

# Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege

**F**reiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen sind unter pflegerischen und ethischen Gesichtspunkten von ganz besonderer Bedeutung. Aber ebenso ist gerade unter betreuungsrechtlichen und vor allem strafrechtlichen Aspekten zu fragen, ob und inwieweit freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei alten Menschen überhaupt zulässig sind. In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Zahl freiheitsentziehender Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen hoch ist [16–23, 26]. Häufig sind eingeschränkte Mobilität, Verringerung der kognitiven Funktionen, große Hilfsbedürftigkeit der auslösende Faktor für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen in der stationären Altenpflege. Daneben gibt es allerdings Hinweise, dass die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen auch mit organisatorischen Abläufen in Altenpflegeeinrichtungen zusammenhängt.

## Was sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen?

Man spricht von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wenn ein Bewohner gegen seinen natürlichen Willen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise in seiner Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und er diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe

überwinden kann. Grundsätzlich stellen alle Maßnahmen, die den betroffenen Bewohner gegen seinen natürlichen Willen darin hindern, seinen Aufenthaltsort zu verändern, freiheitsbeschränkende Maßnahmen dar. Wird dies über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durchgeführt, so ist eine Genehmigung des zuständigen Vormundschaftsgerichts nach § 1906 Abs. 4 BGB erforderlich. Eine Genehmigung ist nicht erforderlich, wenn der Betroffene wirksam in die Maßnahme eingewilligt hat (z. B. ein Bettgitter hochziehen, weil er sich dann sicherer fühlt). Voraussetzung ist allerdings, dass der Bewohner in Bezug auf die konkrete Maßnahme noch einwilligungsfähig ist, er muss insbesondere die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung erkennen können. Eine Genehmigung des Gerichts ist ebenfalls nicht erforderlich, wenn der Heimbewohner zu einer Fortbewegung überhaupt nicht mehr in der Lage ist; es liegt in diesen Fällen keine Freiheitsbeschränkung vor.<sup>1</sup> Ist der betroffene Heimbewohner nicht mehr in der Lage, wirksam in die erforderlichen Maßnahmen einzuwilligen, so ist ein gesetzlicher Betreuer nach § 1896 BGB zu bestellen, der anstelle des Betroffenen einwilligen kann, wenn dies von seinem Aufgabenkreis umfasst ist. Ein Bevollmächtigter ist nur dann befugt, in freiheitsbeschränkende Maßnah-

<sup>1</sup> Vgl. OLG Hamm, BtPrax 1994, 3:32 = FamRZ 1994, 41:1270.

men einzuwilligen, wenn die genannten Maßnahmen gem. § 1906 Abs. 5 BGB ausdrücklich vom Inhalt seiner Vollmacht umfasst sind. Angehörige und sonstige Dritte haben keine rechtliche Befugnis, gegenüber der Heimeinrichtung oder dem behandelnden Arzt in freiheitsbeschränkende Maßnahmen einzuwilligen.

Der Gesetzgeber hat ausdrücklich darauf verzichtet – mit Ausnahme der Freiheitsbeschränkung durch Medikamente – einzelne Maßnahmen zu benennen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen können deshalb vor allem die in ■ Tabelle 1 genannten Maßnahmen sein, die im pflegerischen Alltag von Heimeinrichtungen immer wieder Anwendung finden [38, 39].

### Freiheitsbeschränkung durch Medikamente

Eine Freiheitsentziehung durch Medikamente liegt dann vor, wenn diese dazu verwendet werden, den Betreuten an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern.<sup>2</sup> Werden Medikamente zu Heilzwecken verabreicht, ist allerdings § 1906 Abs. 4 BGB nicht anwendbar, auch wenn als Nebenwirkung der Bewegungsdrang des Heimbewohners eingeschränkt wird.<sup>3</sup> Internationalen Studien zufolge liegen die Verordnungsraten von Psychopharmaka bei Heimbewohnern zwischen 34% und 75% [35]. Der Gebrauch von Psychopharmaka steigt mit zunehmendem Alter an; gleichzeitig steigen auch Komorbidität und Mehrfachmedikationen, das Risiko von Interaktionen der Arzneimittel und das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Pharmakotherapiestudien weisen auf einen inadäquaten Gebrauch von Arzneimitteln – und speziell Psychopharmaka – hin [10, 12, 27]. Verhaltensstörungen sind die bedeutsamsten Symp-

tome von Demenzerkrankungen bei Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben. Fast alle Demenz-Kranken entwickeln im Laufe der Erkrankung Wahnvorstellungen, Bewegungsdrang, Unruhe und aggressives Verhalten. In der Versorgung werden diese Symptome mehrheitlich mit Neuroleptika behandelt, die hier ihr Haupteinsatzgebiet haben. In Anbetracht der oft nur kurzfristigen Symptomatik sollte in regelmäßigen Abständen die Notwendigkeit der Therapie überprüft werden, im Zweifel durch einen Reduktions- bzw. Absetzversuch [36].

