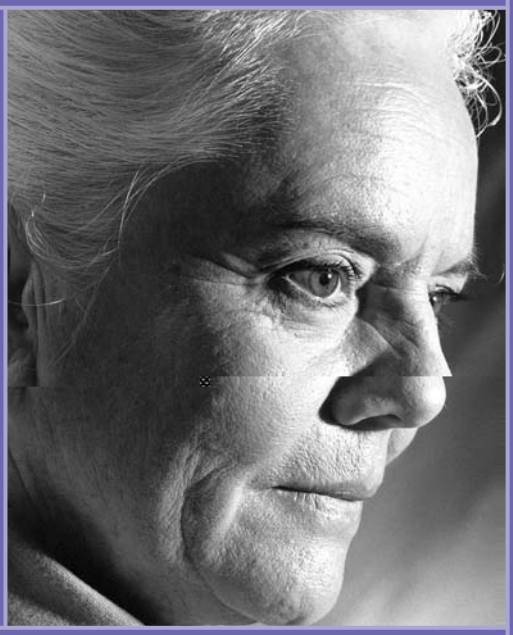
Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Pflege

Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege



Leitfaden des Bayerischen
Landespflegeausschusses
November 2006

Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege

Leitfaden des
Bayerischen Landespflegeausschusses
November 2006

Inhalt

Einleitung (Vorwort)	**6**
1. Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen	**7 – 20**
Flussdiagramm 1	8
Erläuterung des Flussdiagramms 1	9
Checkliste 1 für die Leitung	10 – 11
Erläuterung der Checkliste 1 für die Leitung	11 – 12
Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte	13 – 14
Erläuterung der Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte anhand von Beispielen	15 – 17
Checkliste für die Ärzte	18 – 19
Was Sie als Angehöriger oder gesetzlicher Betreuer über das Thema „Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen“ wissen sollten	19 – 20
2. Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM	**21 – 35**
Flussdiagramm 2	22
Erläuterung des Flussdiagramms 2	23 – 24
Checkliste 2 für die Leitung	25 – 26
Erläuterung der Checkliste 2 für die Leitung	27 – 28
Checkliste 2 für die Pflegefachkräfte	29 – 30
Erläuterung der Checkliste 2 für die Pflegefachkräfte anhand von Beispielen	31 – 33
Was Sie als Angehöriger oder gesetzlicher Betreuer über das Thema „Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen“ wissen sollten	34 – 35

3. Entscheidungsweg und Entscheidungsprinzipien 36 – 37

4. Rechtliche Aspekte der Entscheidung für oder gegen eine Fixierungsmaßnahme 38 – 43

Wirkung des vormundschaftsgerichtlichen Beschlusses nach § 1906 Abs. 4 BGB 39

Haftungsrechtliche Aspekte bei der Anwendung bzw. Unterlassung freiheitsentziehender Maßnahmen 39 – 42

Haftung des Heimträgers 40

Haftung der Pflegekraft 41

Strafrechtliche Aspekte 43

Arbeitsrechtliche Aspekte 43

5. Literaturhinweise/Linkliste 44 – 45

6. Abkürzungsverzeichnis 46

Anhang 47 – 51

Beispiel Dokumentationsblatt (zu Flussdiagramm 1) 47

Aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur zivilrechtlichen Haftung 48 – 51

Vorschläge für Arbeitshilfen

Kopiervorlagen zum Heraustrennen am Schluss der Broschüre

Einleitung

„Die Würde des Menschen ist unantastbar."

(Art. 1 Grundgesetz)

Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen einen erheblichen Eingriff in die Selbstbestimmung und Selbständigkeit eines Pflegebedürftigen dar. Sie sind deshalb auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. Sie dienen dem Schutz des Pflegebedürftigen; ein Einsatz zur Erleichterung der Pflege ist nicht zulässig. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden sich, weil sie dem Schutz der Pflegebedürftigen dienen, zwar nicht gänzlich vermeiden lassen. Sie können jedoch entscheidend reduziert werden, wenn bei allen Beteiligten das Bewusstsein für den schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit des Einzelnen geschärft und alternative Handlungsweisen diskutiert werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur nach gewissenhafter Abwägung der Freiheitsrechte mit den Fürsorgepflichten unter bedingungsloser Beachtung der Würde des Menschen und seiner Selbstbestimmung anzuwenden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind immer das letzte Mittel der Wahl; es muss die schonendste und am wenigsten in die Freiheit des Betroffenen eingreifende Maßnahme zum Tragen kommen, ihre Dauer muss begrenzt sein und ihre Notwendigkeit immer wieder reflektiert werden.

