

# Freiheitsentziehende Maßnahmen sind vermeidbar: Der Werdenfelser Weg

**Beweglich statt fixiert**  
**Düsseldorfer Fachtag für Bewegungsfreiheit in der  
stationären Pflege**

**20. Oktober 2011 in Düsseldorf**

**Uwe Brucker**

Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung, MDS, Essen

[U.Brucker@mds-ev.de](mailto:U.Brucker@mds-ev.de)

[www-pea-ev.de](http://www-pea-ev.de)

# Die Maßstäbe pflegerischen Handelns im Thema FEM

- Sind keine originär pflegerische; sie stammen aus dem Recht
- die richterliche Genehmigung und die des Betreuers werden zur Handlungsmaxime abgesicherten pflegerischen Handelns

## Fragen:

- sind hier Koordinaten verwischt?
- stimmt da etwas nicht?
- Wo sind die pflegefachlichen Maßstäbe?

# Und die Maßstäbe der Pflege?

## Üblicherweise:

- Kenntnis der zugrundeliegenden Krankheit/Syndrom
- Einordnung der Symptomatik
- Ableitung angemessener Interventionsoptionen

## Neue Fragen:

- Werden diese Maßstäbe flächendeckend von allen Pflegeheimen und Ärzten erfüllt ?
- Oder ist die fachliche Ratlosigkeit Ausdruck von Ohn-Macht im Umgang mit MmD ?
- Verleiht „das Recht“ den Pflegenden (wieder) Macht; die des „legitimierten Gewalttäters“?

# MDS Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

- Zusammenhang von hoher Fixierungsquote und Zunahme der Bewohner mit Demenz
- Hinweise auf Untersuchungen, die „Alternativen“ zu Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB aufzeigen:
- „Alternativen“: Personenzentrierte Haltung: Verstehende Pflege trotz verbalen Nichtverstehens des Bewohners
- Denn: Wer nicht verstanden wird, wird leicht zum Objekt, v.a. wenn er/sie/ es Angst verursacht
- Expertenstandard Sturzprophylaxe (2006), Verwendung von Hilfsmitteln (Pflegerester, Niederflurbetten, Bodenbelag, Beleuchtung, u.U. Hüftprotektoren etc.)

# MDS-Grundsatzstellungnahme exemplarisch: FreiheitsEntziehendeMassnahmen; § 1906 Abs. 4 BGB

## Warum ausgerechnet FEM?

- Das Thema: Aktuell seit 30 Jahren
  - Mehr denn je wird in Deutschlands Heimen fixiert
  - Lebensqualität: Bewohner & Mitarbeiter
  - FEM sind inhuman & unnötig
  - 4 von 5 Demenzerkrankte sind Betroffene
- (D.Bredthauer, Ärztezeitung 2005)

# Entwicklung der FEM 1998-2010

## Verhältnis Genehmigungen: Ablehnungen durch AG (Quelle: Bundesjustizamt Mai 2011; eigene Berechnungen)

|                          | 1998   | 2002   | 2008   | 2009    | 2010    | Veränderungen 1998-2010                   |
|--------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|---|
| Beantragte Verfahren FEM | 40.337 | 71.914 | 98.299 | 103.578 | 106.021 | Mehr als das Zweieinhalbfache<br>+262,8 % |
| davon genehmigte FEM     | 38.846 | 66.888 | 91.823 | 96.062  | 98.119  | Mehr als das Zweieinhalbfache<br>+252,6 % |
| davon abgelehnte FEM     | 1.491  | 5.026  | 6.476  | 7.516   | 7.902   | verfünffacht<br>530 %                     |
| Ablehnungsquote          | 3,7    | 7,0    | 6,6    | 7,26    | 7,45    |   |

# Fixierungszahlen national und international

## International

- **Pflegeheim: 12 – 49 %** (Joanna Briggs Institute 2002, Hamers et al. 2004)
- **Akutkrankenhaus: 3 – 25 %** (Joanna Briggs Institute 2002)