Studien zur Psychopharmakaverordnung haben gezeigt, dass qualitativ besonders für geriatrische Patienten problematische Medikamente eingesetzt wurden. Neuere und meist nebenwirkungsärmere Stoffgruppen sind hingegen insgesamt unterrepräsentiert ([12], S. 218). Dabei scheint bei vielen Psychopharmaka-Verordnungen die Sedierung eine zumindest ebenfalls angestrebte Wirkung zu sein (vor allem bei Auswahl von Antidepressiva und Neuroleptika mit sedierender Komponente). Inadäquate Medikation (zuviel Sedierung und Muskelrelaxation, Hang-over-Effekte etc.) kann jedoch das Sturzrisiko erhöhen ([12], S. 219). Neben der bekannten Prävalenz psychischer Krankheiten bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen [19, 41] wird auch immer wieder auf andere Ursachen für den vermehrten Psychopharmakagebrauch in stationären Pflegeeinrichtungen hingewiesen, insbesondere der Einfluss individueller Merkmale der Bewohner und institutioneller Bedingungen. So ergaben sich in einer *Leipziger Untersuchung* in Alten- und Pflegeheimen signifikante Zusammenhänge hinsichtlich Alter, Geschlecht und bestimmter Verhaltensauffälligkeiten (Agitiertheit, Schlafprobleme mit nächtlichem Stören) der Bewohner. Darüber hinaus unterschied sich der Gebrauch psychotroper Substanzen zwischen den einzelnen Heimen signifikant, was auf einen Einfluss institutioneller Merkmale auf den Psychopharmakagebrauch hinweist [35]. In einer interdisziplinären *Frankfurter Studie* zum Psychopharmakagebrauch im Altenpflege-

<sup>2</sup> Vgl. OLG Hamm, BtPrax 1997, 6:162 = FGPrax 1997, 3:64.

<sup>3</sup> BT-Drucks. 11/4528, S. 149.

Guy Walther

### Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege

#### Zusammenfassung

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen sind unter pflegerischen und ethischen, aber auch betreuungsrechtlichen und vor allem strafrechtlichen Gesichtspunkten von besonderer Bedeutung. Häufig sind eingeschränkte Mobilität, Verringerung der kognitiven Funktionen, große Hilfsbedürftigkeit des älteren Menschen der auslösende Faktor für den Einsatz derartiger Einschränkungen. Daneben gibt es jedoch Hinweise, dass die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen auch mit organisatorischen Abläufen in Altenpflegeeinrichtungen zusammenhängt. Der vorliegende Beitrag diskutiert,

wieweit freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei alten Menschen überhaupt zulässig sind und zeigt auf, dass die Entwicklung von alternativen Betreuungs- und Versorgungsansätzen dazu beitragen kann, dass durch weniger freiheitsentziehende Maßnahmen in der stationären Pflege die Würde der alten Menschen gewahrt bleibt.

#### Schlüsselwörter

Stationäre Altenpflege ·  
Freiheitsbeschränkende Maßnahmen ·  
Freiheitsentziehende Maßnahmen

### Restraints in long-term care nursing homes for the elderly – legal aspects and alternatives

#### Abstract

*Definition of the problem* Restraints in nursing homes for the elderly are a crucial issue with regard to care and ethics but also to legal aspects. Frequently physical and cognitive impairments of the nursing home residents, decline of functional mobility, physical dependency and need for help are leading to this type of behavioural control. But research revealed that restraints are also used to facilitate nursing home procedures. *Arguments* The paper discusses the acceptability of the application of physical restraints and restraints by psychopharmaca and the necessity of carefully considering and weigh-

ing potential burdens and benefits for the nursing home resident. *Conclusion* The author stresses alternative methods of treatment in the care for nursing home residents. Exploring and developing alternatives to restraints and the goal of providing the least restrictive environment contribute to the resident's well-being in an atmosphere of comfort and dignity.

#### Key words

long-term care · nursing homes for elderly · restraints · limits of behavioural control · alternatives to restraint

Tabelle 1

## Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

### Fixierungen des Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen:

- Das Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter oder besondere Schutzdecken, Bettschürzen
- Sitzhosen, in denen der Betroffene den Stuhl oder Rollstuhl nicht mehr verlassen kann
- Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln
- Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-)Stuhl
- Festigung von Therapie/Stecktischen am (Roll-)Stuhl

### Einsperren des Betroffenen:

- Schwergängige Türen
- Abschließen der Zimmertür eines Bewohners
- Verriegelung der dem Bewohner bekannten und benutzbaren Ausgänge
- Täuschung über vorhandene Verriegelungen an Türen
- Das Verhindern des Verlassens der Einrichtung oder der Station durch besonders komplizierte Schließmechanismen (z. B. Trickschlösser oder Zahlenkombinationen) oder durch zeitweises Absperrern der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Betreute einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist
- Hoch angebrachte Türgriffe
- Drehknäufe
- Gesicherte Aufzüge

### Sedierende Medikamente wie:

- Schlafmittel, Neuroleptika und andere Psychopharmaka, wenn sie gegeben werden,
- Um den Bewohner an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern
- Um die Pflege zu erleichtern
- Um Ruhe auf der Station oder im Heim herzustellen