Der Betroffene steht als Person mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und seiner individuellen Lebensgeschichte stets im Mittelpunkt. Nur dann, wenn **alle am Versorgungsprozess Beteiligten** – Pflege, Medizin, Angehörige und Betreuer –

- gemeinsam ihre Verantwortung wahrnehmen,
- in der Ursachenforschung, im Versorgungs- und Betreuungsprozess zusammenwirken und
- persönliche Ängste, Sicherheitsdenken und Schutzbedürfnisse in den Hintergrund stellen,

werden individuelle Lösungen möglich und die Würde des Pflegebedürftigen gewahrt.

Dieser Leitfaden soll deshalb keine Handlungsschemata vorgeben, sondern Denkanstöße geben für eine verantwortungsvolle Prüfung des Einsatzes und einen verantwortungsvollen Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege.

Er richtet sich gleichermaßen an die Betroffenen, die Pflegekräfte, die Heimleitungen, die Träger von Einrichtungen, die Angehörigen, die Betreuer, die Ärzte und die Justiz. Checklisten und spezifische Erläuterungen sollen konkrete Hilfestellungen für die am Entscheidungsprozeß Beteiligten geben.

Der Leitfaden entstand im Auftrag des Bayerischen Landespflegeausschusses im Zusammenwirken von Vertretern der Pflegeverbände und der Ärzteschaft, der Einrichtungs- und Kostenträger sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bayern und des Sozialministeriums. Beratend mitgewirkt hat das Institut für Rechtsmedizin der Universität München. Für den konstruktiven und engagierten Einsatz aller Beteiligten herzlichen Dank!

1. Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

2. Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

3. Entscheidungsweg und Entscheidungsprinzipien

4. Rechtliche Aspekte der Entscheidung
für oder gegen eine Fixierungsmaßnahme

5. Literaturhinweise/Linkliste

6. Abkürzungsverzeichnis

1. Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM)

Flussdiagramm 1:

Problem: Bewohner ist sturzgefährdet, unruhig und / oder gefährdet sich selbst

Unterstützende Unterlagen Schriftliche Nachweise

Schnittstellenmanagement:
Einbeziehung von Bewohnern, Angehörigen, Ärzten, PFK, HL, PDL, Therapeuten usw. in jeden Prozessschritt

- Checkliste Ärzte
- Risikoeinschätzung Pflege
- Informationssammlung Pflege

1. Sind die Ursachen für das Problem behebbar ?
- bewohnerbezogene Ursachen (z. B. Gangunsicherheit ➔ Kraft und Balancetraining)
- baulich- räumliche (z. B. dunkle Gänge ➔ Beleuchtungsverbesserung)
- psychosoziale (z. B. Vereinsamung ➔ Besuchsdienst, emotionale Zuwendung)
- organisatorische (z. B. Routineablauf ➔ bewohnerorientierte Tagesstrukturierung)
- technische (z. B. ungeeignete Gehhilfe ➔ Anpassung d. Gehhilfe)

ja → Ende

- Anamnese, Biographie
- Übersicht Risikofaktoren aus Expertenstandard Sturzprophylaxe
- Checkliste für Ärzte
- Information f. Angehörige

- Pflegedokumentation: Kommunikation mit Ärzten, Betreuern u.a. Schnittstellen
- Verlaufsbericht: Reaktion des Bewohners

nein

2. Können die mit dem Problem verbundenen Risiken ausreichend vermindert werden ?
Weitere Alternativen zu FeM prüfen:
z. B. Hüftschutzhose, Sturzhelm, Abendwanderung, Nachtcafé, geteiltes Bettgitter, Sensormatte, Basale Stimulation, beruhigende Musik

ja → Ende

nein → 3.

