Wer?) Art der Fixierung (Wie?) Zeitdauer der Fixierung (Wie lange?) Durchführende Pflegefachkraft (Wer?) Betreuende Pflegefachkraft (Wer?) Begründung, warum keine andere pflegerische Maßnahme durchgeführt wurde
7.	Überwachungsmethoden	Fallbesprechungen (bei allen Bewohnern, bei denen einen FE-Maßnahmen in Erwägung gezogen oder bereits durchgeführt wird bzw. durchgeführt wurde) Pflegevisiten (Evaluierung der im Pflegeprozess festgelegten Interventionen)
8.	Kritische Faktoren, die die Anwendung von FE-Maßnahmen begünstigen	Beobachtbare Kausalitäten für häufiges Fixieren in der Pflege: Mangelhafte Fach- und Rechtskenntnisse der PFK Defizitäres Professionsverständnis (Haltung) Nachteilige Strukturen der Organisation (z.B. unklare Entscheidungs- und Kooperationskompetenzen, etc.) Sturzgefahr von gangunsicheren Bewohnern
9.	Assessmentverfahren zur Einschätzung des jeweiligen Risikos	Es liegt derzeit kein evidenzbasiertes Assessmentverfahren (im Sinne einer konditionalen Entscheidungshilfe bzw. -vorgabe) zur Risikoeinschätzung im Hinblick auf die Erforderlichkeit von FE-Maßnahmen vor. Dies macht es – auch grundrechtlich – erforderlich, zweckorientierte Einzelfallentscheidungen im interdisziplinären Team und auf der Grundlage der hermeneutischen Fallarbeit zu treffen
10.	Präventive Maßnahmen	Klärung der Gründe für den Heimaufenthalt Differenzialdiagnostische Abklärung einer potenziell vorliegenden Demenz Klärung der Einwilligungsfähigkeit Beobachtung des Verhaltens im Hinblick auf Orientiertheit Diagnostik der Selbstbestimmungspotenziale: Nutzung der Bewegungsfreiheit der Beziehungsfreiheit des Aktivitätsspielraums des Kontrollspielraums des Entscheidungsspielraums Durchführung hermeneutische Fallkonferenz
11.	Mitgeltende Dokumente	Dokumentationsblatt (s. Pkt. 6) Antrag an das zuständige Amtsgericht zwecks Genehmigung von FE-Maßnahmen Anregung zur Betreuerbestellung (zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht) Dokumente der Willensbekundung des Bewohners Vorsorgevollmacht des Bewohners Betreuerverfügung des Bewohners Patientenverfügung des Bewohners
12.	Anlagen zur VA	Ablaufschemas: Antrag zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB Verfahrens zur Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 - 3 BGB

		<p>Verfahren zur Durchführung von FE-Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB</p> <p>Verfahren bei einstweiliger Anordnung (i.S. des § 70h Abs. 1 i.V.m. § 69f FGG)</p> <p>Verfahren bei eiliger einstweiliger Anordnung (i.S. des § 70h Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 69f Abs. 1 Satz 4 FGG)</p> <p>Abwägungsprozess zur Vermeidung von FE-Maßnahmen</p> <p>Fach- und sachgerechte Umsetzung begründet notwendiger FE-Maßnahmen</p>
13.	Bildungs-intervention	<p>Lesen der Basisliteratur (siehe Punkt 4) durch die PFK</p> <p>Gemeinsame Lese- und Auswertungsarbeit</p> <p>Ggf. Inhouse-Seminare mit Fallübungen</p>

## ***Wissenschaftliche Instituts- und Methodenbeschreibung***

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. ist ein unabhängiges Pflegeforschungsinstitut mit Sitz in Köln. Das dip ist ein An-Institut der Katholischen Hochschule Köln (KatHo) und wird von Prof. Dr. Frank Weidner in der Funktion des Institutsdirektors geleitet. Zum Angebot des dip gehört das gesamte Spektrum der Forschung, Entwicklung, Evaluation, Beratung, wissenschaftlichen Begleitung und Gutachtenerstellung im Pflege- und Gesundheitswesen.

Die Mitarbeiter im Institut führen seit über sieben Jahren erfolgreich angewandte Forschungsprojekte durch. Das heißt, dass ein direkter Praxisbezug zum Feld und eine konkrete Umsetzung ermittelter Konzepte gesucht werden.

