

**„Mehr Freiheit  
in der Pflege wagen“  
Alternativen zu  
Freiheitsentziehenden  
Maßnahmen**



**Information für Pflegekräfte zu Risiken und Alternativen**

Ministerium für  
Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie

**SAARLAND**



**WERTVOLLES  
PFLEGEN.**



## Inhalt

Vorwort .....	Seite 5
Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) in Wissenschaft und Praxis .....	Seite 6
Ursachen von FeM .....	Seite 8
Risiken und Gefahren .....	Seite 9
Zur Rolle von Psychopharmaka und Polypharmazie .....	Seite 12
Medikamente als Sturz-Risikofaktoren .....	Seite 13
Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen .....	Seite 16
Herausfordernde Verhaltensweisen .....	Seite 19
Sturzgefährdung und ihre haftungsrechtliche Relevanz .....	Seite 24
Schlussfolgerungen .....	Seite 29
Rechtliche Rahmenbedingungen freiheitsentziehender Maßnahmen .....	Seite 30
Literatur .....	Seite 34



## Vorwort



### Sehr geehrte Damen und Herren,

das Anwenden freiheitsentziehender Maßnahmen, wie z. B. Bettgitter, Bauchgurte oder Psychopharmaka, bedeutet, dass Menschen in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden. Auch die Verwendung von Stecktischen, das Feststellen der Rollstuhlbremse oder das Verriegeln von Zimmertüren sind ein Eingriff in die Freiheit der Person und mit Risiken verbunden. Dennoch gehören sie noch immer in vielen Pflegeeinrichtungen zum Alltag und Alternativen werden zu selten in Erwägung gezogen.

Von Pflege- und Betreuungskräften, pflegenden Angehörigen sowie gesetzlichen und ehrenamtlichen Betreuer/innen fordert der Umgang mit pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen ein hohes Verantwortungsbewusstsein im Hinblick auf die Gewährleistung des Schutzes der Betroffenen. Alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten, insbesondere die Pflegefachkräfte, stehen dabei einerseits in dem Spannungsfeld Sicherheit zu gewährleisten und Sturz-Verletzungen zu vermeiden und andererseits Freiheit sowie Lebensqualität zu wahren. Risiken von freiheitsentziehenden Maßnahmen für die Betroffenen, wie z. B. psychische und physische Beeinträchtigungen, werden von Pflegenden zu häufig unterschätzt.

Für eine verantwortungsvolle Pflege sowie zum Schutz und zur Wahrung der Würde pflege- und hilfsbedürftiger Menschen sind Kenntnisse über Risiken und Alternativen wesentliche Voraussetzungen, um die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen möglichst zu vermeiden und das Wissen über andere Möglichkeiten des Umgangs mit problematischen Situationen in der Pflege zu fördern. In dieser Überzeugung hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in den Jahren 2013 und 2014 für Pflegekräfte von Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe Schulungen zum Thema: „Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe“ gefördert.

Die dankenswerter Weise vom Institut für Gesundheitsforschung und -technologie der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes und vom Kompetenzzentrum Pflegequalität des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Saarland/Rheinland-Pfalz entwickelte und durchgeführte Schulungsmaßnahme hat wesentlich dazu beigetragen, die rechtlichen Dimensionen darzustellen, über Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen aufzuklären und Alternativen aufzuzeigen. Die vorliegende Information zeigt, dass es auch anders geht.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Bachmann'. The signature is stylized and cursive.

**Monika Bachmann**

Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

## Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) in Wissenschaft und Praxis

*Was versteht man unter dem Begriff „freiheitsentziehende Maßnahmen“?*

Eine international häufig verwendete Definition bezeichnet freiheitsentziehende Maßnahmen (kurz: FeM) als Mittel, Material oder Applikation, welche am Körper oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht ist und von der entsprechenden Person nicht selbstständig einfach entfernt oder kontrolliert werden kann und die Person absichtlich davon abhält, freie Körperbewegungen in eine Position der Wahl vorzunehmen (nach Evans, Wood, Lambert & FitzGerald, 2002).

### **Dazu zählen die körpernahen, mechanischen FeM wie**

- Bettseitenteile
- Hand-, Fuß- oder Körperfesseln
- Sitz-, Leib- oder Bauchgurt
- Befestigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
- Sicherheitsgurt am (Roll-) Stuhl
- Sitzhosen
- Schutzdecken, Bettschürzen, Betttücher, Schlafsäcke etc.

Zu den **körperfernen FeM** zählen schwergängige Türen, Abschließen der Zimmertür, Verriegelung von benutzbaren Ausgängen, Täuschung über vorhandene Verriegelungen, komplizierte Schließmechanismen, hoch angebrachte Türgriffe, Drehknaufe, gesicherte Aufzüge, Arretieren des Rollstuhls, Wegnahme von Bekleidung, Fortbewegungsmittel oder Sehhilfen, Ausübung psychischen Drucks oder Verbote, das Haus zu verlassen (Walther, 2007).

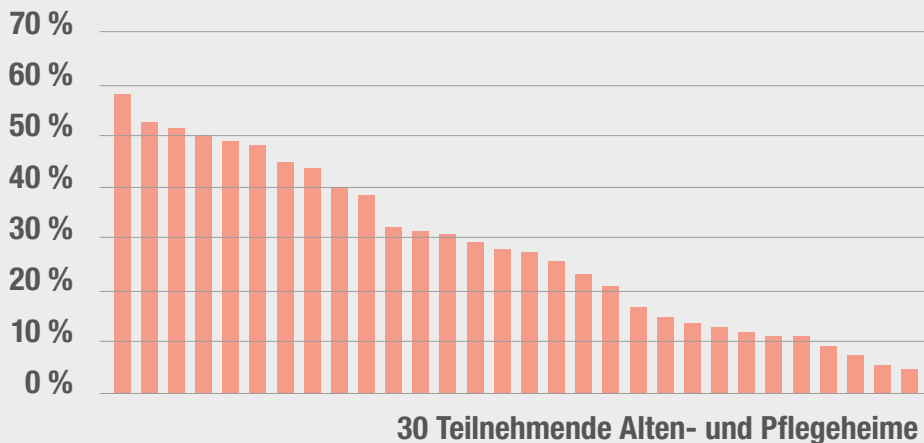
Zudem gehören zu FeM auch Psychopharmaka, wenn sie nur gegeben werden, um den Bewohner in seiner Fortbewegung zu hindern, die Pflege zu erleichtern oder Ruhe herzustellen.

### **Zu bedenken ist, dass auch FeM mit einer richterlichen Genehmigung oder mit Einwilligung die Freiheit einschränken!**

*Wie hoch ist der Anteil der Bewohner, die mindestens eine mechanische FeM am Tag erhalten?*

Im Jahr 2005 wurde zu dieser Frage eine deutsche Studie in 30 Hamburger Alten- und Pflegeeinrichtungen mit 2.367 Bewohnern durchgeführt. Die Erhebung erfolgte als direkte Beobachtung an einem Stichtag. Es zeigte sich eine durchschnittliche Häufigkeit von 26 % (Anzahl der Bewohner mit mindestens einer mechanischen FeM am Stichtag), wobei Bettgitter am häufigsten verwendet wurden. Interessant sind insbesondere die Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen (Köpke et al., 2009), wie die nebenstehende Grafik verdeutlicht:

### Anteil Bewohner mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen 2005



Quelle: [http://www.leitlinie-fem.de/download/FEM\\_Brosch\\_Pflegende\\_2013.pdf](http://www.leitlinie-fem.de/download/FEM_Brosch_Pflegende_2013.pdf)

Während manche Einrichtungen mit sehr wenig FeM auskommen (4 %), ist in anderen Einrichtungen über die Hälfte der Bewohner mit einem Spitzenwert von 59 % mit mindestens einer mechanischen FeM am Tag fixiert.

**Die Untersuchung zeigt, dass FeM noch immer zur routinemäßigen Anwendung gehören aber vor allem, dass Pflege durchaus auch ohne FeM auskommen kann.**

Die Unterschiede lassen sich **nicht** auf spezifische Merkmale der Bewohner oder der Einrichtungen (Ausstattung, Personalquote) zurückführen, denn diese waren vergleichbar (Köpke et al. 2009). Diskutiert wird die „Pflegekultur“, also die Einstellungen und Überzeugungen des Personals (und der Angehörigen), als verantwortlicher Faktor (Köpke et al., 2012).

*Wie erklären sich solche Unterschiede?*

Studien zur Dauer der Anwendung kommen auf einen durchschnittlichen Zeitraum von 90 Tagen (Evans 2002). Betrachtet man die Dauer über den Tag, wurde jeder Dritte mehr als acht Stunden am Stuhl fixiert. Bei der Verwendung von Bettgittern ist etwa ein Drittel mehr als 20 Stunden/Tag betroffen (Klie & Pfundstein, 2004).

*Wie lange werden FeM angewendet?*

**Werden FeM erst einmal angewendet, dann über einen längeren Zeitraum und viele Stunden am Tag.**

Von der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen sind zwei Hochrisikogruppen besonders betroffen:

*Wer ist besonders betroffen von Fixierungen?*

1. **Sturzgefährdete Bewohner**, insbesondere wenn Mobilitätsprobleme vorliegen oder bereits Sturzereignisse vorangegangen sind.
2. Demenziell erkrankte bzw. kognitiv eingeschränkte Menschen, die **herausforderndes Verhalten** zeigen. Dazu zählen Unruhe, Wandern, Weglauftendenzen, mangelnde Kooperativität, Aufmerksamkeit fordern, Rufen, Gegenstände werfen, Treten, Schlagen etc.

## Ursachen von FeM

### *Warum werden FeM angewendet?*

Hier spielen vor allem die Haltungen, Einstellungen und Werte des Personals eine Rolle. An erster Stelle steht das **Sicherheitsdenken** der Pflegenden bzw. Betreuenden, zum Schutz der Bewohner vor Sturz oder Verletzungen zu handeln. Dieses Denken ist direkt verbunden mit der Angst vor juristischen Konsequenzen, wenn vermeintliche Sicherheitsrisiken durch Nichtfixieren eingegangen werden (**Haftungsangst**) (vgl. Köpke et al., 2009).

Diese Angst ist allerdings unbegründet, sofern pflegfachlich nach aktuellem Wissensstand gehandelt wurde, wie z.B. bei der fachlich kompetenten Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe. Erfahrungen aus den Einrichtungen zeigen auch, dass Angehörige oder gesetzliche Betreuer häufig den Wunsch nach medikamentöser „Ruhigstellung“ oder Fixierung – meist durch Bettseitenteile oder Bauchgurte im Stuhl – an das Personal herantragen, ebenfalls aus einem vermeintlichen Sicherheits- und falschen Schamgefühl heraus. Letzteres zeigt sich dann, wenn die Fixierung im Zimmer oder im Bett gewünscht wird, damit das Ansehen des Betroffenen in der Öffentlichkeit keinen Schaden durch auffälliges Verhalten nimmt.

**Die Anwendung von FeM birgt eine Vielzahl von Risiken, die bei der Abwägung immer mit bedacht werden müssen und den Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern mitgeteilt werden sollten!**

### *Wie erleben Betroffene die Fixierung?*

Manche Bewohner wünschen sich ein Bettgitter, um somit ein subjektives Gefühl von Sicherheit zu erleben. Allerdings kann mit diesen Bewohnern überlegt werden, ob Alternativen dazu möglich sind. Beispielsweise könnte auch eine Lagerungsschlange im Bett ein Gefühl der Sicherheit im Sinne einer weichen Begrenzung vermitteln. Im Allgemeinen werden allerdings negative Gefühle wie Scham, Verlust der Selbstachtung, Abhängigkeit und ein Verlust der Lebensqualität erlebt (Walther, 2007).