### Sonstige Vorkehrungen:

- Arretieren des Rollstuhles
- Zurückhalten am Hauseingang durch das Personal
- Wegnahme der Bekleidung und Schuhe der Bewohner
- Wegnahme der Fortbewegungsmöglichkeiten (z. B. Rollstuhl, Gehwagen)
- Wegnahme von Sehhilfen
- Durch Ausübung psychischen Drucks sowie Anwendung von Verboten, List, Zwang und/oder Drohungen
- Verbot, das Zimmer, die Station oder das Haus zu verlassen
- Elektronische Maßnahmen (an der Kleidung, im Schuh oder am Handgelenk angebrachter Sender) – *strittig*

geheim [28] wurde u. a. festgestellt, dass bei 65,3% der im Rahmen der Studie untersuchten Heimbewohner die Dauer der Psychopharmakabehandlung als zu lang anzusehen ist ([28], S. 189); gleichzeitig lag in 44,6% der untersuchten Fälle keine ausreichende Indikation für die Gabe eines Psychopharmakons vor ([28], S. 179). Und der Gerontopsychiater Wojnar stellt fest: „Psychopharmaka sind unverzichtbar in der Behandlung Demenzkranker, dürfen aber erst nach einer genauen diagnostischen Überlegung und Abwägung aller Vor- und Nachteile zur Beeinflussung der Zielsymptome (wie z. B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen, psychotische Ängste) verabreicht werden. Eine unkritische Anwendung dieser Medikamente muss verhindert werden, um sie nicht in den Augen aller Beteiligten zu disqualifizieren. Häufige Klagen über Unwirksamkeit der Psychopharmaka sind nur Beweis für eine falsche Indikation“ ([42], S. 15). Dabei sollten Neuroleptika immer als letzte der therapeutischen Möglichkeiten angewendet werden – wenn alle anderen, weniger eingreifenden Mittel versagt haben. Auf keinen Fall dürfen sie als Ersatz für die fehlenden therapeutischen Angebote oder eine falsche Organisation der Tagesabläufe einer Einrichtung dienen [43].

Die Notwendigkeit einer sorgfältigen Indikationsstellung bei der Anwendung von Psychopharmaka begründet sich wesentlich durch das Nebenwirkungspotential der infrage kommenden Substanzen, insbesondere auch daraus, dass diese im Einzelfall eine Zunahme der Verwirrtheit bewirken können. Medikamente gehören dabei zu den besonders wichtigen Faktoren, die akute Verwirrtheit auslösen können. Es ist Aufgabe der Ärzte, eine leitliniengerechte Behandlung mit Psychopharmaka einzuleiten. In Ergänzung dazu sind allgemeintherapeutische Maßnahmen insbesondere bei multimorbiden älteren Patienten sehr wichtig, wie zum Beispiel die Regulierung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, regelmäßige und sachgerechte Lagerung und Mobilisation und nicht zuletzt eine Beschränkung der ver-

ordneten Medikamente auf das absolut notwendige Maß.

## Voraussetzungen für freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur zum Wohl des Bewohner zulässig, um eine krankheits- oder behinderungsbedingte Gefahr einer Selbsttötung oder erheblichen Gesundheitsschädigung abzuwenden, oder wenn eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, deren Sinn und Zweck der Betreute infolge Krankheit oder Behinderung nicht einzusehen vermag. Vorsorgliche Schutzmaßnahmen ohne konkrete Gefährdung sind demnach unzulässig. Bloße Befürchtungen, dass etwas passieren könnte, reichen nicht aus. Vielmehr muss es – bezogen auf den einzelnen Heimbewohner – konkrete Anhaltspunkte für eine Gefährdungssituation geben. Insofern müssen die gleichen materiellrechtlichen Voraussetzungen wie bei der freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB vorliegen. Die freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen nicht nur *erforderlich*, sondern auch *geeignet* sein, um entweder die Gefährdungssituation abzuwenden oder eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB durchzuführen.

Ob allerdings freiheitsentziehende Maßnahmen zur Durchführung der Körperpflege zulässig sind, muss bezweifelt werden. Überdies müssen alle anderen zu Gebote stehenden, weniger in die Rechte des Betroffenen eingreifenden Maßnahmen und Alternativen gewählt werden, um mögliche Gefährdungen abzustellen oder zu reduzieren.

§ 1906 BGB dient ausschließlich dem Schutz des Betroffenen vor einer Gefährdung seiner eigenen Person, nicht jedoch dem Schutz von Rechtsgütern Dritter. Der Betreuer kann deshalb nur dann in eine freiheitsentziehende Maßnahme einwilligen, wenn sie im *Interesse des Betroffenen* ist. Gefährdet der Betroffene durch sein Handeln

Dritte (z. B. andere Heimbewohner oder Mitarbeiter), so kann der Betreuer hier *nicht* einwilligen und auch das Vormundschaftsgericht kann keine Genehmigung der Maßnahme erteilen. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nicht bereits genehmigungsfähig, wenn sie zum Schutze Dritter wünschenswert wären. Der Schutz öffentlicher Interessen oder der von Drittinteressen ist ausschließlich Aufgabe der landesrechtlich geregelten öffentlich-rechtlichen Unterbringung.<sup>4</sup>

### Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

Vor der Entscheidung und Einleitung freiheitsentziehender Maßnahmen ist im Rahmen der erforderlichen Pflege(prozess-)planung über Alternativen und mögliche Risiken der genannten Maßnahmen nachzudenken. Technische Veränderungen (geteilte Bettgitter), alternative Konzeptionen im Umgang mit dem Schutzbedürfnis der Bewohner und Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Medikamentenvergabe können nachweislich die Zahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen senken ([22], S. 76). Ein durchgehendes Bettgitter ist zum Schutz gegen Hinausfallen aus dem Bett nicht genehmigungsfähig, wenn der Schutz auch durch ein zweiseitiges Bettgitter erreicht werden kann.<sup>5</sup> Durch geeignete Trainings- und Schulungsmaßnahmen des Pflegepersonals kann der Einsatz von Psychopharmaka (und sicherlich auch anderer freiheitsbeschränkender Maßnahmen) reduziert werden, ohne dass gleichzeitig eine Zunahme problematischer Verhaltensweisen bei Heimbewohnern oder gar eine „Bedrohung des Heimfriedens“ befürchtet werden muss [28].