Arbeitsschwerpunkte im Institut sind die Pflegebildungsforschung, die Altenpflegeforschung, Pflegeprävention und Pflegeberatung sowie die Ermittlung und Bereitstellung von Pflegedaten. Zu den Auftraggebern und Kooperationspartnern gehören Bundes- und Landesministerien, Stiftungen, Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen, Krankenkassen, Verbände, Kommunen, Hochschulen, wissenschaftliche Institute und weitere Einrichtungen. Die Leitung für das an dieser Stelle vorgestellte Projekt wurde seitens des dip durch den Dipl.-Pflegerwissenschaftler Michael Isfort übernommen. Michael Isfort ist gelernter Krankenpfleger, Dipl.-Pflegerwissenschaftler und arbeitet seit Januar 2000 im dip. Er ist stellvertretender Geschäftsführer des Instituts. Daneben ist er als Lehrbeauftragter für Pflegewissenschaft an der Katholischen Hochschule in Köln tätig.

### **Methodik und Vorgehensweise:**

Die Ausrichtung dieses Projektes lag auf der Seite qualitativer Forschungsaspekte. Eine Allgemeingültigkeit der Ergebnisse war nicht angestrebt, eine generelle Übertragbarkeit der Projektergebnisse auch nicht. Im Vorfeld wurde ermittelt, dass eine ausreichende Anzahl an körpernah fixierten Bewohnern (in 8 sich freiwillig meldenden Einrichtungen) nicht erreicht werden könnte, um zuverlässig quantifizierbare und nicht zufällig auftretende Ergebnisse zu produzieren. Somit sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit von Anfang an nicht auf Repräsentativität und Verallgemeinerung angelegt, sondern auf verstehensorientierten Erkenntnisgewinn.

Bislang liegen der Literatur und den gesichteten Projekten zufolge vor allem Studien vor, die auf einzelne Reduzierungen von Fixierungszeiten hindeuten. Weniger genau aber wurde bislang untersucht, welche Inhalte und Bedingungen ein Ansatz für innovative Schulungsmaßnahmen aufweisen müsste. In Aachen werden seit Jahren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgreich qualifiziert und geschult und dennoch sind hier Fixierungen weiterhin zu verzeichnen. Ziel war es daher, die Dynamik und das Zusammen-

wirken in der komplexen Situation zu ergründen, die zu einer Fixierung oder einer Entfixierung (Defixierung) führen.

Methodisch wurden Einzelinterviews mit den Leitungen der Einrichtungen (8), Gruppeninterviews mit Teammitgliedern (10) geführt und es wurden Dokumente und Pflegeberichte stichprobenartig gesichtet. Darüber hinaus wurden von den Teams für die Interviews Fallgeschichten vorbereitet, die besprochen wurden. Es sollte anhand der beschriebenen Fallgeschichten erfasst werden, welche Personen in der Rekonstruktion der Fälle welche Art von Einfluss ausgeübt haben, welche Erfahrungen und Einschätzungen vorliegen, welche Entscheidungswege gegangen wurden und wie die Abwägungen ausfielen.

Den Interviews lag am Anfang ein grober Interviewleitfaden zugrunde. Ergänzende Fragen und Hinweise aus Interviews wurden jedoch in die später folgenden Interviews mit aufgenommen. Die Interviews wurden aufgenommen und später teiltranskribiert und inhaltlich ausgewertet. Eine formale Volltranskription mit einer vollständigen Inhaltsanalyse (z.B. nach Mayring) oder Auswertung mit einer Software (MaxQDA/ Atlas ti etc.) fand nicht statt.

Die Interviews wurden wiederholt angehört und dazu wurden schriftliche Notizen und Bemerkungen angefertigt, die in einen Sinnzusammenhang als Ganzes gebracht wurden und anhand der Häufigkeit der Aussagen geordnet wurden. Dabei wurden genannte Hauptaspekte in Form eines Mindmaps grafisch zusammengestellt und aufgearbeitet (als Haupt- und Unteraspekte). Im Schaubild wurden besonders häufig genannte Aspekte hervorgehoben. So sind wichtige von weniger wichtigen Einflüssen optisch abzugrenzen.