## Deutschland

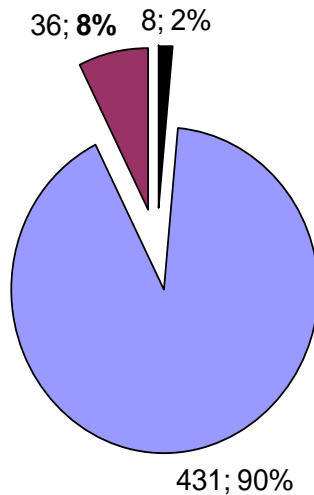
- **Stationäre Geriatrie: 26 – 42 %** (5 – 10% Körpernahe Fixierungen) (Klie&Pfundstein 2002, Becker et al. 2003, Meyer&Köpke 2008)
- **Stationäre Gerontopsychiatrie: 21 – 25 %** (Hirsch et al. 1992, Kranzhoff & Hirsch 1997)

# Fixierungsrate nach Versorgungssituation

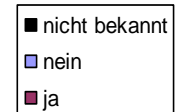
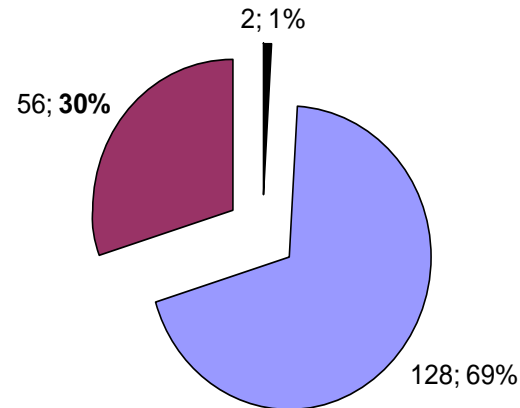
N= 664 (Bayern)

MDK Bayern 2011 Dr. rer. medic. A. Herold-Majumdar

Fixierungsrate ambulant N=475 (Bayern)



Fixierungsrate stationär N=186 (Bayern)