Studien zur Untersuchung des Erlebens von Zwangsmaßnahmen psychiatrischer Patienten (Armgarth et al., 2013; Frajo-Apor et al., 2011) berichten retrospektiv von Wut, Ärger, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Gefühlen des Ausgeliefertseins, der Erniedrigung und Angst, zum Teil Todesangst als führende Emotionen in der Zwangssituation. Allerdings wurde von klinisch labileren Patienten auch Verständnis für die Maßnahme geäußert, stabilere Patienten bewerteten das Ereignis negativer.

Auch das Personal berichtet von einem ethischen Dilemma zwischen dem Wunsch, Sicherheit zu gewährleisten auf der einen Seite und Frustration, Unbehagen, Schuldgefühlen etc. auf der anderen Seite (Köpke et al., 2009).



## Risiken und Gefahren

FeM haben Auswirkungen auf der psychosozialen Ebene: Dabei sind der **Verlust von Kontrolle, Freiheit und Autonomie sowie der Verlust von Würde und Identität zu nennen**. Nach außen gut beobachtbar sind **Ärger, Aggressionen und verstärkte Unruhe**.

*Welche Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen bergen FeM?*

Nach innen gerichtete Verhaltensweisen und nach außen weniger gut zu beobachten sind **depressive Gefühle, Scham und Stress**. Stress ist hier vor allem auch auf der physiologischen Ebene zu verstehen. Der Anstieg von Puls und RR birgt bei den im Alter meist vorliegenden arteriellen Gefäßveränderungen (Arterielle Verschlusskrankheit, Koronare Herzkrankheit) die Gefahr eines Herz- oder Hirninfarktes oder auch die Gefahr einer Hirnblutung.

### FeM können mechanische Verletzungen verursachen:

- Quetschungen (Brustkorb, Bauchraum, Extremitäten)
- Nervenverletzungen (z. B. Schädigung des Nervus peroneus durch Druck an der Stuhlkante bei Fixierung im Stuhl und in Folge eine Fußheberschwäche -> erhebliche Gangunsicherheit -> erhöhtes Sturzrisiko)
- Ischämien (vor allem gefährdet sind die Unterschenkel, Fersen und Zehen; aufgrund der meist vorliegenden peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Alter sowie dem gestörten arteriellen Blutfluss auf Höhe der Leiste und der Kniekehle im Sitzen kommt es häufig zu schlecht heilenden Ulcera und Nekrosen, die nicht selten zu Infektionen und auch zu Amputation führen).
- Verletzungen bei Stürzen über das Bettgitter oder Einklemmungen bis zu Todesfällen

Eine retrospektive Untersuchung von Todesfällen, die sich bei Gurtfixierungen ereignet hatten und im Institut für Rechtsmedizin München obduziert wurden (in den Jahren 1997-2010), zeigte folgendes Ergebnis: Von den 26 unklaren Todesfällen bei Gurtfixierungen sind 22 direkt auf die Fixierung zurückzuführen. Der Tod wurde entweder durch Strangulation, Thoraxkompression oder Kopftieflage verursacht (Berzlanovich et al., 2012). Ein tödlicher Unfall durch Fixierung ist der Extremfall. Rechtsmediziner schätzen die Dunkelziffer allerdings hoch ein (Mohensian et al. 2003).

### Weitere Todesursachen können sein:

- Stürze über das Bettgitter
- Ersticken (bspw. Einklemmen des Kopfes zwischen Matratze und Bettgitter)
- Tod durch Herzversagen (z. B. massive Kompression der Bauchorgane, Stress)
- Strangulation als Folge von Befreiungsversuch (z. B. bei Brust/-Halskompression)

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte empfiehlt als Reaktion auf solche Vorkommnisse im Zusammenhang mit Bauchgurten die zusätzliche Verwendung von Schritt- oder Oberschenkelgurtsystemen.

### **FeM können auch medizinische Komplikationen mit sich bringen:**

- **Infektionen** (z. B. Pneumonie)
- **Dekubitus**
- **Thrombosen** mit der oft tödlichen Gefahr einer Lungenembolie
- **Kontrakturen** verbunden mit erheblichen Einbußen der Mobilität und der Selbstversorgung
- Zunahme von **Urin- und Stuhlinkontinenz**

### **Indirekte Gefahren sind:**

- **Muskelatrophie** (im Alter rasanter Verlust an Muskelmasse bei Immobilität, der nur schwer wieder auftrainiert werden kann)
- **Gelenkversteifungen** (Nach 3 Tagen ist z. B. das Schultergelenk bereits spürbar eingesteift.)
- **Verlust der Balance** (Schon nach wenigen Wochen verliert man ohne Training die zum Ausbalancieren notwendige zerebrale Koordinationsfähigkeit, und sie bleibt im Alter meist unwiderruflich verloren.)

**FeM sind mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden und führen zur drastischen Minderung der noch verbliebenen Lebensqualität!**

So stellt sich die Frage: **Wie wirksam sind FeM hinsichtlich des Schutzes vor sturzbedingten Verletzungen oder hinsichtlich herausfordernden Verhaltens? Können die Probleme, wegen denen sie angewendet werden, gelöst werden?**

- **Herausforderndes Verhalten:** Demenziell oder kognitiv beeinträchtigte Bewohner haben häufig kein Verständnis für die Anwendung von FeM. In der Folge verstärkt sich die Unruhe, wegen der sie angewendet werden, noch. Dies kann zusätzlich mit der Gabe von Psychopharmaka verbunden sein, damit die Fixierung erst toleriert wird. Dies birgt weitere Risiken wie Pneumonie und Exsikkose durch die Sedation. Dadurch wird die Mobilität weiter eingeschränkt und die Sturzgefahr erhöht sich (vgl. Bredthauer, 2008).
- **Sturzgefährdete Bewohner:** Während der Zeit der Fixierung besteht zunächst kein Sturzrisiko, allerdings ist die Sturzgefahr weiterhin gegeben in der Zeit ohne Fixierung. Durch die FeM-bedingte Immobilität, die Gelenkversteifungen, den Abbau der Muskelkraft und den Verlust der Balance erhöht sich das Sturzrisiko sogar!

### **Dies führt zu einer paradoxen Situation:**

Einerseits sollen sturzgefährdete Bewohner durch Fixierung vor Stürzen und den damit möglicherweise verbundenen sturzbedingten Verletzungen geschützt werden, um ihre Mobilität zu erhalten. Andererseits schränken Fixierungsmaßnahmen die Mobilität ein und erhöhen dadurch die Gefahr von Stürzen und Verletzungen.

## **Somit führen FeM zu genau den Situationen, die eigentlich vermieden werden sollen:**

- Das Sturzrisiko nimmt zu, die Gefahr von Verletzungen erhöht sich.
- Herausforderndes Verhalten wie Unruhe, aggressives Verhalten verstärkt sich (vgl. Bredthauer, 2008; Walther, 2007)

Auch der **Expertenstandard Sturzprophylaxe** (DNQP 2013, 1. Aktualisierte Auflage) lehnt jegliche Anwendung von **FeM** zur Sturzprophylaxe ab und stuft diese explizit als **Risikofaktor** ein!

Zu fragen ist weiter: **Was passiert, wenn keine FeM angewendet werden? Können durch gezielte Interventionen FeM vermieden werden? Treten tatsächlich die befürchteten sturzbedingten Verletzungen ein?**

Mit diesen Fragen haben sich u. a. zwei systematische Studien in Deutschland beschäftigt.

**ReduFix** (2008; Koczy et al., 2011): In dieser Studie erhielt eine Interventionsgruppe aus freiwillig teilnehmenden Einrichtungen eine multifaktorielle Intervention bestehend aus einem Schulungsprogramm für Mitarbeiter (Pflgewissenschaftliche Erkenntnisse zu FeM, gerontopsychiatrische Expertise über den Umgang mit Psychopharmaka und Verhaltensstörungen, rechtliche Beratung) und dem Einsatz technischer Hilfsmittel (Bewegungssensoren, Antirutsch-Socken und weiche Hüftprotektoren). Die sogenannte Kontrollgruppe erhielt diese Intervention erst zeitversetzt und diente als Vergleichsgruppe im Untersuchungszeitraum. Es konnte gezeigt werden, dass

- die Häufigkeit und Dauer einer Fixierung in der Interventionsgruppe deutlich gesenkt werden konnten.
- es keinen Unterschied hinsichtlich Sturzverletzungen zwischen der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe gab.
- in der Interventionsgruppe nicht vermehrt Psychopharmaka gegeben wurden.
- herausforderndes Verhalten sich tendenziell verbessert hat.

**Leitlinienbasiertes Schulungsprogramm** (Köpke et al., 2012): Zu ähnlichen Befunden kommt die Studie zur Wirksamkeit eines leitlinienbasierten Schulungsprogramms. Basierend auf der Leitlinie FeM\* wurde ein Schulungsprogramm für alle Pflegekräfte entwickelt und einige Pflegekräfte wurden als „FeM“-Beauftragte geschult. Darüber hinaus wurden Informationsmaterialien für Pflegenden, Angehörige und Betreuer zur Verfügung gestellt. Zudem mussten die teilnehmenden Einrichtungen der Interventionsgruppe versichern, sich für die Reduzierung von FeM einzusetzen. Auch in dieser Studie hat sich die Anwendung aller FeM in der Interventionsgruppe deutlich reduziert. Dabei kam es nicht zu einer Zunahme von Stürzen, sturzbedingten Verletzungen oder einer vermehrten Gabe von Psychopharmaka. Die Autoren diskutieren die Ergebnisse vor allem im Hinblick auf einen „culture change“ (ebd., S. 2183), einer Veränderung der Pflegekultur, die aus dem konsequenten Vermeiden von FeM resultiert.

**Die systematischen Studien zeigen eindeutig:  
Der Verzicht von FeM führt nicht zu vermehrten Sturzverletzungen!**

## Zur Rolle von Psychopharmaka und Polypharmazie

### *Psychopharmakagebrauch in der Altenhilfe*

Studien zeigen, dass in Alten- und Pflegeeinrichtungen häufig eine Überversorgung mit sedierenden Psychopharmaka vorliegt. Die Dosierungen sind zudem oft unangemessen hoch oder werden zu lange gegeben, ohne eine Dosisreduktion zu versuchen. Im Bereich der Antidepressiva liegt eine deutliche Unterversorgung vor. Eine Studie zum Psychopharmakagebrauch in Altenpflegeeinrichtungen zeigt, dass 65 % der Bewohner zu lange Psychopharmaka erhalten und bei knapp 45 % der Fälle keine ausreichende Indikation vorliegt (Pantel et al., 2005). Alte Menschen zeigen Veränderungen im Medikamentenstoffwechsel. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund von Multimorbidität in der Regel eine Polypharmazie vorliegt. Dies birgt ein erhöhtes Risiko für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen wie medizinische Komplikationen (Exsikkose, Pneumonie etc.) und führt vor allem zu einem erhöhten Sturzrisiko. Pflegefachkräfte nehmen eine Schlüsselrolle ein beim Erkennen Psychopharmaka bedingter Nebenwirkungen und der Informationsübermittlung an den behandelnden Facharzt/Hausarzt.

### *Psychopharmakagebrauch in der Behindertenhilfe*

Einer Studie zum Psychopharmakagebrauch in 16 Berliner Einrichtungen der Behindertenhilfe zufolge erhalten im Schnitt 34 % der Bewohner Psychopharmaka. Interessant ist die Schwankungsbreite in den einzelnen Wohnstätten von 7 % bis 62 %. Bei etwa zwei Drittel der mit Psychopharmaka behandelten Bewohner werden zwei oder mehr Wirkstoffe eingesetzt (Hennike, 2007). Abgesehen von unerwünschten Nebenwirkungen und Interaktionen – in Kombination mit dem vorzeitig beginnenden Alterungsprozess bei angeborenen/erworbenen komplexen Behinderungen treten diese bereits bis zu 20 Jahre früher auf – erhöht sich damit auch das Sturzrisiko für die betroffenen Personen. Zudem kommt im Behindertenbereich häufig die Gabe von Antiepileptika hinzu, die zum einen ebenfalls als Sturzrisikofaktor gelten und zum anderen darüber hinaus die Entstehung von Osteoporose begünstigen, was die Gefahr sturzbedingter Verletzungen erhöht (Worms, 2011). Spontanfrakturen im Rahmen von Osteoporose führen häufig zu Stürzen mit schwerwiegenden Folgen.