- Pflegedokumentation
- Expertenstandard Sturzprophylaxe
- Empfehlungen FeM der LH München

nein

3. Ist der Nutzen der FeM größer als der Schaden ?

- Risikoeinschätzung Pflege
- Pflegedokumentation

ja

Fach- und sachgerechte Anwendung von FeM

- Evidenzbasierte Empfehlungen J. Briggs Institute
- Empfehlungen BfArM
- Gebrauchsanweisung
- Sicherheitshinweise des Fixierungssystems

Flussdiagramm 2

Flussdiagramm 1 – Erläuterungen

Problem: Bewohner fallen durch plötzliche oder allmählich zunehmende Selbstgefährdung auf. Dies kann eine Sturzgefahr, starke Unruhe oder anderes Verhalten sein. Diese Gefährdung muss mit den Betroffenen und dem Team besprochen werden, um gezielt Lösungswege zu suchen.

1. Frage: Sind die Ursachen für dieses Problem behebbar?
Dieser Schritt beinhaltet den Versuch, das weitere Auftreten von selbstgefährdendem Verhalten zu verhindern.
Es wird versucht, die Ursachen für das Problem zu finden und zu behandeln. Alle Beteiligten (Betroffene, Pflege, Ärzte, Therapeuten, Angehörige) müssen die Problematik aus ihrem Blickwinkel beleuchten: Straucheln Bewohner beim nächtlichen Toilettengang, da es zu dunkel ist und die Türschwelle nicht gesehen wird? Müssen Bewohner nachts aufgrund einer Blasenschwäche sehr häufig zur Toilette und stürzen dabei? Haben Bewohner im Krieg nachts Schlimmes erlebt, deswegen in der Dunkelheit Angst und möchten weglaufen?
So kann ein Nachtlicht und eine Veränderung der Türschwelle, eine Behandlung der nächtlichen Inkontinenz oder ein Offenlassen der Türe zur Verhinderung einer Platzangst zur Entspannung führen.
Besteht das Problem dennoch weiter, muss erneut gesucht werden? Kann durch Physiotherapie die Gangsicherheit erhöht werden? Haben Bewohner nachts Hunger?
Die Suche nach den Ursachen und der Versuch einer ursachenbezogenen Behandlung dürfen nicht aufhören!

2. Frage: Können die mit dem Problem verbundenen Risiken ausreichend vermindert werden?
Entscheidend ist nun die Erkenntnis, dass gefährdendes Verhalten weiterhin auftreten wird. Es wird jetzt der Versuch unternommen, die damit verbundene Gefährdung zu verringern. Wenn nicht verhindert werden kann, dass Bewohner nachts herumirren, so kann ihnen vielleicht ein nächtlicher Treff- und Ruhepunkt geboten werden. Wenn Stürze nicht vermeidbar erscheinen, so kann die Verletzungsgefahr möglicherweise durch eine Hüftschutzhose verringert werden. Bei den Bewohnern, die regelmäßig aus dem Bett fallen, könnte nachts das Bett soweit abgesenkt werden, dass durch den Sturz keine Verletzung auftritt.

3. Frage: Ist der Nutzen der freiheitsentziehenden Maßnahme größer als der Schaden?
Wenn gefährdendes Verhalten nicht verhindert werden und das Risiko nicht entscheidend verringert werden kann, so bleibt als Handlungsmöglichkeit die Anwendung einer FeM. Vorher und währenddessen muss aber die Frage beantwortet werden, ob das Risiko durch eine FeM nicht größer ist oder sogar wieder steigt. Die sturzgefährdeten und unruhigen Bewohner können durch eine FeM noch unruhiger und angsterfüllt werden, so dass die Maßnahme ein höheres Risiko beinhaltet, als es ohnehin bestünde.

Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 1
für die Leitung

Kopiervorlage zum Heraustrennen am Schluss der Broschüre

Haltung und Werte vorgeben

- ☐ Im Leitbild
- ☐ Im Pflegekonzept
- ☐ Im eigenen Verhalten, in der Sprache, in der Kommunikation
- ☐ Bei Zielvorgaben (Aufbau von Strategien und Aktivitäten zur Vermeidung von FeM)

☐ .....(eigene Ergänzungen)

Wissensbasierte Pflege

- ☐ Adäquate Information des Personals über aktuelle Studien, wissenschaftliche Erkenntnisse
- ☐ Zielgruppen- und einrichtungsspezifische Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- ☐ Umsetzung von Leitlinien (z. B. Empfehlungen zum Umgang mit FeM der LH München, Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses)

☐ .....(eigene Ergänzungen)