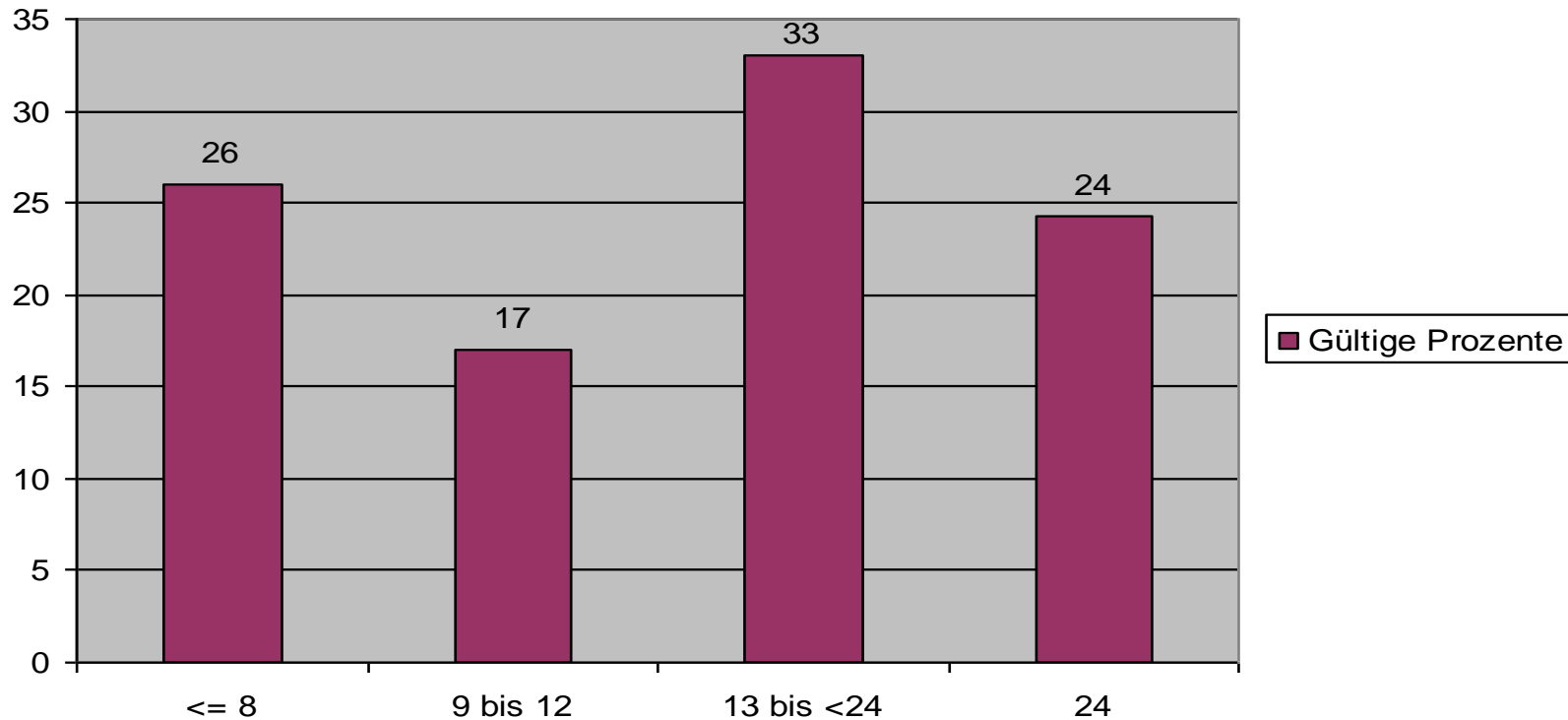


Versorgungssituation fehlend n=3

Chi2 <0,0001



Prozentualer Anteil Fixierungsdauer n=92 (Bayern)



# Fixierung ist Gewalt an Pflegerbedürftigen



**Rechtlich gerechtfertigte Gewalt:  
bleibt für die Betroffenen Gewalt**



Uwe Brucker - MDS e.V. - Fachgebiet Pflegerische Versorgung

# UN-Präventionsausschuss und EU Anti-Folter-Kommission sind in deutschen Heimen unterwegs

- Unterausschuss für Prävention(angegliedert an den UN-Antifolterausschuss): 10 unabhängige Mitglieder.
- Aufgabe: Besuch von sog. Orten der Freiheitsentziehung und Abgabe Empfehlungen ggü. den betreffenden Staaten. (Gefängnisse, Zentren für Asylbewerber, psychiatrische Anstalten, Transitzone internationaler Flughäfen, geschlossene Heime für Kinder und Jugendliche sowie Alten- und Pflegeheime).
- Verpflichtung der Vertragsstaaten: Unterausschuss hat unbeschränkten Zugang zu allen Informationen bezüglich dieser Orte und der betroffenen Personen.
- Die Besuche sind anzukündigen. Die Gespräche mit Insassen dürfen nicht überwacht werden.
- Auch der Ausschuss der Europäischen Anti-Folterkommission hat deutsche Heime besucht

# Gründe für Fixierungen

- Hausintrinsische Faktoren: kompetenter Umgang mit Menschen mit Demenz?
- Unkenntnis von Alternativen bei Gericht, Betreuern, Ärzten, Pflege?
- Gewohnheit?
- Haftungsangst?
- „Hausgeist“: Gleichsetzung wer fixiert zeigt Verantwortungsbewußtsein
- Nicht: die Risikostruktur der Bewohner/Patienten
- Nicht: die meisten Begründungen der FixiererInnen
- -siehe gleich-
- Nicht: der gerne behauptete Theorie-/Praxis-Gegensatz
- Denn: der Inhalt der Theorie dieser Praktiker ist der Streitpunkt...