### **Mögliche Nebenwirkungen von Psychopharmaka:**

- Person gebückter, „steifer“, ohne Armpendel
- kleinschrittiger, schlurfender, unsicherer Gang
- Bewohner stürzt
- ausdruckslose Mimik, Speichelfluss
- Schluckstörungen
- Zittern
- Dyskinesien (Bewegungsanomalien)
- verstärkte Unruhe (nicht mehr still sitzen, „trippeln“)
- Vortäuschung der Parkinson-Symptomatik
- Pulsarrhythmie
- Blutdruck zu hoch/niedrig
- orthostatische Kollapsneigung
- Bewohner zu sediert, wirkt apathisch, schläfrig
- Bewohner verwirrter, agitierter, wahnhaft
- Neuauftreten von Harninkontinenz, Harnverhalt etc.

## Medikamente als extrinsische Sturz-Risikofaktoren

### Allgemeine Einführung

Durch den biologischen Alterungsprozess kommt es zur Empfindlichkeitssteigerung oder sogar zur paradoxen Wirkung von zentral wirksamen Stoffen. 70 bis 80-Jährige haben das 5-fache Risiko des Auftretens von unerwünschten Nebenwirkungen (UAW). Erhöhte Sturzgefährdung oder medizinische Komplikationen wie z. B. Exsikkose, Pneumonie oder Tod können die Folge sein. Altersbedingt kommt es generell zu Veränderungen im Medikamentenstoffwechsel und -abbau. Dafür verantwortlich sind folgende individuelle, unterschiedlich ausgeprägte Parameter:

- verminderte **renale Elimination** (verminderte Ausscheidung über die Nieren): Dosisreduktion z. B. bei Digoxin, Metronidazol, Theophyllin, Triamteren, etc.
- niedrigeres **Körpergewicht** mit individueller Veränderung der Verteilungsräume
- reduziertes **Gesamtkörperwasser**: Kumulationsgefahr (deshalb Achtung z. B. bei ACE-Hemmern, Digoxin, L-Thyroxin, Metronidazol, Lorazepam)
- ansteigendes **Körperfett**: verlängerte Wirkdauer (deshalb Achtung z. B. bei Amoxicillin, Furosemid, Diazepam, Oxazepam)
- **Gebrechlichkeit** (Kompensationsmöglichkeiten erschöpft)
- geringe **Trinkmenge**: schlechtere Resorption von Medikamenten
- **Elektrolytverschiebungen**: Wasserlösliche Medikamente werden in Wirkung behindert.

Multimorbidität führt sowohl im Bereich der Behinderten- wie auch in der Seniorenversorgung zur Polypharmazie. Neben der Compliance-Problematik, Anwendungsproblemen (z. B. bei Schluckstörungen) kommt es auch zu Komplikationen durch Interaktionen der Stoffe untereinander und zu Enzyminduktionen (Aktivierung von ab- sowie auch aufbauenden körpereigenen Enzymen durch verabreichte Medikamentenwirkstoffe), die zu Wirkspiegelveränderungen führen, denen durch Dosisanpassung Rechnung getragen werden muss.

**Psychopharmaka, Antiepileptika und Beruhigungsmittel** sind zentral wirksame Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen auf Konzentration, Koordination und Aufmerksamkeit. Sie interagieren untereinander und mit gängigen weiteren Medikamenten und induzieren so gravierende, unter anderem auch das Sturzrisiko erhöhende Wirkungen. Als in Kombination problematisch gelten vor allem: Herzkreislaufpräparate wie  $\beta$ -Blocker, ACE-Hemmer, Diuretika (z. B. Furosemid<sup>®</sup>) und Schmerzmittel (z. B. Ibuprofen<sup>®</sup>, Diclofenac<sup>®</sup>).

### Spezielle Medikationen

**Medikamenten-  
beispiele**

<b>Psychopharmaka</b>	<b>mögliche, häufige UAW</b>	<b>Besonderheiten</b>
<b>Quetiapin</b> (z. B. Seroquel®)	Orthostatische Hypotonie mit Schwindel, Tachykardie mit Synkopen, Anfälle, Schläfrigkeit	
<b>Risperidon</b> (z. B. Risperdal®)	Schlaflosigkeit, Angstzustände, Sedierung, Schwächegefühl, TIA, Tachycardie, Arrhythmie	Achtung: Antiarrhythmika verstärken Wirkung
<b>Haloperidol</b> (z. B. Haldol®)	Benommenheit, Gedächtnis-, Schlafstörungen, Anfälle, Bewegungsstörungen	
<b>Clomipramil</b> (z. B. Anafranil®)	Schwindel, Kopfschmerz, Unruhe, Schlafstörungen, Verwirrtheit	

<b>Antiepileptika</b>	<b>mögliche, häufige UAW</b>	<b>Besonderheiten</b>
<b>Carbamazepin</b> (z. B. Tegretal®)	Schläfrigkeit, Ataxie, Osteoporose, Rhythmusstörungen, Bradykardie, Hyponatriämie	
<b>Phenytoin</b> (z. B. Phenhydantol®)	Ataxie, Ruhetremor, Osteoporose, Dyskinesie, Hypotonie, Rhythmusstörungen,	
<b>Valproinsäure</b> (z. B. Ergenyl®)	Schläfrigkeit, Tremor, Ataxie, Spastizität, Hyperaktivität, Osteoporose	
<b>Gabapentin</b> (z. B. Neurontin®)	Schläfrigkeit, Schwindel, Ataxie, Tremor, Osteoporose	Achtung: Antazida verringern Wirkung

<b>Beruhigungsmittel Sedativa/Hypnotika</b>	<b>mögliche, häufige UAW</b>	<b>Besonderheiten</b>
<b>Benzodiazepine</b> (z. B. Lexotanil®, Diazepam®, Tranxilium®, Oxazepam®, Adumbran®)	Gangunsicherheit, Schwindel, Müdigkeit, Doppelbilder	Achtung: Halbwertszeit bei Diazepam z. B. ca. 42h Wirkungsverstärkung durch Psychopharmaka

## **Antihypertensive/ Antiarrhythmika**

**$\beta$ -Rezeptoren-Blocker**  
(z. B. Concorcor<sup>®</sup>,  
Metoprolol<sup>®</sup>,  
Atenolol<sup>®</sup> etc.)

### **mögliche, häufige UAW**

Kopfschmerzen, Schwindel,  
Müdigkeit, Muskelkrämpfe

### **Besonderheiten**

Achtung!  
Kontraindikation  
Asthma:  
wird verstärkt,  
Unterzuckerung durch  
Wechselwirkung mit  
Insulin und Sulfonyl-  
harnstoff

**ACE-Hemmer**  
(z. B. Captopril<sup>®</sup>,  
Enahexal<sup>®</sup> etc.)

Müdigkeit, Kopfschmerzen,  
Schwindel, trockener Husten

- z. B. bei Verdacht auf symptomatische Rhythmusstörungen, mehrmals täglich über mehrere Tage zu festen Zeiten Puls- und RR-Kontrollen sowie bei Beschwerden
- bei Verdacht auf BZ-Schwankungen, Blutzuckertagesprofil erstellen und zusätzlich BZ-Stix bei Symptomatik

***Grundsätzlich  
Auffälligkeiten/  
Veränderungen mit  
den behandelnden  
Ärzten besprechen***



## Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

### **Suche nach Ursachen für das Verhalten**

Die einzig richtige Alternative gibt es nicht. Jede Alternative muss auf den einzelnen, individuellen Fall bezogen und auch deren Risiken müssen geprüft werden. Jede Suche nach Alternativen beginnt mit der Suche nach Ursachen für das Verhalten, weswegen FeM angewendet werden soll. Lassen sich mögliche Ursachen beheben, ist die Alternative gefunden. Wichtig ist, dass alle an der Betreuung und Versorgung beteiligten Personen sich am Prozess der Ursachenfindung beteiligen. Dabei kann jede kleine Information bedeutsam sein (Fallkonferenz, siehe Abschnitt „Herausforderndes Verhalten“ Seite 19). Eine Entscheidung über alternative Maßnahmen sollte von allen mitgetragen und gleichermaßen umgesetzt werden.

### **Wie sollte der Entscheidungsprozess aussehen?**

Dabei kann man sich an folgendem Entscheidungsprozess orientieren (vgl. ReduFix, 2007, 2008):

1. Analyse der Ist-Situation/Problemanalyse
2. Einschätzung der Alternativen
3. Festlegen der Ziele und des Maßnahmenplans
4. Treffen der Entscheidung (optimal: Fallkonferenz)
5. Durchführung der Maßnahme
6. Beobachtung und Evaluation

### **Systematische Vorgehensweise in sechs Schritten**

#### **1. Ursachen klären und Problem analysieren.**

Dazu sind folgende Fragestellungen hilfreich:

- Welches Problem liegt genau vor?
- Worin bestehen die individuellen Risiken?
- Besteht eine Fremd- oder Selbstgefährdung?
- Welche möglicherweise behandelbaren Ursachen kann die Sturzgefahr oder das Verhalten bedingen?

Folgende Ursachen sollten bei der Problemanalyse in Betracht gezogen werden:

#### **Auswahl möglicher Grundbedürfnisse**

- Schmerzen/Unwohlsein
- Ausscheidung (Harnverhalt)
- Hunger/Durst
- Bewegungsbedürfnis
- Geborgenheit/Zugehörigkeit
- Ungünstige Umgebungsbedingungen
- Unvorteilhafte Kommunikationsformen
- Weitere s.u.



## Beispiele für medizinische Ursachen u. a.:

- Infekt
- Exsikkose
- Schilddrüsenstörung
- Demenz
- Depression
- Delir, Altersdelir (z. B. nach Traumata und extremen Stresssituationen)
- Suchterkrankung/Entzugsproblematik
- Fehlmedikation im Sinne von unvorteilhaften Medikamenten-Kombinationen oder unangemessenen Wirkstoffdosierungen
- Osteoporose

## 2. Alternativen einschätzen

- Medikation ändern  
(Überprüfung durch gerontologisch erfahrenen Psychiater einfordern!)
- Mobilität gezielt fördern (Balance- und Krafttraining)
- Pflegekonzept/organisationsgestützte Alternativen
- pflegerische Alternativen (z. B. im Umgang mit herausforderndem Verhalten)
- Umgebungsanpassung und baulich-architektonische Maßnahmen (sichere Umgebung)
- Hilfsmittel und technisch-elektronische Lösungen

Dabei ist auch zu hinterfragen, lassen sich die Alternativen realisieren?  
Welche Risiken bergen die Alternativen?

## 3. Maßnahmenplan entwickeln

- Fallkonferenz: Im besten Fall sollten alle Beteiligten im Rahmen einer Fallkonferenz einbezogen sein, das sind der Betroffene, Betreuer, Angehörige, Pflegekräfte, PDL, EL, Arzt, Therapeuten etc. (siehe Abschnitt „Herausforderndes Verhalten“ Seite 19)
- Abwägen der Risiken zwischen Nichtfixierung, Einsatz von Alternativen und FeM
- Welche Maßnahmen kommen in Frage und sind zu verantworten?
- Welche Hilfsmittel werden benötigt, und sind diese finanzierbar?
- Welcher Zeitraum zur Überprüfung der Maßnahme wird festgelegt?
- Welche Ziele hat die Maßnahme?
- Was sollte sich im Zeitraum bis zur Überprüfung der Wirksamkeit ändern?