Gerade bei Demenzkranken mit sog. „Weglauffenden“ ist zu überlegen, ob eine freiheitsentziehende Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung mit

großzügigen, die freie Bewegung fördernden Räumen sowie einer Gartenanlage Fixierungen und Medikamenten vorzuziehen ist ([44], S. 14). Mitunter kann in diesen Fällen auf weitere freiheitsentziehende Maßnahmen in der Einrichtung verzichtet werden, was besonders für die Lebensqualität der betroffenen Menschen wichtig ist. Darüber hinaus sind Präventionsprogramme bei Weglaufgefährdung in Betracht zu ziehen. So können elektronische Maßnahmen (an der Kleidung, im Schuh oder am Handgelenk angebrachter Sender) bei diesem Personenkreis eingesetzt werden, um das Pflegepersonal auf Gefährdungssituationen aufmerksam zu machen. Dabei ist die Zulässigkeit der Ausstattung mit solchen Personenortungsanlagen umstritten. Teilweise werden sie als genehmigungspflichtige Maßnahmen i.S. des § 1906 Abs. 4 BGB angesehen,<sup>6</sup> nach Auffassung des Amtsgerichts Hannover verstößt diese Maßnahme gegen die Menschenwürde und kann daher nicht genehmigt werden (vgl. zur Problematik [8, 38]).<sup>7</sup> Gerade für Demenzkranke ist über alternative Wohn- und Betreuungskonzepte nachzudenken. So konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko von Fixierungen für Demenzkranke, die in traditionellen Pflegeeinrichtungen leben, signifikant höher ist gegenüber Bewohnern einer besonderen Dementenbetreuung ([40], S. 77).

Der Einsatz von Hüftprotektoren stellt das wirkungsvollste Mittel zur Frakturprävention dar. Extrem sturzgefährdete Bewohner, insbesondere wenn sie sehr dünn sind oder unter Osteoporose leiden, profitieren in erheblichem Umfang vom Einsatz der Hüftprotektoren. Eine Frakturprävention durch Hüftprotektoren kann dabei

<sup>4</sup> AG Bielefeld, BtPrax 1999, 8:232; AG Stuttgart-Bad Cannstatt, FamRZ 1997, 44:704.

<sup>5</sup> AG Hannover, BtPrax 1992, 1:113 = FamRZ 1992, 39:119. Die h. M. und die Rechtsprechung gehen jedoch davon aus, dass es sich hierbei nicht um genehmigungspflichtige freiheitsbeschränkende Maßnahmen handelt; OLG Brandenburg, BtMan 2006, 2:161 (LS) = FamRZ 2006, 53:148; AG Meißen, BtPrax 2007, 16:187.

<sup>4</sup> OLG Hamm, BtPrax 2001, 10:40.

<sup>5</sup> AG Neuruppin, BtPrax 2004, 13:80.

den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen, z. B. durch einen Rollstuhlisch oder einen Gurt im Roll- oder Pflegestuhl, verringern. Das Tragen von Hüftprotektoren ist allerdings für viele ältere Menschen befremdlich und deshalb ist die Akzeptanz von Protektoren nicht ohne weiteres gegeben. Hüftprotektoren befinden sich derzeit noch nicht auf der Hilfsmittelliste der Kostenträger. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen bislang nicht verpflichtet sind, die Kosten zu übernehmen.<sup>8</sup>

Darüber hinaus gibt es zahlreiche nicht medikamentöse Interventionsstrategien bei Heimbewohnern, insbesondere bei Demenzkranken, die sich positiv auf die Krankheitsbewältigung, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen sowie ihrer Betreuungspersonen auswirken können, wenngleich durch psychosoziale Maßnahmen keine stabilen Verbesserungen hinsichtlich der Kernsymptome von Demenzerkrankungen erreicht werden können. Insbesondere bei beginnender Demenz sind kognitive, verhaltensnahe und realitätsbewältigende Interventionen, wie z. B. das verhaltenstherapeutische Kompetenztraining (VKT), möglich [6]. Ziel dieser Interventionen ist es, psychische Kompetenzen, soziale Kompetenzen, Alltagskompetenzen und Basisfertigkeiten möglichst lange zu erhalten und beginnende Einschränkungen zu kompensieren. Andere Methoden wie Validation [7], die Selbst-Erhaltungstherapie (SET) [31], die biografieorientierte Erinnerungstherapie oder eine Musik-, Tanz- und Maltherapie eignen sich auch zur Anwendung in fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Insbesondere die integrative Validation (IVA) [32, 34] sowie sinnes- und bewegungsorientierte Ansätze (z. B. basale Stimulation) wurden speziell

für die Anwendung bei schwer Demenzkranken angepasst. Obwohl die Wirksamkeit der nicht medikamentösen Interventionsmethoden in vielen Fällen empirisch nicht ausreichend belegt ist, gelten sie in der Praxis als überaus hilfreich und den Betroffenen zuträglich und sind damit ein unverzichtbarer Bestandteil des Behandlungsplans gerade für Demenzkranke [4, 13].