# Gründe für FEM

- **Eindruck: FEM = Indikator dafür, dass man in diesen Einrichtungen die tatsächlichen Bedürfnisse der Bewohner nicht richtig einzuschätzen vermag.** Gulpers M.J.M., Bleijlevens, M.H.C., van Rossum, E., Capezuti, E.: Hamers J:P:H. Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. BMC Geriatr. 2010; 10: 11. Published online 2010 February 25. doi: [10.1186/1471-2318-10-11](https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-11)
- **Verhalten von MmD kann von vielen Pflegenden nicht dechiffriert, nicht als deren Kommunikation, die etwas mitteilen will aufgenommen werden; sie verstehen sie nicht & kommen aus diesem Nichtverstehen der Situation zu falschen Schlußfolgerungen & dementsprechenden Handlungen.**

# FEM und Demenz (aus GrdsStn Demenz)

- falsche, den Bedürfnissen von MmD nicht angepasste Betreuung ⇒ chronischer Stress
- Einschränkungen der Bewegungsfreiheit - v.a. Fixierungen- verstärken bei MmD das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit, erschweren ihm das Verständnis der Situation
- Immobilisierung kann die Entwicklung psychotischer Symptome begünstigen
- bereits nach wenigen Stunden der Fixierung werden Halluzinationen & Wahnvorstellungen beobachtet, meistens verbunden mit erheblicher Unruhe und Aggressivität (Wojnar, J 2007)
- Fixierung wird so zur self-fulfilling-prophecy

# Beziehung von Pflegefachlichkeit, ethischem Verhalten und Recht

- stressfreie Betreuung von MmD: Identifizierung der Ursachen von herausforderndem Verhalten
- hieraus Alternativen zu FEM ableiten
- Erst wenn diese pflegefachliche Analyse keine Alternativen mehr zuläßt, ist für Betreuungsrichter wie für Betreuer die freiheitsentziehende Maßnahme als „erforderliche“ ultima Ratio gegeben
- Angewandte Pflegefachlichkeit wird so ethisch zur Grundlage für rechtliche Entscheidungen.
- Nicht: die rechtliche Entscheidung zur fachlich-ethischen Begründung für pflegerisches Handeln

# Begründungen von PFK für Fixierungen

- Verhalten kontrollieren
- Sicherheit gewährleisten (Schutz vor Fremd- und Eigengefährdung)
- Medizinische Versorgung garantieren

Thomas et al. 1995; Karlsson et al. 1998; Hantikainen V 1998

„Fixierungen führen bei sturzgefährdeten Bewohnern zur Sturzreduktion“:

**80 % der befragten Pflegenden stimmen dem zu/sehr zu**  
**10 % nicht oder überhaupt nicht**

Suen LKP et al. JAN 2006; 55: 20-8

Von denselben Befragten würden für sich ein Verweigerungsrecht bei Fixierungen im Heim reklamieren: **85 %**



# FEM als Sturzprophylaxe

- **Studien: Hinweise auf sturzvermeidende Wirkung von Fixierungen gibt es nicht**
- **Studienevidenz: körpernahe Fixierungen = unangemessen zur Sturzprophylaxe** Capezuti, E., et al  
Relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. J of Gerontology 53A, M47–M52 (1998)
- **FEM ⇒ vermehrt zu Stürzen & zu Gleichgewichts- & Koordinationsproblemen der Bewohner.** Evans, D.,; Wood,J,; Lambert,L.: Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs 2003, 41 (3); S. 274-282
- **körpernahe Fixierungen: Anstieg Todesfallrisiko, Gefahr ernsthafter Verletzungen & Dauer Krankenhausaufenthalte.** Evans et al.(2003)

# Zur Ergebnisqualität von Fixierungen (1)

- Abbau der Körperfunktionen
- Durchblutungsstörungen
- Herz-Kreislauf-Belastung
- Inkontinenz & Infektionen
- Muskelabbau & Dekubitalulcera
- Agitiertheit & Soziale Isolation
- Psychiatrische Erkrankungen
- Schwere Verletzungen und Tod
- Older adults with dementia have the highest risk of all patients for being restrained when hospitalized