#### 4. Entscheidung treffen

- Vereinbarung über Umsetzung der Maßnahme zur Vermeidung einer Fixierung, deren Steuerung und Evaluation
- Wird sich nach Scheitern der Alternativen für eine Fixierung entschieden, muss diese vom Betreuer beantragt und richterlich genehmigt werden.

#### 5. Maßnahme umsetzen

- Zeitplan und verantwortliche Person festlegen
- Erstellung eines Maßnahmenprotokolls zur Dokumentation des Verlaufs und Ergebnis der gewählten Maßnahme

#### 6. Umsetzung beobachten und evaluieren

- Verantwortliche Person sollte zum festgelegten Zeitpunkt Maßnahme überprüfen.
- Zielerreichung evaluieren
- Notwendige Anpassungen und Veränderungen in die Wege leiten

Alle Schritte gelten sowohl für die Alternativmaßnahmen zur Vermeidung von FeM als auch für angewandte FeM.

#### Entscheidungsprinzipien/Leitgedanken

(vgl. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses, 2006).

- Vor jedem Handeln das Verhalten der Betroffenen verstehen und mögliche Ursachen ermitteln. Das Wahlrecht und die Selbstbestimmung der Betroffenen auch bei eingeschränkter kognitiver Leistung würdigen.
- Interdisziplinär Entscheidungen treffen und tragen.
- Die FeM ist die letzte Alternative in der Kette der Behandlungsmöglichkeiten.
- Der potenzielle Nutzen der FeM muss höher sein als der Schaden. FeM nur fachlich begründet anwenden.
- Die FeM hat immer eine begrenzte Dauer.
- Die FeM muss verhältnismäßig und angemessen sein.
- Die minimalste Form der FeM muss angewandt werden.
- FeM legalisieren.
- Patientenverfügungen sind zu beachten.
- Die Notwendigkeit der FeM immer wieder überprüfen. **Routine vermeiden.**

## Herausfordernde Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen stellen eine psychopathologische Symptomatik der Demenz dar, allerdings sollten die psychosozialen und damit veränderbaren Anteile nicht unterschätzt werden. Verhalten macht für denjenigen, der sich verhält, immer Sinn. In diesem Sinne kann herausforderndes Verhalten als ein Resultat der Unfähigkeit, sich verständlich zu machen, betrachtet werden. Es sollte immer nach möglichen Ursachen für dieses Verhalten gesucht werden. Dies bedarf intensiver Beobachtung und Kenntnis der Biografie.

Zur Diagnostik werden am besten **Fallbesprechungen bzw. -konferenzen** durchgeführt. Dabei handelt es sich um interdisziplinäre Gesprächsrunden möglichst auch unter Einbezug der Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer. In der Fallbesprechung geht es darum, problematische Verhaltensweisen gemeinsam zu betrachten, mögliche Ursachen zu suchen und Informationen, Beobachtungen, Meinungen oder Vermutungen auszutauschen. In Fallbesprechungen werden die gemeinsamen Versorgungsziele festgelegt, gemeinsam Entscheidungen getroffen und abgestimmt. So gelingt es, die Belastung Einzelner zu verringern (vgl. Bartholomeyczik et al., 2006).

Sind mögliche Ursachen für das herausfordernde Verhalten gefunden und geeignete Interventionen als Alternativen zu FeM geplant, werden diese durchgeführt und evaluiert. Solche Ursachen können sein (nach Bartholomeyczik et al., 2006; Redufix, 2007, 2008):

*Mögliche Ursachen  
und Interventionen  
bei demenziell  
erkrankten Men-  
schen*

---

### Mögliche Ursache

### Mögliche Intervention

#### **Neurologischer Status:**

Motorische Fähigkeiten,  
Gedächtnis/Merkfähigkeit,  
Sprache, sensorische Fähigkeiten

Diese Faktoren sind weniger beeinflussbar, allerdings lassen sich durch deren Beschreibung Risiken erfassen.

#### **Gesundheitsstatus, demografische Variablen:**

Allgemeinzustand, Funktionsfähigkeit  
(ADL/IADL), Geschlecht, Ethnizität,  
Familienstand, Schulbildung, Beruf

#### **Psychosoziale Variablen:**

Persönlichkeit, Reaktion auf Stress

---

#### **Physiologische Bedürfnisse:**

Hunger, Durst, Ausscheidung, Schmerz,  
Unwohlsein, Schlafstörungen

Physiologische Bedürfnisse können beeinflusst werden, z. B. bei Schmerz durch eine entsprechende Medikation.

---

#### **Psychosoziale Bedürfnisse:**

Affekte und Emotionen  
(Angst, Langeweile, Einsamkeit etc.)

Angstauslöser möglichst beseitigen.  
Langeweile: Für Beschäftigung sorgen.  
Einsamkeit: Besuchsdienst organisieren  
etc.

---

## Mögliche Ursache

---

## Mögliche Intervention

---

### Physikalische Umgebung:

Ungünstige räumlich-architektonische Gestaltung, Routine/Stationsalltag, Licht, Geräuschlevel, Wärmelevel

Umgebungsanpassung (z. B. Rundgänge, Aktivitätszonen, Lichtanpassungen, Hilfsmittel, Barrierefreiheit etc.)

---

### Psychosoziale Umgebung:

Umgebungsatmosphäre, Präsenz anderer, Reizüberflutung oder -armut, fehlende Tagesstruktur, eine nicht auf die Bedürfnisse abgestimmte Pflege und Arbeitsorganisation

Wertschätzende-akzeptierende Grundhaltung (Validation).  
An den Bedürfnissen orientierter Tagesablauf und eine entsprechende Arbeitsorganisation.  
Scheinbar „unsinnige Verhaltensweisen“ akzeptieren.

---

### Unvorteilhafte Kommunikationsformen:

Logisches Argumentieren, mit Defiziten konfrontieren, direktives Fordern etc.

Kein „logisches“ Argumentieren, um „Recht zu haben“.  
Einfache, klare Sprache, später eher körperbetonte Kommunikation (auf Gefühlsebene eingehen).  
Auf vorhandene Fähigkeiten zurückgreifen, statt mit Defiziten konfrontieren.  
Tagesstrukturierende Angebote (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten).

---

### *Interventionen auf Pflege- und Mitarbeitererebene*

Bei Interventionen auf Pflege-/Mitarbeitererebene sind vor allem **Schulungsmaßnahmen sowie Fort- und Weiterbildungen** zu nennen. Dies können z. B. gerontopsychiatrische Weiterbildungen sein, Fortbildungen zur Integrativen Validation, aber auch Schulungen in Kommunikationstechniken (für Angehörigengespräche und zur Verbesserung der Verständigung mit demenziell veränderten Menschen), Ethikworkshops oder Schulungen im sicheren Umgang mit Hüftprotektoren. Zu überlegen ist auch, hauswirtschaftliches oder technisches Personal beispielsweise in Kommunikationsverhalten mit demenzkranken Menschen zu schulen.

Des Weiteren sollten **Fallkonferenzen/Fallbesprechungen** wie oben beschrieben durchgeführt werden. **Supervision** kann der Reflektion eigener Verhaltensweisen und Einstellungen dienen, die herausforderndes Verhalten begünstigen können.

Falls möglich können **Angehörige und freiwillige Helfer zur Alltagsgestaltung, für Gruppen- oder Einzelaktivitäten** einbezogen werden. Denkbar ist auch eine Vernetzung mit regional verfügbaren Vereinen (oder Verbände in den Bereichen Sport und Kultur).

Hier ist zu bedenken, dass nicht jede **Intervention** für jeden **Bewohner** geeignet ist. Das „Snoezelen“ mag z. B. den einen Bewohner beruhigen, den anderen allerdings noch unruhiger machen. Dies ist immer individuell zu überlegen und zu entscheiden oder zu überprüfen.

*Interventionen, die direkt am Bewohner ansetzen.*

Am Bewohner ansetzende Interventionen sind z. B.:

- (Integrative) Validation
- Biografiearbeit
- Milieuthherapie
- „Snoezelen“
- Basale Stimulation
- Musiktherapie
- Tierkontakte
- Aromatherapie (Vorsicht bei Epileptikern und Asthmatikern.)

Auch bei der **Weglaufgefährdung** ist zu hinterfragen, welches Grundbedürfnis hinter dem Verhalten steht. Es können verschiedene Typen unterschieden werden:

*Problemverhalten „Weglaufgefährdung“*

- **Der „Hinläufer“** („Ich muss zur Arbeit“). Wie kann die subjektive Welt erfahrbar gemacht werden? Es geht darum, das jeweilige Grundbedürfnis zu erfassen und darauf einzugehen, eine sinnvolle Beschäftigung zu schaffen, um somit das Gefühl der eigenen Entscheidung zu vermitteln.
- **Der „Spaziergänger“** („Ich muss weiter“). Im Wanderverhalten zeigt sich ein zunehmendes Bedürfnis nach Bewegung, welches dem Abbau von inneren Spannungen bei zunehmendem Verlust der Sprache dient. Wandern kann somit ein „sinnvolles“ Symptom sein. Wie kann dieses Bedürfnis nach Bewegung ausgelebt werden? Freiheit sollte möglichst maximiert werden. Dies kann durch Bewegungsprogramme, Rundwege, Zugang ins Freie oder Anreize zum Tätigsein ermöglicht werden.
- **Der „Wegläufer“** („Ich kann hier nicht bleiben“). Weglaufdrang kann als Reaktion auf ungünstige Umgebungsfaktoren im Sinne eines „Nicht-bleiben-Wollens“ verstanden werden. Die Frage lautet, wie eine Wohlfühlumgebung geschaffen werden kann, beispielsweise durch eigene Möbel, Anpassung der Umgebung (s. o.) oder Interventionen wie Validation oder Snoezeln etc.

**Verhaltensauffälligkeiten** können im Rahmen einer psychischen Störung oder als Verhaltensphänomen eines genetischen Syndroms betrachtet werden (Dobslaw, 2010). Herausforderndes Verhalten kann aber auch als Ausdruck einer Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und der Umwelt, somit funktional verstanden werden (Theunissen, 2008; Klauß, 2006). Demnach erfüllen sie für den Menschen, der sie zeigt, eine oder mehrere funktionale Bedeutungen (Theunissen, 2008).

*Herausforderndes Verhalten im Bereich der Behindertenhilfe*

Für den jeweiligen Menschen handelt es sich um ein situationsbezogenes, zielgerichtetes und subjektiv sinnvolles Verhalten, das für den Betroffenen eine innere subjektive Logik mit einer bestimmten Bedeutung hat.

**Mögliche Bedeutungen** können sein: Selbststimulation, Aufmerksamkeit, Erhöhung des Selbstwertes („Ich kann Dinge zerstören, ich kann etwas“) oder der Ausdruck von Bedürfnissen (z. B. im Bereich Kommunikation, Beschäftigung), die nicht gelernt wurden, in anderer Form auszudrücken. Somit kann davon ausgegangen werden, dass jedes Verhalten Gründe, Anlässe und Intentionen hat (Klauß, 2006).

Wichtig ist zu fragen, welche Bedeutung(en) das Verhalten für den individuellen Bewohner hat, welche Funktionen es erfüllt und welchen Bedürfnissen das Verhalten entspricht (Klauß, 2006; Theunissen, 2008; Heijkoop, 2014). Darüber hinaus wird angenommen, dass es einen **Zusammenhang gibt zwischen innerer Spannung und der Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten** auftritt. Die Wahrscheinlichkeit steigt demnach mit zu hoher oder auch zu niedriger Spannung (Langeweile). Daher ist es wichtig, den Bewohner genau zu kennen und zu wissen, wann er sich erregt, wann er sich entspannt. Können die Ursachen ansteigender Spannungen entdeckt und beeinflusst werden, lässt sich auch das herausfordernde Verhalten beeinflussen (Heijkoop, 2014).