Durch die Hinzunahme der Interviews mit den Leitungskräften (was zunächst nicht vereinbart war, sich aber als wesentlich für den Erkenntnisprozess herausstellte) fiel mehr Interviewmaterial an. Damit wurde ausgeglichen, dass nicht in jeder Einrichtung eine Fallgeschichte vorbereitet worden war oder aber zwei Fallgeschichten (Fixierung und Entfixierung) vorgestellt werden konnten.

## Verwendete Literatur

- Akner, G. (2005): PEG treatment: an increasing dilemma. In: *Age and Ageing*, Jg. 34, S. 320–321.
- Allen, R. S.; Burgio, L. D.; Fisher, S. E.; Michael H., J.; Shuster, J. L. [Jr] (2005): Behavioral characteristics of agitated nursing home residents with dementia at the end of life. In: *The Gerontologist*, Jg. 45, H. 5, S. 661–666.
- Archibald, C. (2001): Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. (Dokumentation eines Workshops). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 207,2).
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006): Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses. München.
- Borutta, M. (2000): Pflege zwischen Schutz und Freiheit. Das Selbstbestimmungsrecht verwirrter alter Menschen /. Hannover: Vincentz.
- Branitzki, S.; Koczy, P. (2005): Heimbewohner vor Schaden bewahren. ReduFix - eine Studie zur Reduktion körpernaher Fixierung. In: *Pflegezeitschrift*, Jg. 58, H. 5, S. 310–313.
- Bredthauer, D. (2002): Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei demen-ten alten Menschen in der Psychiatrie. Eine Dissertation zum Thema: Gewalt gegen alte Menschen. Betreut von T. Niklaus und R. D. Hirsch. Ulm. Universität Ulm, Medizinische Fakultät. Online verfügbar unter [http://vts.uni-ulm.de/docs/2003/3001/vts\\_3001.pdf](http://vts.uni-ulm.de/docs/2003/3001/vts_3001.pdf).
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hg.) (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegedürftiger Menschen. Berlin.
- Dale, M. C.; Burns, A.; Panter, L.; Morris, J. (2001): Factors affecting survival of elderly nursing home residents. In: *International journal of geriatric psychiatry*, Jg. 16, H. 1, S. 70–76.
- Dodegge, G., Roth, A. (2005): Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht, 2. Aufl., Köln: Bundesanzeiger Verlag
- Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Herausgegeben von Landtag Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Evans, D.; FitzGerald, M. (2002): Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. In: *International journal of nursing studies*, Jg. 39, H. 7, S. 735–743.
- Finucane, T. E.; Christmas, C.; Travis, K. (1999): Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia. A Review of the Evidence. In: *The Journal of the American Medical Association*, Jg. 282, S. 1365–1370.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Riesner, C., Borutta, M. (2008): INTEGRA – Gute Arbeit und gute Pflege für demenzkranke alte Menschen. Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts, Marburg: Tectum
- Garms-Homolová, V.; Morris, J. N. (2000): RAI 2.0 - Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern: Hans Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege).
- Hamers, J. P.; Huizing, A. R. (2005): Why do we use physical restraints in the elderly. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie : Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 38, H. 1, S. 19–25. Online verfügbar unter doi:10.1007/s00391-005-0286-x.
- Heeg, S. (2007): Technische Unterstützung bei Demenz. 1. Aufl. Bern: Huber (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz / Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)).
- Henke, F (2006):. Fixierung in der Pflege. rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung, Stuttgart: Kohlhammer
- Hoffmann, B.; Klie, T. (2004): Freiheitsentziehende maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis. Heidelberg: C.F. Müller