Valerie, T. Cotter, Lois K- Evans: Avoiding restraints in patients with dementia; MedSurgNursing (6/2006)

# Zur Ergebnisqualität von Fixierungen (2)

- Kein Wirkungsnachweis für die Reduktion des Sturzrisikos im Gegenteil mehrfach Nachweise über erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko  
(vgl. u. a. Feinsod/ Moore/ Levenson 1997, Bredthauer 2002, Rubenstein 2002, Evans/Wood/Lambert 2003, Berzlanovich 2008)
- Erhöhter Bedarf der Krankenbeobachtung und erhöhter Assistenzbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, reduzierte Lebensqualität (Holweg 1997, Haut/Böther/Hartmann 2007)
- Statistisch nachgewiesener erhöhter Personalbedarf um **67 – 75 % !** (Phillips/Hawes/Fries 1993, n= 11 932)

# Tod durch Fixierung am Bettgitter

(nach A. Berzlanovich 2010 <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=9017>)

N=33; davon 82 % Menschen mit Demenz

Zeit letzter Lebendkontakt und Todeszeitpunkt im

Heim: 3-4 Stunden; Krankenhaus 1'40

## Todesursachen:

- Strangulation/Halskompression: 8“-10“ (19)
- Brustkorbkompression: 20“-25“ (3)
- Kopftieflage: 30“-45“ (11)

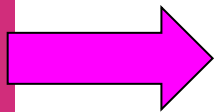
Konsequenzen für die Abstände der Besuche

# Das Sicherheitsdenken in Pflegeheimen sorgt für eine Haltung

- **Frage: Wo steht die Pflege mit einem Bein?**
- **Positive Verstärkung durch Gerichte:** im Antrag Genehmigung § 1906 Abs.4 BGB steckt auch:
- **wir müssen Stürze vermeiden (Heim): §§- Genehmigung FEM:** Weniger Stürze - na klar
- Die Logik: wo **Schaden = da Schuldiger für Stürze:** weil keine Fixierung erfolgte
- Botschaft: **Nichtfixierung = unverantwortlich** und bedarf der Rechtfertigung
- **PFK = Fixierungsverantwortliche;** Richter muß sich auf deren fachliche Einschätzung verlassen
- Haltung geht top→down, wie bottom→up