Personalentwicklung und Schulung

- ☐ Spezifische Kompetenzen im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern (z. B. Integrative Validation, Mäeutik[1], Basale Stimulation, personenzentrierte Pflege)
- ☐ Entlastungsangebote (z. B. Emotions- und Reflexionsarbeit für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Ehrenamtlichen)

☐ .....(eigene Ergänzungen)

Kooperation, interdisziplinäre Zusammenarbeit

- ☐ Besprechungs- und Kommunikationsstrukturen überprüfen und entwickeln (z. B. interdisziplinäre Bewohnerbesprechungen und/ oder Pflegevisiten)
- ☐ Klare Verantwortlichkeiten in der Pflege bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, mit Angehörigen, Betreuern und Ehrenamtlichen (z. B. Bezugspflege) regeln

☐ .....(eigene Ergänzungen)

[1] Mäeutik: Erlebensorientierte Pflege nach Cora van der Kooij mit Bewohnerbesprechungen und Dialog über die Gefühle der Pflegekräfte im Rahmen der Bezugspflege

Checkliste 1 für die Leitung

Zusammenarbeit mit Angehörigen, rechtlichen Betreuern und Bevollmächtigten

- ☐ Information und Beratung der Angehörigen und Betreuer über Ursachen von Unruhezuständen, Weglaufgefährdung, Sturzgefährdung und sonstigen Selbstgefährdungen
- ☐ Einbeziehung bei der Ursachenanalyse und bei der Suche und Anwendung von Alternativen
- ☐ Abbau von Ängsten und Vorbehalten durch regelmäßige Information und Beratung
- ☐ Angebote für Angehörige (z. B. Selbsthilfegruppe)
- ☐ Unterstützung der rechtlichen Betreuer bzw. der Bevollmächtigten bei der Suche und Anwendung von Alternativen sowie bei ihrer Entscheidung, ob FeM angewandt werden müssen.
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Schaffung unterstützender Strukturen

- ☐ Geeignete Dokumente und Planungsformulare (personenzentriert, den Entscheidungsprozess unterstützend, zur Ursachenanalyse und zu Alternativen hinführend, entbürokratisierend)
- ☐ Beauftragte für FeM benennen, schulen und in der Einrichtung mit klar definierten Aufgaben integrieren (Empfehlung)
- ☐ Alternativen (z. B. Betten mit extra Tiefstellung, Bewegungsmelder für Licht, Hüftprotektoren, Sensormatten) zur Verfügung stellen
- ☐ Lern- und Reflexionsprozess unterstützen z. B. mit internen Überkreuz- Audits
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Erläuterung der Checkliste 1 für die Leitung

Haltung und Werte vorgeben

Bereits im Leitbild und konkretisiert in der Pflegekonzeption muss der reflektierte und wissensbasierte Umgang mit FeM verankert sein. Gesetzlich vorgegebene Werte spiegeln sich im Leitbild und in den Zielvorgaben des Konzeptes wider. Die Leitung muss die notwendigen Prozesse anstoßen und initiieren, aufrechterhalten, kontrollieren und steuern.

Wissensbasierte Pflege

Die Leitung hat die Verantwortung, dass aktuelle für die Thematik und für die Zielgruppe relevante Forschungsergebnisse (z. B. Studie ReduFix 2006) in der Praxis umgesetzt werden. Leitlinien (z. B. Empfehlungen der LH München zum Umgang mit FeM, Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses) sind auf die spezifische Zielgruppe und die Versorgungsform anzupassen und in der Einrichtung anzuwenden.

Personalentwicklung und Schulung

Die Leitung sorgt für eine entsprechende Personalentwicklung z. B. in Form von Schulungen, die insbesondere Kompetenzen im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten (z. B. Validation,

Basale Stimulation usw.) vermitteln. Entlastungsangebote und eine professionell begleitete Emotions- und Reflexionsarbeit (z. B. Supervision, Mäeutik) können die Pflegekräfte im Umgang mit herausforderndem und selbstgefährdendem, Verhalten unterstützen.
Die Leitung stellt die Schulung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch eingewiesene Fachkräfte sicher.