Eine **gründliche Analyse des Verhaltens** (das mit FeM verbunden ist) und das Erkennen der Ursachen sind ein erster wichtiger Schritt auf der Suche nach Alternativen. Zunächst sollten die auslösenden Bedingungen, das Verhalten selbst sowie die Häufigkeit, die Dauer und Intensität genauestens beobachtet und beschrieben werden. Dafür wird am besten ein Beobachtungsschema verwendet. Faktoren, die herausforderndes Verhalten begünstigen, können sehr vielfältig sein: Schmerz, Hunger, Frustration, Reizüberflutung oder -armut, Gewinnen von Aufmerksamkeit, (nicht gelebte) Sexualität, Vermeiden von Anforderungen, fehlendes Selbstvertrauen, soziale Isolation oder das Kommunikationsverhalten der Betreuer, um nur einige mögliche Faktoren zu nennen. Diese treten meist nicht isoliert auf und lassen sich auch nicht immer vermeiden. Wichtig ist allerdings, die Faktoren zu kennen, auf welche ein Bewohner mit Spannungsanstieg reagiert.

Das **Ziel einer genauen Beobachtung** anhand eines Schemas ist das Erkennen eines Handlungsmusters (tritt das Verhalten immer in bestimmten Situationen oder zu bestimmten Zeitpunkten auf?), der „Vorstufen“ zum Verhalten (z. B. eine veränderte Körperhaltung) und den möglicherweise auslösenden oder bedingenden Faktoren. Wichtig ist auch konfliktfreie Zeiten zu erfassen, d. h. in welchen Situationen zeigt sich das Verhalten nicht? Eine gründliche Analyse lässt erkennen, welche Umstände steigern das Problemverhalten, welche Umstände mindern es? Lassen die Umstände sich beeinflussen? Dabei handelt es sich immer um Annahmen, die auch falsch sein können, die laufend hinterfragt, geprüft und eventuell korrigiert werden müssen. Auf Basis der gebildeten Annahmen können Interventionen und Maßnahmen geplant und entwickelt werden.

Als Interventionsstrategien kommen auf Mitarbeitererebene Fallbesprechungen (s. o.), Supervision zur kritischen Reflexion der eigenen Einstellungen und des eigenen Verhaltens sowie Schulungsmaßnahmen und Fortbildungen in Frage. Dies können Fortbildungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten sein oder spezifische Interventionskonzepte.

*Interventionsstrategien auf Mitarbeitererebene*

Viele **Interventionsprogramme und -konzepte** zielen auf das Erkennen von Ursachen für herausforderndes Verhalten ab. Zu nennen sind hier als kleine Auswahl:

- professionelles Deeskalationsmanagement (Wesuls, 2005)
- die positive Verhaltensunterstützung (Theunissen, 2008)
- das Trierer Aggressionsbehandlungs- und Sicherheitskonzept (Tri.A.S) (Heinrich, 2008)
- WKS-Modell (Willem-Kleine Schaars Modell) (Appel & Kleine Schaars, 1999)

Auf Bewohnerebene sind **Interventions- und Konfliktbewältigungsprogramme** zu nennen, z. B. das speziell für Autisten entwickelte TEACCH-Programm, das sich aber auch für geistig behinderte Menschen bewährt hat. Biografiearbeit dient u. a. dazu, mehr über die Entstehung des herausfordernden Verhaltens zu erfahren. Darüber hinaus können beruhigende oder entspannende Verfahren eingesetzt werden. Dabei ist auf die individuellen Vorlieben der Bewohner zu achten, nicht für jeden kommt jedes Verfahren in Frage (Verfahrensbeispiele siehe oben unter Altenhilfe).

*Interventionen auf Bewohnerebene*



## Sturzgefährdung und ihre haftungsrechtliche Relevanz

### Expertenstandard Sturzprophylaxe

Bei Sturzgefährdung wird auf den **Expertenstandard Sturzprophylaxe** verwiesen (DNQP 2013, 1. Aktualisierung). Dieser ist von besonderer Bedeutung, da er haftungsrechtlich relevant ist. In dieser Broschüre werden die Kriterien des Standards, die Risikofaktoren und die Interventionen nicht ausführlich dargestellt.

### **Es obliegt jeder Einrichtung und jeder Pflegefachkraft für die Implementierung bzw. Umsetzung des Standards zu sorgen.**

„Die Aufgabe der Pflegefachkraft besteht im Erwerb aktuellen Wissens, um Patienten/ Bewohner mit erhöhtem Sturzrisiko identifizieren und entsprechende Interventionen einleiten zu können sowie bei Bedarf zusätzliche notwendige Strukturen einzufordern und dies fachlich begründen zu können.“ (Expertenstandard Sturzprophylaxe, 2013, S. 22).

Im Zusammenhang mit Sturzverletzungen und Klagen der Krankenkassen auf unterlassene Fixierungen ist die nachweisliche pflegefachlich kompetente Umsetzung des Expertenstandards maßgeblich. Eine gute Dokumentation ist hierzu erforderlich.

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe spricht sich gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zweck der Sturzprophylaxe aus und stuft FeM explizit als Risikofaktor ein. Ziel sollte nicht die Einschränkung der Bewegungsfreiheit sein, „sondern die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität (...).“ (Expertenstandard Sturzprophylaxe, 2013, Seite 26).

Neben den im Standard beschriebenen Interventionen soll auf regelmäßige Trainingsprogramme hingewiesen werden. Hier können schon einfache Übungen zur Aktivierung (z. B. 10-Min.-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg, 2013) vom Pflegepersonal oder von Mitarbeitern der sozialen Betreuung angeleitet werden. Auch Tätigkeiten wie Blumen gießen, Tisch decken etc. dienen der Aktivierung. Trainingsprogramme können in allgemeinen Bewegungsgruppen durchgeführt werden, wie Übungen im Sitzen für steh- und gehunfähige Bewohner oder Seniorentanz für sichere Geher. In speziellen Trainingsgruppen kann auf dem Fahrradergometer oder in Spaziergruppen Ausdauer geübt werden (Absprache Hausarzt).

Kraft- oder Gleichgewichtstrainings können unter Anleitung von Physiotherapeuten durchgeführt werden (freie Gewichte, Körpergewicht, elastische Bänder etc.). Auch kognitiv eingeschränkte Bewohner sind gut trainierbar, die Übungen werden über Imitation erlernt. Da die Teilnehmer erhöhte Aufmerksamkeit erfordern, wird in Kleingruppen trainiert. Auch Rollstuhlfahrer und Hemiplegiker können an allgemeinen Bewegungsprogrammen oder Kraft- und Gleichgewichtstraining teilnehmen (Becker et al. 2007). Dies ist wichtig zum Erhalt noch verbliebener Ressourcen.



Bei der Einschätzung des Sturzrisikos sind **verschiedene Berufsgruppen beteiligt** (vgl. Becker et al., 2007), ebenso bei der Findung und Umsetzung alternativer Maßnahmen zur Vermeidung von FeM (vgl. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses, 2006):

*Einschätzung der Sturzgefährdung durch Ärzte, Pflegepersonal und Einrichtungsleitung*

## Ärzte

- Prüfung von Medikamenten auf unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen, angepasste Dosierung und vor allem Psychopharmakaverordnung. (vgl. Hausärztliche Leitlinie zu Multimedikation\*)
- Erkennen/Abklären/Behandeln von Symptomen wie Mangel- und Unterernährung, Exsikkose, orthostatischen Kreislaufbeschwerden, Hypotonie, Hypoglykämien, TIA's, Herzrhythmusstörungen, Nykturie, Inkontinenz, Gelenkerkrankungen, Beeinträchtigungen des Sehvermögens, Polyneuropathie, Multiple Sklerose, Tumorerkrankungen (z.B. Hirntumor) etc.
- Osteoporose-Behandlung und -Vorbeugung. Beides ist auch noch in hohem Alter angezeigt (nach 6 Monaten zeigt sich unter der Therapie mit Vitamin D, Alendronsäure und Calcium sogar eine messbare Verbesserung der Knochendichte). Unter laufender Epilepsitherapie sollte stets an eine Osteoporoseprophylaxe gedacht werden. Die Behandlung einer Osteoporose dient der Sturzprophylaxe in zweierlei Hinsicht: Einerseits können dadurch die schwerwiegenden Sturzfolgen wie z. B. Frakturen im Bereich der Hüfte, des Handgelenks, der Schulter und der Wirbelkörper gemildert werden, andererseits können die oft auch wiederum zu Stürzen führenden Spontanfrakturen reduziert werden. So können eine sichere Mobilität erhalten, Schmerzen verhindert und damit Lebensqualität gewonnen werden.
- Herstellen fach- und sachgerechter Hilfsmittelversorgung

## Pflegekräfte

- Erkennen von Sturzgefährdungen
- Betreiben von Ursachenforschung (unter Einbindung aller am Pflegeprozess Beteiligten)
- Zielfindung (Ursachenbeseitigung)
- Planung, Durchführung und Evaluierung entsprechender pflegerischer Maßnahmen

## Einrichtungsleitung

Sie ist zuständig für das **Erkennen institutionsspezifischer Probleme** und die Planung sturzpräventiver Maßnahmen mittels:

- finanzieller Investitionen (Umgebungsanpassung)
- Förderung und Erhalt von Kooperation und Zusammenarbeit innerhalb des Hauses und mit anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Apothekern, Ergo-, Physiotherapeuten), mit Angehörigen, Betreuern, Ehrenamtlichen und Vereinen

- Vorgabe von Haltung und Werten (Leitbild, Pflegekonzept, eigenes Verhalten, etc.)
- Ermöglichen wissensbasierter Pflege
- Personalfürsorge
- Information und Beratung der Angehörigen und Betreuer durch z. B. Infoabende oder Merkblätter zum Thema „Vermeidung und Reduktion von FeM“ sowie Abbau von Ängsten und Vorbehalten – auch als Teil der Öffentlichkeitsarbeit

### Physiotherapie

- Erkennung und Untersuchung neuromuskulärer Defizite und Fähigkeiten
- Erstellen von Gruppentrainingsangeboten bzw. individuellen Maßnahmen
- Anleitung von Angehörigen und Ehrenamtlichen als freiwillige Helfer für Gruppen- und Einzelaktivitäten

### *Unterscheidung verschiedene Sturzrisikogruppen*

**Immobilie Bewohner**, die nicht selbstständig aufstehen und sich vorwiegend im Rollstuhl oder Bett aufhalten, haben ein niedriges Sturzrisiko. Hier besteht vor allem die Gefahr, aus dem Bett oder von der Toilette zu fallen. Bedeutsam sind in dieser Gruppe die Verwendung von Hilfsmitteln oder Anpassungen des Arbeitsablaufes.

**Bewohner mit einem bereits vorangegangenen Sturzereignis** weisen ein hohes Sturzrisiko auf. Es sollte zügig mit der Sturzprävention unter Berücksichtigung der veränderbaren Faktoren begonnen werden.

Besonders interessant ist die Gruppe der **gangsicheren Bewohner**, denn genau in dieser Gruppe ereignen sich mehr als 50 % der Stürze und sturzbedingten Verletzungen. Daher ist auch in dieser Gruppe ein regelmäßiges Screening sinnvoll und ein rechtzeitiges Einleiten präventiver Maßnahmen wie Bewegungs-, Kraft- und Balancetraining.

**Es ist zu bedenken, dass viele Stürze durch Präventionsmaßnahmen vermeidbar sind, aber nicht jeder Sturz kann verhindert werden. Jeder Sturz, auch jeder Beinahesturz, sollte allerdings zum Anlass genommen werden, die Sturzprophylaxe zu überprüfen** (vgl. Becker et al., 2007).

### *Sturzprophylaxe: Besonderheiten in der Behindertenhilfe*

Zur **Sturzprävention für geistig behinderte Menschen** wird ebenfalls auf den Expertenstandard Sturzprophylaxe verwiesen sowie als weiterführende Literatur die „Arbeitshilfen zur Sturzprävention in der Eingliederungshilfe“ (Worms, 2011) empfohlen.