- Joanna Briggs Institute (2002): Physical Restraint - Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities. In: Best Practice, Jg. 6, H. 4. Online verfügbar unter [http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng\\_6\\_4.pdf](http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_6_4.pdf).
- Jürgens, A. et al. (1999): das neue Betreuungsrecht. Systematische Darstellung mit den Änderungen zum 1. Januar 1999, 4. Aufl., München: Verlag C.H. Beck
- Klie, T. (2005): Pflege ohne Gewalt. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Vorge stellt72).
- Knutzen, M.; Sandvik, L.; Hauff, E.; Opjordsmoen, S.; Friis, S. (2007): Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint – a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. In: Nordic journal of psychiatry, Jg. 61, H. 3, S. 201–206. Online verfügbar unter doi:10.1080/08039480701352520.
- Korte-Pötters, U.; Wingenfeld, K. (2005): Referenzmodelle. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege. Abschlussberichte der beteiligten Institute. Herausgegeben von Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. (Referenzmodelle, 2).
- Korte-Pötters, U.; Wingenfeld, K.; Heitmann, D. (2007): Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege. Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzeptes. Herausgegeben von Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. (Referenzmodelle, 5).
- Kreis Aachen (2007): Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht des Kreises Aachen. Aachen.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2005): vorgestellt 72: Pflege ohne Gewalt?. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien, Köln
- MDS e.V. (Hg.) (2007): Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen. Qualitätsbericht. Essen.
- Meyer, G., Köpke, S. (2008): Freiheits-einschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer, D., Behrens, J., Görres, S. (Hg.): Verbundforschung in der Pflege. Optimierung, Kompetenzerweiterung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. München: Juventus, S. in Druck.
- Moise, P.; Schwarzinger, M.; Um, M-Y (2004): Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. Genf. (EEDCD Health Working Papers, 13).
- Namazi, K. H.; Rosner, T. T.; Calkins, M. P. (1989): Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. In: The Gerontologist, Jg. 29, H. 5, S. 699–702.
- Prescott, D. L.; Madden, L. M.; Dennis, M.; Tisher, P.; Wingate, C. (2007): Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. In: The journal of behavioral health services & research, Jg. 34, H. 1, S. 96–105. Online verfügbar unter doi:10.1007/s11414-006-9036-0.
- ReduFix Projektgruppe (2007): ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert?: Vincentz Network.
- Rißmann, Ulrich (2007): Mitarbeiter schulen - Fixationen vermeiden. Modellprojekt ReduFix. In: Altenheim, Jg. 45, H. 2, S. 18–20.
- Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg (Hg.) (2006): Tagungsbericht zum Modellvorhaben Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Stuttgart.
- Robinson, L.; Hutchings, D.; Corner, L.; Beyer, F.; Dickinson, H.; Vanoli, A. et al. (2006): A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. Health Technology Assessment 2006; Vol. 10: No. 26. Herausgegeben von Centre for Health Services Research. Kent. Online verfügbar unter <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1026.pdf>, zuletzt geprüft am 30.8.2006.

- Sachverständigenkommission (2002):  
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Herausgegeben von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Saßen, S.; Borutta, M.; Lennefer, J. (2007): Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche /. Hannover: Vincentz Network (Altenheim-Bibliothek).
- Schaeffer, D., Behrens, J., Görres, S. (Hg.) (2008): Verbundforschung in der Pflege. Optimierung, Kompetenzerweiterung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. München: Juventus.
- Schmidt, S.J. (2005): Lernen, Wissen, Kompetenz, Kultur. Vorschläge zur Bestimmung von vier Unbekannten. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Schäufele, M. (2008): Qualitätsniveau I. Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Heidelberg: Economica (Qualitätsniveaus in der stationäre Altenpflege / Hrsg. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-OS), [Bd. 1).
- Schumacher, C. (1997): Freiheitsentziehende Massnahmen mit mechanischen Mitteln bei der Betreuung gebrechlicher Menschen. 1. Aufl. Köln: Bundesanzeiger-Verl.
- Suen, L. K.; Lai, C. K.; Wong, T. K.; Chow, S. K.; Kong, S. K.; Ho, J. Y. et al. (2006): Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. In: Journal of advanced nursing, Jg. 55, H. 1, S. 20–28. Online verfügbar unter doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03883.x.
- Synofzik, M. (2007): PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: eine evidenzgestützte ethische Analyse. In: Nervenarzt, Jg. 78, S. 418–428.
- Wingenfeld, K.; Heitmann, D.; Korte-Pötters, U. (2007): Referenzmodelle. zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004 - 2006. Abschlussberichte der beteiligten Institute. Herausgegeben von Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. (Referenzmodelle, 6).

Deutsches Institut für  
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15  
50670 Köln  
0221 / 4686130  
<http://www.dip.de>



Projektleitung:  
Dipl.-Pflegewissenschaftler Michael Isfort  
© 2008 dip e.V., Köln