Kooperation, interdisziplinäre Zusammenarbeit
Für den reflektierten Umgang mit FeM und die Kooperation und Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen müssen entsprechende Strukturen (z. B. interdisziplinäre Bewohnerbesprechung, Pflegevisite mit Beteiligung der Angehörigen, klare Regelung der Verantwortlichkeit in der Zusammenarbeit mit Betreuern und Vormundschaftsgerichten, Ablaufdiagramme zur Regelung der Einbindung von Richtern, Ärzten, Leitung, Betreuern usw.) geschaffen werden. Klare Verantwortlichkeiten in der Pflege bei der interdisziplinären Zusammenarbeit regeln den Informationsaustausch und die Kommunikation.

Zusammenarbeit mit Angehörigen, rechtlichen Betreuern und Bevollmächtigten
Angehörige und Betreuer müssen über die möglichen Ursachen von Unruhezuständen, Weglaufgefährdung, Sturzgefährdung und sonstige Selbstgefährdung informiert und beraten werden, um ihre Mitwirkung bei der Behebung der Ursachen und bei der Anwendung von Alternativen zu fördern. Angehörige und Betreuer können wichtige Hinweise für mögliche Ursachen und Alternativen geben. Z. B. weiß der Ehepartner des betroffenen Bewohners, dass dieser zu Hause gewohnt war, vor dem Zubettgehen einen Spaziergang zu machen. Ängste insbesondere der Angehörigen bei der Anwendung von Alternativen müssen durch Information abgebaut werden. Beratungsgespräche sind von Vertrauenspersonen in der Pflege zu führen. Angebote für Angehörige, wie z. B. eine Selbsthilfegruppe können deren Unterstützung bei der Bewältigung von selbstgefährdendem Verhalten ohne FeM fördern.

Schaffung unterstützender Strukturen
Geeignete Dokumente und Planungsformulare unterstützen den Entscheidungs- und Umsetzungsprozess. Dabei sollte die Leitung darauf achten, dass die gewählten Formulare den Prozess gemäß des Flussdiagramms 1 unterstützen und wichtige Entscheidungen und fachliche Abwägungen durch unnötige Bürokratie nicht blockiert werden. Durch eine klare Regelung der Verantwortung werden der Entscheidungsprozess und die Kommunikation mit den Betroffenen unterstützt. Die Leitung könnte beispielsweise eine verantwortliche Kraft benennen, im Sinne einer Beauftragten für FeM, die spezifisch geschult, besonders gut informiert und engagiert ist und den Mitarbeitern als verlässlicher Ansprechpartner zur Verfügung steht. Sein Aufgabenbereich müsste eindeutig über eine Aufgabenbeschreibung geregelt werden. Verantwortliche Bezugspflegekräfte sind feste Ansprechpartner für die betroffenen Pflegebedürftigen, die Angehörigen, die Betreuer, die Ärzte und für alle, die bei der Pflege und Betreuung eine Rolle spielen. Alternativen (z. B. tieferstellbare Betten, Hüftprotektoren, Sensormatten, Bewegungsmelder, Lichtquellen) müssen zur Verfügung stehen, wenn sie ernsthaft geprüft und in der Anwendung mit den Bewohnern getestet werden wollen. Interne Überkreuz- Audits (z. B. Pflegekräfte der gerontopsychiatrischen Station führen in den allgemeinen Pflegebereichen Pflegevisiten durch) können die Kompetenzen im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten stärken.

Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 1
für die Pflegefachkräfte

Kopiervorlage zum Heraustrennen am Schluss der Broschüre

Einbindung aller am Betreuungsprozess Beteiligten (betroffene Pflegebedürftige selbst, Angehörige, Betreuer, Ärzte, Therapeuten usw.) in jeden Schritt des Pflegeprozesses

Informationssammlung/ Anamnese

- ☐ Alle Hinweise für Ursachen einer erhöhten Sturzgefahr, einer psychomotorischen Unruhe oder einer anderen Art der Selbstgefährdung erfassen
- ☐ Welche Hinweise auf Ursachen können aus Gesprächen mit Angehörigen gewonnen werden?
- ☐ Hinweise für Alternativen erfassen
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Problemerkennung/ Ressourcen