Als Besonderheit bei der Sturzprävention in der Eingliederungshilfe ist u.a. die Epilepsie zu betrachten. Zu beachten ist hier, dass Antiepileptika zum einen als Sturzrisikofaktoren gelten und zum anderen das Risiko einer Osteoporose und damit sturzbedingter Verletzungen erhöhen. Bei den über 50-Jährigen finden Knochenbrüche bei Epilepsie häufig aufgrund von Osteoporose als Folge der Medikamentennebenwirkung statt. Daher sollte eine mögliche Osteoporose ärztlich geklärt und behandelt sowie ein prophylaktisches wie auch therapeutisches Bewegungsprogramm durchgeführt werden.

Auch ist wichtig, zwischen einem Sturz „im Anfall“ und einem „Sturz nicht im Anfall“ zu unterscheiden. Typisch für einen anfallsbedingten Sturz ist ein „Sturz wie ein Baum“, der oft seitlich oder nach hinten erfolgt und einen sogenannten tonischen Sturz darstellt. Ein plötzliches „schlaffes Zusammensacken“ wird als atonischer Sturz bezeichnet. 35 % der Anfälle sind mit Stürzen verbunden, die Verletzungsrate bei einem Sturz liegt allerdings bei unter 10 %. Die höchste Verletzungsrate liegt bei atonischen Stürzen vor, gefolgt von den tonisch-klonischen Stürzen bei einem „Grand Mal“-Anfall.

Bei den betroffenen Personen sollte erfasst werden, ob es ein ausreichend langes Vorgefühl (Aura) gibt. Falls dies der Fall ist, sollte geübt werden, Hilfe zu holen oder sich in eine sichere Position zu bringen und Abstand von Verletzungsgefahren zu halten. Manche sind sich der Aura nicht bewusst, deshalb sollte über Gefühle und Erlebnisse vor dem Anfall gesprochen werden. Möglicherweise sind im Verhalten typische Anzeichen erkennbar. Auch mögliche Auslöser (Stress, Fotosensibilität) sollten erkannt und Strategien zur Vermeidung entwickelt werden. Darüber hinaus können Maßnahmen zur Minderung von Sturzfolgen (z. B. Protektoren, Helm, Osteoporosebehandlung, Matte vorm Bett) ergriffen werden (Worms, 2011).

**Auch bei der Auswahl technischer Alternativen muss stets im Einzelfall geprüft werden, ob das Hilfsmittel für den Bewohner geeignet erscheint oder möglicherweise ein weiteres Risiko darstellt.**

*Technische Hilfsmittel als Alternativen*

- **Niedrigflurbetten/Tiefgestellte** Betten erlauben, die Höhe des Bettes auf eine niedrige Liegehöhe einzustellen. Durch die geringe Sturzhöhe werden Verletzungen vermieden, wenn der Bewohner aus dem Bett rollt. Unkontrolliertes Aufstehen wird aus der geringen Höhe erschwert. Ein Niedrigbett kommt vor allem für Bewohner in Frage, bei denen Gefahr besteht, aus dem Bett zu rollen.
- **Matratze/SafeBag/Matte vorm Bett** sind sinnvoll bei Bewohnern, die nicht mehr selbstständig aufstehen und aus dem Bett rollen könnten. Für Bewohner, die noch eigenständig aufstehen, kann eine Matratze oder ein SafeBag vor dem Bett eine Stolpergefahr darstellen. Zu empfehlen sind hier sehr dünne Matten.
- **Sensormatten** informieren über ein Rufsignal, wenn der Bewohner aufsteht oder dies beabsichtigt. Sie können zum Beispiel bei Bewohnern eingesetzt werden, die unsicher laufen, aber nicht klingeln, wenn sie nachts zur Toilette gehen oder nicht mehr in ihr Bett finden. Die Matten sind sehr dünn und stellen von daher keine Stolperquelle dar. Sie können auch bei neuen Bewohnern zur Beobachtung des nächtlichen Aufstehverhaltens eingesetzt werden. Es sind auch Matten erhältlich, die unter die Matratze gelegt werden und bei Druckentlastung Alarm geben.
- **Hüftprotektoren** sind ein wirksames Hilfsmittel zur Prävention hüftgelenksnaher Frakturen. Die Wirksamkeit liegt bei etwa 90 bis 95 %, **wenn sie korrekt getragen werden**. Die Trageakzeptanz ist häufig begrenzt, daher sind die Kompetenz der Pflege und eine gute, strukturierte Beratung erforderlich. Die Pflege sollte demnach

Wissen über die korrekte Anwendung und für die Situation geeignete Protektoren haben. Eine kurze Schulung für Pflegefachkräfte ermöglicht dies. Die Einrichtung sollte auch verschiedene Modelle zu Demonstrationszwecken bereithalten. Bei der Auswahl ist auf eine biomechanische Testung und einen klinischen Wirkungsnachweis zu achten. Weiche Hüftprotektoren können auch im Sitzen und Liegen gut getragen werden. Die Akzeptanz bei den Bewohnern ist umso höher, je erfahrener und engagierter eine Einrichtung in der Versorgung mit Protektoren ist (vgl. Becker et al., 2007).

- **Stoppersocken/Antirutschsocken** verhindern ein Wegrutschen, wenn keine festen Schuhe getragen werden. Das Tragen wird allgemein gut akzeptiert und die Socken können auch nachts im Bett getragen werden. Allerdings kann das gleichzeitige Tragen von Hausschuhen und Antirutschsocken das Sturzrisiko erhöhen. Auch sollten Antirutschsocken bei schlurfendem Gang nicht getragen werden, da durch das „Stoppen“ die Sturzgefahr ebenfalls steigt.
- **Schuhe** sollten leicht anzuziehen sein (z. B. durch Klettverschlüsse) und festen Ferrenhalt geben. Bei schlurfendem Gangbild sollten keine rutschhemmenden Sohlen verwendet werden, da sich auch hier das Sturzrisiko erhöht.
- **Sitzauflagen/Antirutschmatten** können den Bauchgurt im Stuhl oder Rollstuhl ersetzen, wenn ein Herausrutschen befürchtet wird.
- **Geteilte Bettseitenteile** verhindern ein Herausrutschen. Das Bett kann weiterhin selbstständig verlassen werden. Allerdings besteht auch bei geteilten Bettseitenteilen die Gefahr der Einklemmung von Kopf oder Extremitäten zwischen den Streben oder der Matratze und dem Seitenteil. Zu bedenken ist möglicherweise auch, dass kognitiv eingeschränkte Bewohner nicht mehr erkennen, dass sie das Bett verlassen können und daher dennoch versuchen, das geteilte Bettseitenteil zu überklettern, was das Risiko eines Sturzes und einer damit verbundenen Verletzung deutlich erhöht.
- **Lagerungsschlangen oder „Kuschelkissen“** sorgen dafür, dass das Bett als angenehmer Ort erlebt wird und keine Notwendigkeit besteht, es zu verlassen. Auch kann eine Lagerungsschlange eine wahrnehmbare weiche Begrenzung im Sinne von Sicherheit und Geborgenheit darstellen.
- **Sturzhelm/weitere Protektoren** sind in Einzelfällen anwendbar, zum Beispiel bei Anfallsleiden.
- **Gehhilfen/Gehwagen („Walker“)** ermöglichen Eigenmobilität und bieten Sicherheit. So kann ein Sturz abgefangen werden.
- **Alarmgebende Signalsysteme** zeigen an, wenn weglaufgefährdete Personen die Einrichtung unbeaufsichtigt verlassen.

## Schlussfolgerungen

**Die Entscheidung auf FeM zu verzichten, sollte auf allen Ebenen von der Einrichtungsleitung, der Pflegedienstleitung und den Pflegefachkräften mitgetragen und als „Kultur“ der Einrichtung vorgegeben werden.**

Dazu ist die Entwicklung eines Konzeptes und dessen Umsetzung im Rahmen des QM-Prozesses empfehlenswert. Angelehnt an die „Leitlinienbasierte Intervention“ ist ebenfalls zu empfehlen, einen „FeM“-Beauftragten in der Einrichtung einzusetzen und die Mitarbeiter/-innen entsprechend zu schulen. Bedeutsam erscheint aber vor allem ein Wandel der „(Pflege)-Kultur“ – gemeint sind damit die Einstellungen und Überzeugungen des Personals (und darüber hinaus der Angehörigen), die einen konsequenten Verzicht von FeM zum Ziel haben.

Auch Angehörige und gesetzliche Betreuer sollten frühzeitig über eine Kultur zur Vermeidung von FeM informiert werden. Die Risiken und unerwünschten Nebenwirkungen von FeM können dann entsprechend kommuniziert und diskutiert werden. Daneben sind sie wichtige Partner für das Pflegepersonal. Merkblätter können Angehörigen und gesetzlichen Betreuern Anregungen geben, wie sie gemeinsam mit der Pflege dazu beitragen können, FeM erst gar nicht notwendig werden zu lassen bzw. sie zu reduzieren.

**Ein Sturz stellt ein Lebensrisiko eines jeden Menschen dar.** Auch auf gesellschaftlicher Ebene sollte überdacht werden, ob man aus vermeintlichen Sicherheitserwägungen heraus auf Grundrechte wie Selbstbestimmung, Würde und Freiheit verzichten will.

### Zusammenfassend kann festgestellt werden:

- Die Voraussetzungen zur Reduzierung von FeM sind gut. Im Alltag kann sich der Kulturwandel im Umgang mit FeM positiv auf die Arbeitszufriedenheit und auf ein harmonisches Miteinander auswirken ohne das Arbeitspensum zu erhöhen. Durch die Anwendung von FeM können zusätzliche Pflege-Probleme erst geschaffen werden.
- Die gesetzliche Grundlage gibt Freiheit und Selbstbestimmung den Vorrang, die Angst vor Haftung ist in den meisten Fällen unbegründet.
- Auch die wissenschaftliche Beweislage spricht deutlich für den Verzicht auf FeM, denn es ist nicht mit einem Anstieg von sturzbedingten Verletzungen zu rechnen.
- Zudem haben Einrichtungen gezeigt, dass sie weitgehend ohne FeM auskommen können. Wichtig sind eine gründliche Analyse der Ist-Situation, weswegen eine FeM angewendet werden soll, sowie ein genaues und individuelles Abwägen zwischen möglichen Alternativen vs. Freiheitsentzug.
- Es gilt Handlungssicherheit im Umgang mit den Alternativen zu erlangen. Dies gelingt umso besser, je informierter und aufgeklärter alle Beteiligten sind und damit ist die Chance umso größer, FeM zu vermeiden und den Betroffenen eine höhere Lebensqualität zu bieten.

*Jeder sollte sich darüber bewusst sein, dass ein Sturz (auch in einer Einrichtung) trotz gründlicher und fachgerechter Präventionsmaßnahmen nicht immer vermeidbar ist.*

## Rechtliche Rahmenbedingungen freiheitsentziehender Maßnahmen

Eine Freiheitsentziehung liegt vor, wenn einer Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit körperliche Bewegungsfreiheit entzogen wird. Entscheidend ist die beschränkende Wirkung auf den Betroffenen.

Es wird immer wieder Situationen geben, in denen erwogen wird, zum Schutz eines Menschen Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung anzuwenden. Dies mag in Betracht kommen, wenn ein verwirrter Mensch aus einer Einrichtung wegläuft und sich und andere dadurch gefährdet, dass er auf der Straße herumläuft. Auch bei erheblicher Sturzgefährdung wird oftmals daran gedacht, eine Fixierung anzuwenden.