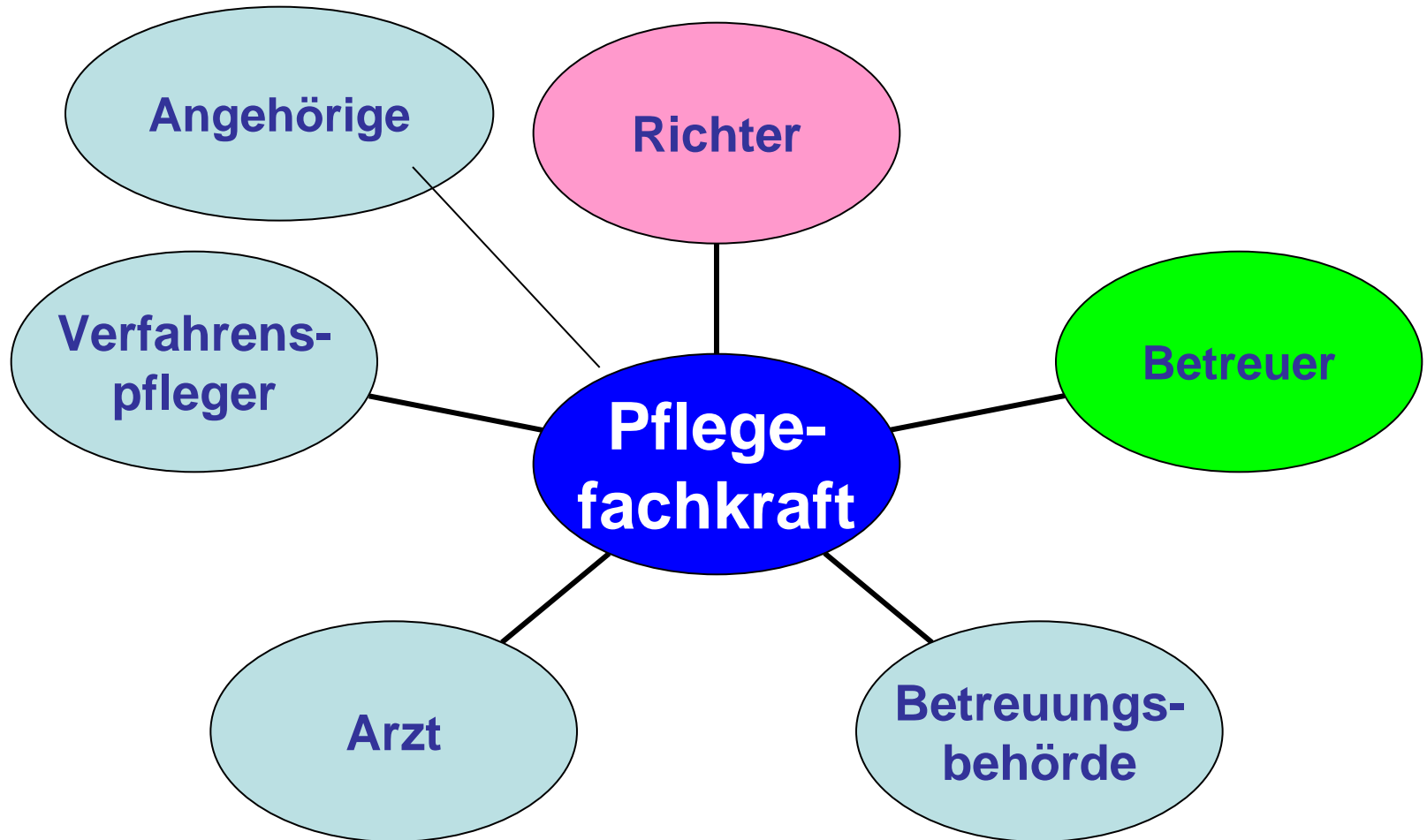
# Verhältnis von Entscheidung und Beratung durch das „Netzwerk“ bei FEM

- Richter genehmigt FEM: ist abhängig von Infos und Einschätzungen der PFK
- Betreuer berät sich mit PFK, stellt Antrag
- Betreuungsbehörde: Infos zur Stellungnahme aus Heim/PFK
- Arzt: wer beurteilt: z.B. Erforderlichkeit nächtlicher Fixierung: PFK
- Verfahrenspfleger = Rechtsanwalt



**PFK = entscheidet alleine,  
Nämlich ob der E-Prozess in Gang kommt**

# Entscheidungsnetzwerk bei Fixierung



# Beispiel AG Delmenhorst

- Bettgitter ist nur dann FEM, wenn dies so hoch, dass Betroffene unter Berücksichtigung seiner körperlichen Fähigkeiten am Verlassen des Bettes gehindert wird
- Andernfalls: Schutz vor unbeabsichtigtem Herausrollen
- IdR Schutzmaßnahme, „wenn die Bettgitter niedriger als ca. 25 cm sind“
- Folge: Heim ist autonom in der Entscheidung
- Wo ist die Betroffenenperspektive des BtG ?
- Woher diese Erkenntnisse? Delmenhorster Studien?
- FEM & Schutzmaßnahme: Schutz = positiv; Schutz durch Gewalt? PatVerfG?
- Sturzhöhe und Ausmaß der Verletzungsgefahr
- Alternativen zum Schutzgitter FEM werden erst gar nicht ventiliert: Niederflurbett, Matratze vor dem Bett, Bodenpflege etc)