Die Risikofaktoren (wie z. B. Einschränkung der Alltagsaktivitäten, kognitive und sensorische Beeinträchtigungen, Psychopharmakagebrauch), die zu vermehrten Stürzen führen können, treten bei Heimbewohnern wesentlich häufiger auf als bei älteren Menschen, die noch zu Hause leben. Das bedeutet, dass das Erfassen des individuellen Sturzrisikos ebenso wie das des Dekubitus- oder Kontrakturrisikos obligatorisch in der Pflegeanamnese geschehen muss. Wird ein Sturzrisiko festgestellt, so sind entsprechende Maßnahmen in der Pflegeplanung zu hinterlegen. Stürze haben meistens nicht nur eine Ursache. Daraus erklärt sich, dass eine erfolgreiche Prävention von Stürzen in der Regel auf einem Bündel von verschiedenen Maßnahmen basiert [1, 14, 29]. Die Pflege(prozess)planung, die nach § 13 Abs. 1 Nr. 6 HeimG zu dokumentieren ist, kann über mögliche Gefährdungssituationen des Bewohners und erwogene Alternativen Aufschluss geben. Die Qualität in der stationären Versorgung ist durch umfassende Pflege- und Qualitätsmanagementkonzepte sowie durch eine fach-, berufs- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Dies ermöglicht es, den Pflege- und Betreuungsbedarf individuell zu ermitteln, Potentiale und Risiken der Pflegebedürftigen zu erkennen, den Prozess systematisch zu planen und zu gestalten. Darüber hinaus geht es um die Umsetzung fundierter bewohnerorientierter Pflege- und Betreuungskonzepte und definierter Qualitätsniveaus (etwa Expertenstandard zur Sturzprophylaxe [5]), da das jeweilige Pflegemanagement in hohem Maße relevant für die Verbreitung freiheitsentziehender Maßnahmen und ihre fachliche Legitimation ist [22, S. 125].

<sup>8</sup> Nach einer Entscheidung des LSG NRW sind die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen nunmehr verpflichtet worden, Hüftprotektoren in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen; LSG NRW Urteil vom 31. 5. 2007, L 16 (5,2) KR 70/00. Das Urteil ist allerdings nicht rechtskräftig und die Revision beim BSG unter Az. B 3 KR 11/07 R anhängig.

Tabelle 2

## Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

### Mögliche Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

- Einsatz von Schutzhosen, Hüftprotektoren, Sturzhelmen, Socken mit Rutschhemmung und Gehhilfen
- Einsatz von mehrgeteilten Bettgittern mit der Möglichkeit, das Bett zu verlassen
- Mechanische Anpassung von Stuhlhöhen, Sitzflächen, Lehnen, usw.
- Ausreichende Wartung von Hilfsmitteln wie Rollatoren und Rollstühlen
- Einsatz von Bettalarmsystemen, Bettsensoren
- Einsatz von absenkbaaren Betten
- Ausreichende Lichtquellen, automatische Lichtregulation z.B. durch Drucksensoren
- Schockabsorbierende Fußbodenbeläge (z.B. Kunstkautschuk oder Kork)
- Physiotherapie, ggf. gezieltes Muskelkraft und Balancetraining
- Neurologische und psychiatrische Untersuchung; Optimierung der (psycho-)pharmakologischen Therapie
- Gewährleistung ausreichender Flüssigkeitsversorgung
- Umgebungsanpassung, z.B. sog. „Endlosrundgänge“, „Kochstellenkonzept“, Badeinrichtung, sog. „Snoezel-Ecken“ für ein „Nickerchen“
- Tagesstrukturierende Maßnahmen, z.B. im Sinne eines Tagesraumkonzeptes mit regelmäßiger Ansprache und Orientierungshilfe sowie kognitiv aktivierenden, aber nicht überfordernden Aktivitäten
- Milieuthherapie
- Musiktherapie, Bewegungstherapie
- Vermeidung von Reizüberflutung (Klingeln, Fernsehen, Durchgangsräume)
- Ermöglichung nächtlicher Aktivitäten, z.B. „Nachtcafé“
- Verwendung von Personensuchsystemen
- Angehörigenarbeit und familientherapeutische Angebote
- Sturzprophylaxe, Sturzpräventionsprogramme, die zum Teil von den Krankenkasse im Rahmen von Modellprojekten finanziert werden
- (Integrative)Validation als spezielle Interventionstechnik im Umgang mit verhaltensauffälligen Demenzkranken
- Basale Stimulation durch Körperkontakt, Massage, ätherische Öle usw.
- Maßnahmen zur Qualifikation des Pflegepersonals im Umgang mit problematischem Verhalten von Heimbewohnern
- Geschlossene Unterbringung in einer Einrichtung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB

Die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Fixierung verlangt letztlich eine sorgfältige Abwägung sämtlicher Umstände des jeweiligen Einzelfalles und hat die Freiheitsrechte eines alten und kranken Menschen ebenso zu berücksichtigen wie seinen Anspruch auf Schutz des Lebens und seiner körperlichen Unversehrtheit. Pflegeheime haben dabei grundsätzlich die Entschei-

dung eines gesetzlichen Betreuers zu repektieren.<sup>9</sup> Bei der Frage, inwieweit ein Heimträger für den Sturz eines Bewohners haftet, ist das Sicherheitsgebot gegen die Freiheitsrechte des Bewohners abzuwägen.<sup>10</sup> Zwar erwachsen dem Heimträger aus dem jeweiligen Heimvertrag besondere Obhutspflichten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der ihm anvertrauten

<sup>9</sup> OLG Koblenz, PflR 2002, 6:379 = FamRZ 2002, 49:1359.

<sup>10</sup> LG Limburg, PflR 2004, 8:174 = BtMan 2005, 1:52 (LS).



Heimbewohner, diese Pflichten sind allerdings begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind.<sup>11</sup> Der Grundsatz, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen haben, ist auch bei der Frage zu beachten, wie sie auf eine hervorgetretene Sturzgefährdung von Heimbewohnern zu reagieren haben.<sup>12</sup>

### **Besondere Probleme von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei alten Menschen**

Bewohner, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt werden, bedürfen besonderer Zuwendung und Beobachtung durch das Pflege- und Betreuungspersonal. Grundsätzlich gilt, dass diese Bewohner gerade durch die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zusätzlichen Risiken ausgesetzt sind, dass u.U. eine ständige optische Beobachtung erforderlich ist, wobei die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen sind. Fixierte Heimbewohner haben ein erhöhtes Risiko für medizinische Komplikationen, z.B. Infektionen, Dekubitus, Kontrakturen. Bewegungseinschränkende Maßnahmen können jedoch viele Probleme bei genau diesem Personenkreis auslösen oder verschlimmern, einschließlich der sturzbedingten Verletzungen, um derentwillen sie ja angewendet werden. So können die Maßnahmen das Verletzungsrisiko u.U. sogar erhöhen bei Versuchen von Bewohnern, sich aus den Fixierungsmitteln zu befreien bis hin zu tödlichen Verletzungen, z.B. Stürzen über das Bettgitter, Strangulationen. Die Todesursachen betreffen dabei unfallbedingte Erstickungsvorgänge entweder durch Einklemmung

zwischen Bettgitter und Matratze, durch Strangulation im Bauchgurt oder in einer speziellen Schutzdecke [25, 33, 42]. Bei der Entscheidung für freiheitsentziehende Maßnahmen müssen diese besonderen Risiken mitbedacht und abgewogen werden.

Obwohl (oder gerade weil) freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei älteren Menschen besonders häufig bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen (z. B. Demenz) angewendet werden, können die Reaktionen auf solche Maßnahmen oft sehr heftig sein. Da diese Bewohner den Grund für den Einsatz einer bewegungseinschränkenden Maßnahme häufig kaum oder gar nicht verstehen können, können sich z.B. Unruhe- und Angstsymptomatik steigern. Außerdem führen solche Maßnahmen zu weiterer Einschränkung von Sinnesreizen und der Wahrnehmungsfähigkeit, zu einem Verlust des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung und zu noch größerer Abhängigkeit und damit letztlich zu einer erheblichen Einschränkung ihrer Lebensqualität. Patienten mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen haben häufig einen gesteigerten Fortbewegungsdrang als einzig verbleibende Ausdruckform, um Affekte zu regulieren, innere Spannung abzuführen und einen letzten Rest von Autonomie zu leben [42]. Vor diesem Hintergrund kann die bestehende Verwirrtheit durch die eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten in der Fixierung noch verstärkt werden, die Desorientiertheit zunehmen, regressives Verhalten (z. B. auch Einnässen oder Einkoten) und depressiver Rückzug, aber auch aggressives und störendes Verhalten (z. B. Schreien, Toben, Rufen) ausgelöst werden.

Gangstörungen und Gleichgewichtsstörungen als Einschränkungen der Mobilität führen zu einem erhöhten Sturzrisiko, welches wiederum als häufige Begründung für die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen angeführt wird.<sup>13</sup> Hinzu kommt, dass

<sup>11</sup> BGH, BtMan 2005, 1:109=NJW 2005, 58:1937.

<sup>12</sup> BGH, FamRZ 2005, 52:1560=NJW 2005, 58:2613.

<sup>13</sup> Laut Klie und Pfundstein standen bei 91% aller freiheitsentziehenden Maßnahmen Sturzgefahr und Gehunsicherheit als Begründung für die Maßnahmen im Vordergrund ([22], S. 77).