- ☐ Welches Problem führt zur Überlegung, FeM anzuwenden?
- ☐ Liegt das Problem bei der betroffenen Person oder bei den Pflegefachkräften im Umgang mit dem Verhalten des Bewohners? Kann das Verhalten erklärt werden? Wie kann durch Beziehungsgestaltung das herausfordernde und selbstgefährdende Verhalten geändert werden, um die Selbstgefährdung zu verringern?
- ☐ Welche Ursachen könnte das Problem haben?
- ☐ Welche Berufsgruppen (z. B. Medizin, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie) sind in die Problemlösung einzubinden?
- ☐ Mit welchen Fähigkeiten des Bewohners lässt sich das Problem (z. B. psychomotorische Unruhe) beheben?
- ☐ Welche Möglichkeiten bieten sich bei der Sturzprophylaxe durch konsequente Mobilisierung und aktivierende Pflege, Geh- und Gleichgewichtstraining?
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Ziele

- ☐ Verringerung der Sturzgefahr, der psychomotorischen Unruhe und/oder der Selbstgefährdung
- ☐ Erhaltung und/oder Förderung der Bewegungsfreiheit und der Selbstbestimmung (Ziele möglichst konkret für die betroffene Person mit messbaren Parametern formulieren)
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte

Planung der Maßnahmen

- ☐ Geeignete Maßnahmen für die Zielerreichung
- ☐ Bewegungsförderung und Selbstbestimmung bei den Maßnahmen berücksichtigen
- ☐ Ressourcen, Individuelle Bedürfnisse und Wünsche integrieren

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Durchführung der Maßnahmen

- ☐ Sach- und fachgerechte Durchführung der geplanten Maßnahme
- ☐ Beobachtung der Reaktion der betroffenen Person
- ☐ Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, der Reaktionen der betroffenen Person sowie der Abweichungen vom Plan und deren Begründung

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Auswertung / Evaluation

- ☐ Konnte die Sturzgefahr, psychomotorische Unruhe, Selbstgefährdung durch die Maßnahme reduziert werden?
- ☐ Wurden wichtige Informationen übersehen?
- ☐ Wie reagiert die betroffene Person, die Angehörigen, der Betreuer usw. auf die Ursachenbehebung/ die Alternative?
- ☐ Auswertung der Einträge im Verlaufsbericht
- ☐ Welche weiteren Maßnahmen sind zu planen?

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Erläuterung der Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte anhand von Beispielen

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
erhöhte Sturzgefahr ist ca. zu 90 % die Ursache für die Anwendung von FeM (Klie 2006)

Beispiel 2: Unruhe
in über 80 % der Fälle die ärztliche Begründung für FeM (Bredthauer 2002)

Informationssammlung/ Anamnese

Bereits die Informationssammlung kann wichtige Hinweise für die Ursachen einer erhöhten Sturzgefahr, einer psychomotorischen Unruhe, Weglauftendenz oder einer anderen Selbstgefährdung geben. Die betroffene Person selbst und alle am Versorgungs- und Betreuungsprozess Beteiligten - dazu gehören auch die Angehörigen und die Betreuer - sind deshalb von Anfang an möglichst einzubeziehen. Denn neben der Informationssammlung bei den Betroffenen selber können Angehörige, die ihre Verwandten und deren Gewohnheiten lange kennen, zusätzlich viele weitere Informationen über mögliche Ursachen für eine Sturzgefahr, eine psychomotorische Unruhe, Weglauftendenz oder eine andere Selbstgefährdung geben. Die Informationssammlung bei den Betroffenen selber sowie die Informationssammlung bei den Angehörigen können bereits erste Hinweise auf mögliche Alternativen zur Vermeidung von FeM geben, z.B. Hüftprotektoren.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Es ist z. B. aus der Vorgeschichte bekannt, dass die betroffene Person aufgrund der Inkontinenz mehrfach nachts aufstehen muss und dazu das Licht nicht einschaltet (Hinweis der Tochter).

Beispiel 2: Unruhe
Aus der Biographie ist bekannt, dass die betroffene Person immer am Abend vor dem Schlafengehen die Hühner in den Stall bringen musste.

Problemerkennung/ Ressourcen

Beispiele für Leitfragen:

- Welches Problem führt zu der Überlegung, FeM anzuwenden?
  Welches Problem führt zu der Einschätzung, es liegt eine Sturzgefahr, eine psychomotorische Unruhe oder eine andere Art der Selbstgefährdung vor?

- Liegt das Problem bei der betroffenen Person oder bei den Pflegefachkräften im Umgang mit dem Verhalten des Bewohners?
  Kann die Herausforderung im Verhalten des Betroffenen klar benannt werden? Oder führt das Verhalten des Betroffenen zu Angst und Unsicherheit bei den Pflegenden, so dass die Anwendung von FeM als Möglichkeit gesehen wird, die eigenen Ängste und Unsicherheit zu überwinden?