# Wir brauchen neue Signale; von vielen

- Wo? Vor Ort: Landkreis, Kommune, Träger
- Wer? BtGericht, Behörde, Heime, Betreuer, Angehörige
- Was wird signalisiert?
- **Signal 1:** Vermeidung von FEM in der Pflege ist gewollt und zu begrüßen

# Wir brauchen neue Signale

- **Signal 2:** Alle Beteiligten bestärken das Heim bei Anstrengungen, FEM zu vermeiden bei vermeintlich höherem Haftungsrisiko
- **Signal 3:** Angebot an die Pflegeheime: Entscheidungen von FEM-Verzicht werden gemeinsam mitgetragen

# Neue Signale 4 und 5

- **Signal 4:** Pflegeheime verpflichten sich, **jede** einzelne **Fixierung regelmäßig** kritisch zu **überprüfen**
- **Signal 5:** Gemeinsam ständig **Austausch** und **Erweitern** des **Wissens** im Landkreis
- **Erste Konsequenz:** Neuausrichtung der Funktion des **Verfahrenspflegers**: pflegerische Fachlichkeit und Betroffenenperspektive; geschult von Btbehörde, Heimaufsicht und in LTC ausgewiesener Pflegewissenschaft

# Neuausrichtung des Verfahrenspflegers

- **Besondere fachliche Kompetenz: Er ist der Botschafter des Neuen Klimas: FEM-Vermeidung**
- **Neben starrem Sicherheitsdenken: Alternativen führen zur Vermeidung von FEM**
- **Anbindung an AG und Btbehörde: Angebot an Heime: gemeinsame Verantwortungsübernahme**
- **Stärkung der Handlungssicherheit der Heime: gegen Vorwürfe, gegen Haftungsansprüche**
- **Bei Restrisiko: Vermeidung von FEM durch Minimierung des Haftungsrisikos mittels Verteilung der Verantwortung auf viele Schultern**
- **Handlungssicherheit erweitern, auch ohne Beteiligung des Gerichts : Heimaufsicht = Multiplikator**

# Das ist der „Werdenfelser Weg“

- Eingang Fixierungsantrag beim AG (Eilverfahren):
- Vorläufige Entscheidung für 6 Wochen; anders: Witten
- zeitgleich: Gericht beauftragt o.g. Verfahrenspfleger
- VfPfl ⇒ Einrichtung: Recht, Vermeidungsstrategien, Fachwissen = Basis für Diskussion „auf Augenhöhe“
- Alternativen („auf Probe“) werden mit Pflege und Angehörigen vereinbart
- Diskussion: Risiko vs. Verschlechterung und Verlust an Lebensqualität
- VfPfl bestätigt ggü. Gericht & Heim: fachliche Prüfung ergab: man geht bestimmtes Risiko mit Billigung des Gerichts oder: es gab keine Alternative zu Fixierung
- Innerhalb 6 Wochenfenster: i.d.R. gemeinsame Empfehlung von Heim und VfPfl

# „Werdenfelser Weg“ (2) Inhalt Schlußbericht

- **Umfang der Tätigkeit**
- **Reduzierte Problembeschreibung (Sturz bei Nacht)**
- **Einschätzung: erkennbarer Wunsch, sich fortzubewegen: Einschränkungen? Leidensdruck?**
- **Stichworte: welche alternative Maßnahmen wurden erwogen/ ausprobiert ?**
- **Welche Maßnahme minimiert das bestehende Risiko?**
- **Abwägen: Verschlechterung der Lebenssituation bei FEM**
- **Zusammenfassung Empfehlung (2 Sätze)**
- **Verfahrenspflegschaft bleibt aufrecht erhalten (Folge)**

# „Werdenfelser Weg“(3)

- **Kein statistisches Material (Multiplikatorenseminar im Mai in Erkner)**
- **Stabilisierung der Anträge auf sehr niedrigem Niveau**
- **Spürbarer Erfolg:**
  - **Engagement & Ideen der Pflege: fühlen sich ernst genommen**
  - **Heimleiter: Offenheit, Kooperationsbereitschaft, Ehrgeiz**
  - **Gemeinsames Auftreten der Behörden LRA und AG**
  - **Fachkompetenz und Engagement der VfPfl (auch abends)**