Tabelle 3

**Pflegeprobleme durch freiheitsentziehende Maßnahmen****Pflegeprobleme, die zusätzlich durch eine Fixierung oder andere freiheitsentziehende Maßnahme entstehen können**

- Dekubitusgefahr, Kontrakturgefahr, Scheuerläsionsgefahr
- Pneumoniegefahr, Thrombosegefahr
- Ödeme und Druckstellengefahr durch zu feste Fixierung
- Gefährdung durch unzureichende Fixierung
- Zusätzliche Verstärkung von Angst- und Unruhezuständen
- Psychische Veränderungen
- Erhöhte Sturzgefahr, insbesondere durch Medikamente
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen durch Interaktionen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

alte Menschen häufig charakterisiert sind durch das Auftreten mehrerer somatischer Erkrankungen (Multimorbidität), die vielschichtig ineinander greifen, und der zusätzlichen Problematik von psychischen Störungen, was wiederum zu weiteren pflegerischen und medizinischen Problemen führen kann. Es ist schon paradox: alte Menschen, die sturzgefährdet sind, sollen durch Fixierungen vor Stürzen und Verletzungen geschützt werden, um ihre Mobilität zu erhalten. Dabei schränken diese Fixierungsmaßnahmen gerade selbst die Mobilität ein, die sie doch eigentlich erhalten sollten und erhöhen möglicherweise die Sturzgefahr und damit die Gefahr von Verletzungen. Es ist festzustellen, dass Fixierungen weder ein adäquates noch evidenzbasiertes Mittel zur Vermeidung von Stürzen oder Beeinflussung von fordernden Verhaltensweisen insbesondere bei demenzkranken alten Menschen sind [3].

## Schluss

Pflegerische Ethik und Betreuungsrecht haben vieles gemeinsam. Beiden geht es letztlich um den Schutz und die Förderung der Selbstbestimmung alter oder behinderter Menschen.<sup>14</sup> Eingeschränkte Mobilität, Ver-

ringerung der kognitiven Funktion, große Hilfsbedürftigkeit des älteren Menschen und das Sturzrisiko sind häufig Faktoren für die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen. Daneben gibt es Hinweise, dass die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen mit organisatorischen Abläufen zusammenhängt. Schließlich sind viele negative Konsequenzen von Fixierungsmaßnahmen in der Literatur beschrieben wie Stürze, Dekubitus, Depressionen, Aggression und Tod. Wegen dieser negativen Konsequenzen und der Feststellung, dass eine Fixierung keine angemessene Intervention für die Prävention von Stürzen ist, müssen vermehrt Maßnahmen zur Reduzierung von Fixierungen geprüft und auch versucht werden. Entscheidungen des Betreuers, wie die Anordnung und Anwendung von Fixierungsmaßnahmen, sollten auf der Grundlage umfangreicher Informationen – auch über mögliche Alternativen – getroffen werden. Dies findet in der Praxis nicht immer in ausreichendem Maße Berücksichtigung. Die Entscheidung über eine Fixierung oder andere freiheitsentziehende Maßnahmen wird häufig auf pflegerischer Ebene getroffen<sup>15</sup> und ärztlich angeordnet als vorsorgliche Maßnahme zum Schutz des Patienten vor

<sup>14</sup> Zu den ethischen Fragen der Altenpflege vgl. besonders [9].

<sup>15</sup> In der Freiburger Studie konnte nachgewiesen werden, welchen Einfluss die Pflegekräfte auf das Verordnungsverhalten der Ärzte ausüben [21]; hierzu auch [11].

Verletzungen. Sie ist aber nicht selten Ausdruck mangelnden Wissens über alternative Möglichkeiten gegenüber bewegungseinschränkenden Maßnahmen, unzureichender ärztlicher Behandlung bzw. sie kann Zeichen chronischer Überforderungs- und Ohnmachtsgefühle im Umgang mit verwirrten und gebrechlichen alten Menschen sein. Der Schutz des pflegebedürftigen Menschen vor Stürzen oder Unfällen darf die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen nicht einschränken. Dieser Anspruch führt zu einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Freiheit bei Heimbewohnern. Durch multiperspektivische Schulungen der Mitarbeiter von Heimeinrichtungen können nachweislich freiheitsbeschränkte Maßnahmen in Altenpflegeheimen verringert oder in ihrer Dauer reduziert werden [2, 24, 30]. Die Entwicklung von alternativen Betreuungs- und Versorgungsansätzen speziell für demenzkranke Heimbewohner sowie entsprechende Personalqualifizierungsmaßnahmen können ebenfalls dazu beitragen, dass durch weniger freiheitsentziehende Maßnahmen in der stationären Pflege die Würde der alten Menschen gewahrt bleibt. Die Schwierigkeit der pflegerischen Arbeit wird durch die Besonderheiten der komplexen Institution Pflegeheim nochmals verstärkt. Organisatorische Abläufe, haftungsrechtliche Fragen, Personalmangel, Heimaufsichtsbehörden bestimmen nicht selten zentrale Bereiche des Heimalltags. Und zum Schluss: in einer Altenpflegeeinrichtung leben die Einen (Bewohner) und arbeiten die Anderen (Mitarbeiter), was ebenfalls unterschiedliche Perspektiven auf den zu bewältigenden Alltag und die Anforderungen an eine ethisch vertretbare Pflege im Kontext freiheitsentziehender Maßnahmen aufwirft.