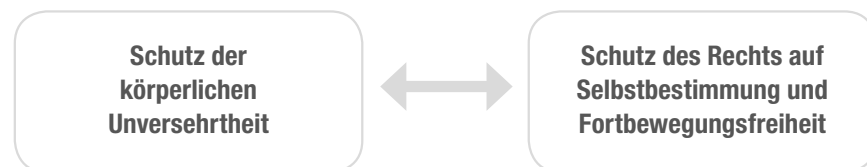
Aus solchen selbstgefährdenden Situationen heraus werden Schutzpflichten aktuell, die sich für Einrichtungen der Alten- und der Behindertenhilfe ergeben. Einerseits stehen sie in der vertraglichen und gesetzlichen Pflicht, alte oder behinderte Menschen vor Verletzungen und Gesundheitsgefährdungen zu bewahren. Andererseits gibt es ein Selbstbestimmungsrecht der Bewohner, das zum Beispiel laut § 2 des Heimgesetzes zu wahren und zu fördern ist und aus dem zugleich eine Selbstverantwortung der Bewohnerin und des Bewohners resultiert.

Auch § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), der eine Schadensersatzpflicht normiert, nennt neben den zu schützenden Rechtsgütern „Leben, Körper und Gesundheit“ zugleich auch die „Freiheit“.

Schließlich ist die Fortbewegungsfreiheit strafrechtlich durch § 239 des Strafgesetzbuchs (StGB) geschützt: „Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

So findet sich das verantwortliche Pflegepersonal in einem Spannungsfeld von Schutzpflichten wieder, das einerseits geprägt ist von der Pflicht, einen Menschen vor Verletzungen zu schützen, der andererseits aber die Pflicht gegenüber steht, die Selbstbestimmung und die damit verbundene resultierende Fortbewegungsfreiheit zu wahren.

### Spannungsfeld verschiedener Schutzpflichten



### Notwendigkeit einer Legitimation für freiheitsentziehende Maßnahmen

Insbesondere dann, wenn bereits gefahrenträchtige Situationen aufgetreten sind, wird angesichts Befürchtungen der Einrichtungen, im Schadensfall zu haften, nicht selten eine Fixierung erwogen. Aus der Aufgabe, den Bewohner zu schützen, resultiert jedoch nicht zugleich die Befugnis zur Einschränkung der Rechte des Bewohners. Rechtlicher Hintergrund ist zunächst, dass gemäß Art. 104 des Grundgesetzes über die Zulässigkeit und die Fortdauer einer Freiheitsentziehung stets der Richter zu entscheiden hat.

Demensprechend sind die gesetzlichen Bestimmungen ausgestaltet. Es bedarf also einer Legitimation für die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen, die sich entweder aus der Einwilligung des Betroffenen oder aufgrund der gesetzlichen Regelung des § 1906 Absatz 4 BGB ergeben können.

### **Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofs zur Haftung von Einrichtungen**

Festzuhalten ist zudem in diesem Zusammenhang, dass die Befürchtung, für eine Verletzung etwa aufgrund eines Sturzes stets zu haften, in vielfacher Hinsicht oftmals unbegründet ist. Grundlegend ist die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 8. April 2005 (Aktenzeichen: III ZR 399/04) im Internet zugänglich.

Der Sachverhalt: Am 27. Juni 2001 fand man um 14 Uhr eine 79-jährige Bewohnerin gestürzt vor dem Bett liegend vor. Folge des Sturzes war eine Oberschenkelhalsfraktur. Die Bewohnerin war seit 1997 in der Einrichtung. In der Vorgeschichte war es 1994 zu einem Sturz gekommen; seitdem war das Gehen nur mit Gehhilfe möglich. Kurz vor der Aufnahme in die Einrichtung war es zu einem zweiten Sturz gekommen und im Januar 1998 stürzte sie ein drittes Mal. Sie war hochgradig sehbehindert, zeitweise desorientiert, es bestand eine Gangunsicherheit und eine Einstufung in Pflegestufe III.

Im Prozess gegen die Einrichtung wurde der Vorwurf erhoben, die Einrichtung hätte freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherheit der Bewohnerin anwenden müssen. Der BGH sprach die Einrichtung jedoch von jeglicher Pflichtverletzung frei; eine freiheitsentziehende Maßnahme hätte einer konkreten, einzelfallbezogenen Gefahrenlage bedurft – präventives Fixieren aus allgemeinen Überlegungen heraus sei nicht zulässig.

Überdies entschied der BGH weiter, dass die Pflichten zum Schutz vor Verletzungen auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen begrenzt sind, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. „Maßstab für die Sicherungspflichten müssen das Erforderliche und sowohl für die Heimbewohner als auch das Pflegepersonal Zumutbare sein. Dabei ist insbesondere auch zu beachten, dass beim Wohnen in einem Heim die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen und die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohner zu wahren und zu fördern sind.“

Im Ergebnis wurde durch diese Grundsatzentscheidung die Haftung von Einrichtungen maßgeblich relativiert. Die Rechtsprechung orientiert sich seitdem an diesem Urteil. Beispielhaft sei das Urteil des Landgerichts Coburg vom 17.12.2013 (Aktenzeichen 22 O 355/13) erwähnt, das die seitdem entwickelten Grundsätze nochmals zusammenfasst.

### **Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen aufgrund einer Einwilligung des Betroffenen**

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind personenbezogene Maßnahmen. Hierfür genügt es, dass der Betroffene im rechtlichen Sinne einwilligungsfähig ist.

Natürliche Einwilligungsfähigkeit ist gegeben, wenn der Betroffene so viel verstandesmäßige Reife besitzt, dass er die Folgen und Risiken seiner Zustimmung zu einer Maßnahme erkennen und die Folgen und Risiken auch gegenüber alternativen Vorgehensweisen abwägen kann.

Liegt Einwilligungsfähigkeit in diesem Sinne vor, ist sie – als Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts – allein rechtlich beachtlich. Die Einwilligung setzt eine Aufklärung voraus. Diese sollte dokumentiert werden. Die Einwilligung sollte zudem aus Beweisgründen schriftlich erfolgen. Die Einwilligungsfähigkeit sollte ärztlich bescheinigt und regelmäßig – empfohlen wird ein Wiederholungszeitraum von drei Monaten – überprüft werden. Jede Willensänderung ist sofort zu beachten und zu dokumentieren. Zu erwähnen ist noch, dass dritte Personen – auch nahe Angehörige – bei Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen, keinerlei Entscheidungs- oder Vertretungsbefugnis haben.

### **Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen aufgrund des § 1906 BGB**

Eine Freiheitsentziehung nach § 1906 Absatz 1 BGB liegt vor, wenn der Betroffene ohne seine wirksame Zustimmung auf der Grundlage einer Entscheidung seines durch seinen gerichtlich angeordneten Aufgabenkreis hierzu befugten Betreuers am Verlassen eines räumlichen Bereichs gehindert wird. § 1906 Absatz 4 BGB nimmt für freiheitsentziehende Maßnahmen wie zum Beispiel Fixierungen Bezug auf die Voraussetzungen des Absatzes 1. Der Wortlaut des Gesetzes ist wie folgt:

#### **Absatz 1:**

„Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

... auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, ...“

#### **Absatz 4:**

„Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.“

Verantwortlich für die Maßnahmen im Kontext des § 1906 BGB ist der bestellte Betreuer. Das Betreuungsgericht muss die freiheitsentziehenden Maßnahmen zwar genehmigen; nichtsdestotrotz bleibt der Betreuer in der Verantwortung, denn die Genehmigung durch das Gericht ist kein „Befehl zum Handeln“. Vielmehr stellt die Genehmigung eine Erlaubnis an den Betreuer dar, von der aber nicht Gebrauch gemacht werden muss.

Der Betreuer darf nur dann eine Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen treffen, wenn er durch einen entsprechenden Aufgabenkreis mit dem Wortlaut „Fixierungen“ oder „Unterbringungsähnliche Maßnahmen“ hierzu ermächtigt wurde. Der Aufgabenkreis der „Personensorge“ oder der „Gesundheitsfürsorge“ genügen hierfür nicht.

Der Betroffene muss sein Selbstbestimmungsrecht im Sinne einer Änderung seines Aufenthaltsortes noch ausüben können, also zu willentlichen Bewegungen noch fähig sein. Ist dies nicht mehr der Fall, sollte ein ärztliches Attest über die Unfähigkeit zu Bewegungen eingeholt werden. § 1906 BGB ist in einem solchen Fall nicht anwendbar; Fixierungen wären dann als Schutzmaßnahmen vor den Gefahren unwillkürlicher Bewegungen zu sehen.



Im Rahmen der Anwendung des § 1906 BGB muss für den Betroffenen die Gefahr gegeben sein, **dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt. Notwendig ist also das Vorliegen einer ernstlichen und konkreten Gefahr für Leib und Leben des Betreuten; dies bedeutet, dass konkrete Umstände gegeben sein müssen, die mit großer Wahrscheinlichkeit den Eintritt einer Selbstschädigung erwarten lassen.** Die Gefahr einer ausschließlichen Fremdgefährdung oder einer Schädigung der Allgemeinheit reichen nicht aus, um den § 1906 BGB anzuwenden. Steht eine ausschließliche Fremdgefährdung im Raum, wäre Rechtsgrundlage für eine Unterbringung das Saarländische Unterbringungsgesetz, das die näheren Voraussetzungen regelt.

§ 1906 Absatz 1 BGB stellt auf das Wohl des Betreuten ab, zu dem die Maßnahme erforderlich sein muss. Das Wohl ist im Kontext des § 1906 BGB immer das gesundheitliche Wohl.

Der sogenannte Erforderlichkeitsgrundsatz durchzieht das gesamte Betreuungsrecht, zu dem auch § 1906 BGB gehört, und zielt darauf ab, nach Alternativen zu fragen, die den Betroffenen weniger belasten. Der Grundsatz hat Verfassungsrang und stellt neben der Frage nach einer weniger einschneidenden Alternative den Bezug zum Wohl des Betroffenen her. Auch dieser Begriff ist für das Betreuungsrecht prägend und bedeutet, dass die Wünsche und Vorstellungen des Betreuten stets Richtschnur sein müssen für die Entscheidung über den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen.

Es sind die Pflegenden einer Einrichtung, die praktisch über den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen in einer konkreten Situation entscheiden. Vor diesem Hintergrund soll – in Verbindung mit dem bereits genannten Urteil des BGH – auf eine Entscheidung des OLG Koblenz vom 17.06.2013 (Aktenzeichen 3 U 240/13) hingewiesen werden. Dieser Beschluss führt aus, dass „dabei ... hinsichtlich der zu treffenden Entscheidungen sowohl für das Pflegepersonal eines Heimes, als auch für Betreuer, ... ein Beurteilungsspielraum“ verbleibt. ... „Wird eine Entscheidung im Rahmen des Vertretbaren getroffen, kann sie nicht im Nachhinein mit dem Stempel der Pflichtwidrigkeit versehen werden, wenn es zu einem Unfall kommt.“

Es ist demnach festzuhalten, dass sich in einem Sturz für den Fall, dass eine Fixierung unterlassen wurde, durchaus das Lebensrisiko und die Selbstverantwortung eines Menschen widerspiegeln können; hierfür haftet eine Einrichtung nicht, wenn zuvor keine konkrete Gefahr für die körperliche Unversehrtheit bestand. Auch vor diesem Hintergrund ist das Haftungsrisiko minimiert.

Was die in § 1906 BGB genannten Voraussetzungen angeht, dass „über einen längeren Zeitraum“ oder „regelmäßig“ die Freiheit entzogen wird, liegen bislang wenige Aussagen aus der Rechtsprechung vor. „Über einen längeren Zeitraum“ wird oftmals mit einem Zeitraum ab 24 Stunden gleichgesetzt. Die Regelmäßigkeit ist dann gegeben, wenn die freiheitsentziehende Maßnahme regelmäßig vorhersehbar zur gleichen Zeit (z. B. nachts) oder aus wiederkehrendem Anlass eingesetzt wird. Entscheidend für die Konkretisierung dieser Begriffe wird letztlich in jedem Falle die Intensität des Eingriffs in die Fortbewegungsfreiheit sein, die mit der freiheitsentziehenden Maßnahme verbunden ist.