**Klassische WIN-WIN-Situation**

**<http://www.lra-gap.de/550.0.html>**

# Fazit: FEM in Heimen

- Tut Euch zusammen vor Ort: Gerichte, Behörden, Angehörige, Heime
- Schafft eine neue Kultur des  
„Wir lassen es bleiben“
- Oder nach dem (inzwischen wieder abgeschafften)  
Leitsatz der Diakonie Düsseldorf:



# „Doch, doch: das geht“



Angebot von Universität Witten und PEA e.V.

<http://www.leitlinie-fem.de/>

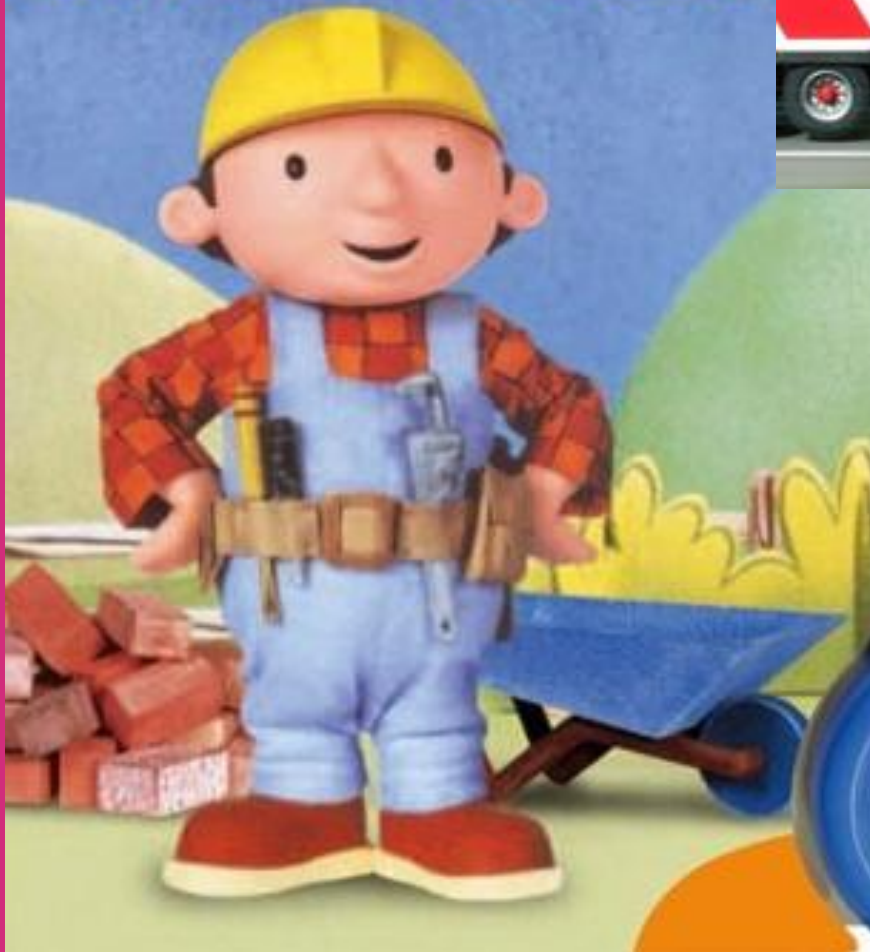
[www.pea-ev.de](http://www.pea-ev.de)

TO GO  
PLAYING

Play-a-Sa

**Bob**  
der  
Baumeister

Yo,  
wir schaffen das!



Besten Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit

[U.Brucker@mds-ev.de](mailto:U.Brucker@mds-ev.de)

 0201 8327-132

[www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org)

[www.pea-ev.de](http://www.pea-ev.de)