## **Anschrift**

**Guy Walther, Sozialpädagoge**

Stadt Frankfurt am Main

Gässchen 10

63674 Altstadt

E-Mail: [guy.walther@online.de](mailto:guy.walther@online.de)

## **Literatur**

1. Becker C et al (2006) Sturzprophylaxe, Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Vincentz, Hannover
2. Bredthauer D (2006) Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohnern vermieden werden? *BtMan* 2:184–189
3. Bredthauer D et al (2005) Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriat* 38:10–18
4. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2006) Rahmempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. [http://www.bmg.bund.de/nn\\_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf](http://www.bmg.bund.de/nn_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf)
5. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) (2006) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Fachhochschule, Osnabrück
6. Ehrhardt T, Plattner A (1999) Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Hogrefe, Göttingen
7. Feil N (2005) Validation. Ein Weg zum Verständnis alter Menschen. Reinhardt, München
8. Feuerabend U (1999) Zur Freiheitsentziehung durch so genannte Personenortungsanlagen. *BtPrax* 8:93–96
9. Graber-Dünow M (2005) Zwischen Selbstbestimmung und „fürsorglicher Bevormundung“. *BtMan* 1:126–128
10. Grandt D, Braun C, Häuser W (2005) Häufigkeit, Relevanz, Ursachen und Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern. *Z Gerontol Geriat* 38:196–202
11. Grond E (2003) Mitverantwortung der Pflegenden bei der Gefährdung von Heimbewohnern durch Psychopharmaka. *Psych Pflege* 9:18–22
12. Hach I et al (2004) Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. *Z Gerontol Geriat* 37:214–220
13. Halek M, Bartholomeycik S (2006) Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche, Hannover
14. Härlein J et al (2007) Sturzprävention bei Menschen mit Demenzerkrankungen. *Z Gerontol Geriat* 40:185–191
15. Haupt M (1999) Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Z Gerontol Geriat* 32:159–166
16. Hirsch RD, Wörthmüller M, Schneider HK, Fixierungen (1992) „Zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“. *Z Gerontopsychol – psychiat* 5:127–135
17. Hirsch RD, Kranzhoff EU (1996) Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie, Teil I, Krankenhauspsychiatrie 7:99–104
18. Hirsch RD, Kranzhoff EU (1996) Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie, Teil II, Krankenhauspsychiatrie 7:155–161
19. Hirsch RD, Kastner U (Hrsg) (2004) Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. KDA, Köln
20. Klie T (1998) Zur Verbreitung unterbringungsähnlicher Maßnahmen i.S. des § 1906 Abs. 4 BGB in bundesdeutschen Pflegeheimen. *BtPrax* 7:50–53
21. Klie T, Lörcher U (1994) Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht. Lambertus, Freiburg

22. Klie T, Pfundstein T (2004) Münchener Studie, Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen. In: Hoffmann B, Klie T (Hrsg) Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. C. F. Müller, Heidelberg, S 75–130
23. Klie T, Pfundstein T, Stoffler FJ (Hrsg) (2005) Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien. KDA, Köln
24. Koczy P et al (2005) Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Z Gerontol Geriat 38: 33–39
25. Mohsenian C et al (2003) Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen. Z Gerontol Geriat 36:266–273
26. Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T (2006) Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. Z Gerontol Geriat 39:336–343
27. Nikolaus TH, Specht-Leible N, Bach M (1999) Medikamentenverordnung und mehrfache Stürze bei älteren, zu Hause lebenden, multimorbiden Menschen. Z Gerontol Geriat 32: 307–311
28. Pantel J, Bockenheimer-Lucius G, Ebsen I et al (2005) Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Peter Lang, Frankfurt aM
29. Pierobon A, Funk M (2007) Sturzprävention bei älteren Menschen. Thieme, Stuttgart
30. Projektgruppe Redufix (Hrsg) (2007) Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Vincentz, Hannover
31. Romero B, Eder G (1992) Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimerkranken. Z Gerontol Geriat 3:267–282
32. Richard N (1999) Integrative Validation. Brückenbau in die Welt dementiell Erkrankter. Video mit Begleitbroschüre. Vincentz, Hannover
33. Schmidt PH et al (2005) Todesursachenspektrum im Altenheim im Spiegel eines rechtsmedizinischen Sektionsgutes. Z Gerontol Geriat 38:26–32
34. Staubach C (2003) Validation in der Pflege dementer Patienten. Psych Pflege 9:23–30
35. Stelzner G et al (2001) Determinanten des Psychopharmakgebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. Z Gerontol Geriat 34:306–312
36. Stoppe G, Staedt J (1999) Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. Z Gerontol Geriat 32: 153–158
37. Trefz U (2001) Zur Zulässigkeit von Personenortungsanlagen in Pflegeheim und Krankenhaus. Pflege- & Krankenhausrecht 2:59–62
38. Walther G (2005) Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB – Verfahren, Handlungskonzepte und Alternativen. Teil I, BtPrax 14:214–218
39. Walther G (2006) Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB – Verfahren, Handlungskonzepte und Alternativen. Teil II, BtPrax 15:8–12
40. Weyerer S et al (2006) Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Kohlhammer, Stuttgart
41. Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
42. Wojnar J (1995) Freiheitsentziehende Maßnahmen und Demenz. BtPrax 4:12–15
43. Wojnar J (1997) Freiheitsentziehende Maßnahmen und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeit behinderter Menschen. BtPrax 6:92–97
44. Wojnar J (1999) Der Einsatz von Psychopharmaka in der Betreuung demenzkranker Menschen. BtPrax 8:11–14