§ 1906 Absatz 4 BGB nennt schließlich auch die Gabe von Medikamenten – häufig Psychopharmaka – als Beispiel für freiheitsentziehende Maßnahmen. § 1906 BGB ist in diesem Bereich anwendbar, wenn die Medikamentengabe gerade den Zweck verfolgt, den Betroffenen am Verlassen des Aufenthaltsortes zu hindern. Ist dieser Zweck nur Nebenfolge und steht die therapeutische Wirkung im Vordergrund, liegt dagegen keine freiheitsentziehende Maßnahme vor.

Die gleichen Grundsätze gelten gemäß § 1906 Absatz 5 BGB beim Vorliegen einer Bevollmächtigung. Die Vollmacht muss schriftlich erteilt sein und ausdrücklich die Befugnis zur Entscheidung über den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen beinhalten.

Gemäß § 1906 Absatz 2 Satz 3 BGB und Absatz 4 hat der Betreuer die freiheitsentziehende Maßnahme zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Der Betreuer hat die Beendigung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

### **Eilfallregelungen**

- Gemäß § 1906 Absatz 2 Satz 2 BGB reicht bei Gefahr zunächst die Einwilligung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten aus; die Genehmigung des Gerichts ist unverzüglich nachzuholen.
- Ist ein Betreuer verhindert oder nicht bestellt, kann das Gericht in Eilfällen selbst eine Fixierung anordnen, § 334 FamFG, §1846 BGB.
- Im Falle einer akuten Gefährdung (Selbstgefährdung oder Drittgefährdung) darf das Pflegepersonal selbst tätig werden und – auf eigene Verantwortung, also ohne Bezugnahme auf eine Betreuerentscheidung – unter den Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) eine Fixierung bewirken. Danach entfällt der haftungsrechtliche Vorwurf einer Freiheitsberaubung, wenn die Voraussetzungen des § 34 StGB beachtet werden. Dieser lautet: Der haftungsrechtliche Vorwurf entfällt, wenn die Voraussetzungen des § 34 StGB vorliegen:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt.“

### **Die wichtigsten Aspekte werden zusammenfassend dargestellt:**

- Eine FeM ist nur zulässig, solange sie zum Wohle des Betreuten erforderlich ist und eine akute Gefahr besteht, dass der Betroffene sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt. Es muss also eine ernstliche und konkrete Gefahr für Leib und Leben vorliegen.
- Die Anwendung einer FeM bedarf einer konkreten, einzelfallbezogenen Gefahrenlage – präventives Fixieren ist nicht zulässig!
- Es liegt nur dann eine FeM vor, wenn der Betroffene noch zu willentlichen Bewegungen fähig ist.

- Liegt eine natürliche Einwilligungsfähigkeit vor (vom Arzt bescheinigen lassen und ca. alle 3 Monate aktualisieren), trifft allein der Betroffene im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts die Entscheidung über FeM. Eine Ablehnung eines einwilligungsfähigen Menschen ist zu respektieren. Einwilligungsfähigkeit liegt vor, wenn die Fähigkeit gegeben ist, Zweck und Risiken der anstehenden FeM zu erfassen und auf der Grundlage dieser Erkenntnis einen freien Willen zu bilden.
- Bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern befürwortet der gesetzliche (befugte) Betreuer eine FeM und beantragt diese beim Betreuungsgericht.
- Im Rahmen des Erforderlichkeitsgrundsatzes sind immer vorher Alternativen zum Freiheitsentzug in Betracht zu ziehen.
- Haftungsangst ist bei einer nachweislich fachkompetenten Pflege auch im Falle einer Sturzverletzung zumeist unbegründet. Gerichtsurteile zeigen: In der Regel werden Regressforderungen abgelehnt, sofern pflegfachlich auf dem aktuellsten Stand des Wissens gehandelt wurde (z. B. fachlich kompetente Umsetzung des Expertenstandard Sturzprophylaxe)

#### **Häufig gestellte Fragen:**

- Muss man fixieren, wenn ein richterlicher Genehmigungsbeschluss vorliegt? NEIN, muss man nicht. Hierzu ist zu sagen, dass ein solcher Beschluss keine Pflicht zum Handeln beinhaltet, sondern nur eine Erlaubnis, von der aus fachlichen Gründen abgewichen werden kann.
- Haftet eine Einrichtung, wenn ein Unfall passiert in einer Situation, in der man von einer (genehmigten) Fixierung abgesehen hatte? Nein! Auch hier kommt es allein auf die fachliche Begründung an; eine Einrichtung haftet nicht automatisch dafür, dass sich in ihren Räumlichkeiten ein Sturz ereignet hat. Hier ist insbesondere die bereits genannte Entscheidung des Landgerichts Coburg bedeutsam.

#### **Weitere lesenswerte Entscheidungen aus der Rechtsprechung:**

OLG Koblenz, Urteil vom 21.03.2002 (Aktenzeichen 5 U 1648/01),  
 AG Frankfurt, Beschluss vom 11.05.2011 (Aktenzeichen 49 XVII HIL 3568/10)  
 AG Paderborn, Urteil vom 26.04.2011 (Aktenzeichen 57 C 680/08)  
 Landgericht Coburg, Urteil vom 17.12.2013 (Aktenzeichen 22 O 355/13)

## Literatur:

- Appel, M. & Kleine Schaars, W. (1997): Anleitung zur Selbstständigkeit. Beltz
- Armgarth, C., Schnaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreytschak, J., Schramm, A., Richter, S., Lessmann, J.J., Juckel, G. & Haußleiter, IS. (2013). Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40(5), 278-284
- Bartholomeyczik, S. et al. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. *BMG* (Hrsg.) [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_Rahmenempfehlungen\\_zum\\_Umgang\\_mit\\_herausforderndem\\_Verhalten\\_bei\\_Menschen\\_mit\\_Demenz\\_in\\_der\\_stationaeren\\_Altenhilfe.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf) [17.09.2013]
- Becker, C., Lindemann, U., Reißmann, U. & Warnke, A. (2007). Sturzprophylaxe. Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. 2., überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz Network.
- Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J. & Keil, W. (2012). Todesfälle bei Gurtfixierungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(3), 27-32.
- Bredthauer, D., Becker, C. Eichner, B. Koczy, P. & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 38, 10-19.
- Bredthauer, D. (2008): Fixierungen: Alternativen aus gerontopsychiatrischer Sicht. In Abschlussbericht zum Modellvorhaben: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbh & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. S. 31-36. [www.redufix.de/html/img/pool/redufix\\_Abschlussbericht\\_Ministerium\\_Entfixierung.pdf?sid=istp8ajdsetdu9ig29csqnb15](http://www.redufix.de/html/img/pool/redufix_Abschlussbericht_Ministerium_Entfixierung.pdf?sid=istp8ajdsetdu9ig29csqnb15) [16.04.2012]
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)(2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- Dobslaw, G. (2010). Teilhabeorientierung bei der Betreuung von „Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten“ – Strukturen, Prozeduren und Haltungen im Alltagstest. [www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/PSB-Fachtag\\_Berlin\\_2010/GudrunDobslawTextversion.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/PSB-Fachtag_Berlin_2010/GudrunDobslawTextversion.pdf) (Zugriff: 18.08.2014)
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L. & FitzGerald, M. (2002). Physical Restraint in Acute and Residential Care. *The Joanna Briggs Institute*, 22, 5-11.
- Frajo-Apor, B., Stippler, M., Meise, U. (2011). Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren. *Psychiatrische Praxis*, 38(6), 293-299
- Heinrich, J. (2008): Behandlung provozierender, schädigender, selbstverletzender und massiv aggressiver Verhaltensweisen behinderter Menschen. Vortrag auf dem 36. Martinstift-Symposium „An Grenzen kommen“, 03.10.2008
- Hennike, K. (2008). Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Vermutungen über zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennike, K. (Hrsg.): *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen?* Berlin: Eigenverlag der DGSG

Heijkoop, J. (2014). Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Klauß, T. (2006). Was „bewegt“ Menschen, deren Verhalten uns auffällt? Sichtweisen und pädagogische Konsequenzen. Vortrag bei der Fachtagung der Fachschule für Sozialpädagogik in Schwarach: Verhaltensauffälligkeiten in Bewegung – Ein interdisziplinärer Austausch.

[www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user\\_upload/wp/klauss/Verhalten\\_Bewegung.pdf](http://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Verhalten_Bewegung.pdf)

Klie, T. & Pfundstein, T. (2004). Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In: B. Hoffmann B & T. Klie (Hrsg.) Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis. CF Mueller, Heidelberg, S. 75–130

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Reißmann, U., Kurrle, S. & Bredthauer, D. (2011).

Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of American Geriatric Society*, 59, 333-339.

Köpke, S., Gerlach, A., Möhler, R., Haut, A. & Meyer, G. (2009). Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke.

[www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf](http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf) [23.09.2013]

Köpke, S., Mühlhauser, M.D., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. & Meyer, G. (2012). Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical restraints in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 307(20), 2177-2184.

Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses (2006). Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Mohensian, C. Verhoff, M.A., Riße, M., Heinemann, A. & Püschel, K. (2003). Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen.

*Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 266-273

Pantel, J., Bockenheimer-Lucius, G. & Ebsen, I. et al. (2005). Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt/M.: Peter Lang

ReduFix (2007). ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Hannover: Vincentz Network

ReduFix (2008). Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzkranken Heimbewohnern. Abschlussbericht zum Modellvorhaben.

[www.redufix.de/html/img/pool/redufix\\_Abschlussbericht\\_Ministerium\\_Entfixierung.pdf?sid=istp8ajdsetdu9ig29csqnl5](http://www.redufix.de/html/img/pool/redufix_Abschlussbericht_Ministerium_Entfixierung.pdf?sid=istp8ajdsetdu9ig29csqnl5) [17.09.2013]

Schmidt-Hackenberg, U. (2013). 10-Minuten-Aktivierung als Methode. Ergänzt um die Körpersprache der Demenzen. Hannover: Vincentz Network.

Theunissen, G. (2008). Positive Verhaltensunterstützung – ein pädagogisch-therapeutisches Konzept zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit intellektueller Behinderung. *Heilpädagogik* 01(08), 21-52

Viol, M. (2009): Fixierungen möglichst vermeiden; in: *Heilberufe*, 61(11), S. 24-25

Walther, G. (2007): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen in der Pflege. Ethik in der Medizin, 4, S. 289-300

Wesuls, R., Heinzmann, T. & Brinker, L. (2005): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. In: Unfallkasse Baden-Württemberg (Hrsg.), 4.Auflage, Karlsruhe: MAXMEDIA

Worms, L. (Hrsg.) (2011). Arbeitshilfen zur Sturzprävention in der Eingliederungshilfe. Sturzrisikofaktoren erkennen und handeln. Bielefeld: Bethel-Verlag

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie  
Franz-Josef-Röder-Straße 23, 66119 Saarbrücken

### **Text:**

Dr. Dagmar Renaud, Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, examinierte Krankenschwester

Dr. Elke Nicolay, Rechtsanwältin und Referentin für Altenhilfe beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Saarland/Rheinland-Pfalz

Sabine Battis, Ärztin und Mitarbeiterin des Kompetenzzentrum Pflegequalität des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Saarland/Rheinland-Pfalz, examinierte Krankenschwester

### **Gestaltung:**

HDW Werbeagentur GmbH, Saarbrücken

August 2015



Ministerium für  
Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie

**SAARLAND**



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken

[www.pflege.saarland.de](http://www.pflege.saarland.de)

**DER PARITÄTISCHE**  
Kompetenzzentrum Pflegequalität

**igft**

Institut für  
Gesundheitsforschung  
und -technologie

**htw saar**