Welche Ursachen könnte das Problem haben? Welche Berufsgruppen (z.B. aus Medizin, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie) sind in die Problemlösung einzubinden?

- Hier müssen alle am Versorgungs- und Betreuungsprozess Beteiligten ihr Wissen und ihre Informationen einbringen. Welche Informationen haben die Pflegenden über die betroffene Person? Insbesondere die Hausärzte können aufgrund der medizinischen Einschätzung und der Kenntnis über die Krankheitsgeschichte von Betroffenen wichtige Erkenntnisse und Therapievorschläge liefern. Auch Angehörige können aus der Lebensgeschichte von Betroffenen mögliche Lösungsvorschläge einbringen. Therapeutische Kräfte können aus ihrer Erfahrung mit Betroffenen im Rahmen von Therapien wie z. B. Ergotherapie, Musiktherapie usw. mögliche Wege zur Ursachenbehebung oder zur Bewältigung des problematischen herausfordernden Verhaltens aufzeigen.

- Mit welchen Fähigkeiten des Bewohners lässt sich das Problem (z.B. psychomotorische Unruhe) beheben? Sind Fähigkeiten des Bewohners bekannt, die dazu beitragen können, das Problem einer Sturzgefahr, einer psychomotorischen Unruhe, Weglauftendenz oder einer anderen Selbstgefährdung zu beheben oder zu verringern (z.B. Fähigkeit zu Bewegungs- und Balanceübungen)?

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Z. B. besteht erhöhte Sturzgefährdung aufgrund der verminderten Aufmerksamkeit bei Schlafunterbrechung und der schlechten Lichtverhältnisse und der fremden Umgebung (Einzug in das Heim erst kürzlich). Ein selbständiger Besuch der Toilette ist laut Anamnese bekannt (Ressource). Weil der kalte Boden unangenehm ist, werden die am Bett bereit gestellten Hausschuhe angezogen (Ressource).

Beispiel 2: Unruhe
Erhöhte Sturzgefährdung, wegen der psychisch bedingten Unruhe (Unsicherheit, ob die Hühner im Stall und vor dem Fuchs geschützt sind), die zu mehrfachem Aufstehen in der Nacht führt. Die betroffene Person kann die Information, dass die Hühner versorgt sind, noch umsetzen (Ressource) und beruhigt sich.

Sind alle möglichen Ursachen ermittelt und alle Ressourcen benannt worden, sind diese gezielt in die Planung und Durchführung der Maßnahmen einzubeziehen.

Ziele

Die hier formulierten Ziele sollten in der Pflegeplanung für die individuelle Situation des betroffenen Bewohners möglichst konkret und messbar formuliert werden.

Planung der Maßnahmen

Für die Zielerreichung werden geeignete Maßnahmen geplant. Dabei gilt der Grundsatz: So wenig Bewegungseinschränkung wie möglich, so viel wie nötig, um z. B. das Verletzungsrisiko zu reduzieren. Die in der Informationssammlung erfassten Ressourcen des

Bewohners, dessen Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten sowie die Informationen aller am Versorgungs- und Betreuungsprozess Beteiligten werden bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Ein Licht mit Bewegungsmelder soll montiert werden. In die Tagesstruktur wird das Bereitstellen der Hausschuhe vor dem Bett am Abend eingeplant.

Beispiel 2: Unruhe
In der Tagesstruktur ist vorgesehen, dass die Pflegekraft der betroffenen Person vor der Nachtruhe versichert, dass die Hühner in den Stall gebracht wurden.

Durchführung der Maßnahmen

Die geplanten Maßnahmen werden sach- und fachgerecht durchgeführt. Die Reaktion der betroffenen Person auf die durchgeführten Maßnahmen wird beobachtet. Eine Änderung dieser Maßnahmen erfolgt in Abhängigkeit vom Zustand der betroffenen Person. Anschließend erfolgt eine vollständige, sachliche und wahrhaftige Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, der Reaktionen der betroffenen Person sowie evtl. notwendig gewordene und vorgenommene Änderungen der Maßnahmen und die Begründung hierfür.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Die betroffene Person steht nachts für die Toilettengänge auf, zieht dabei stets ihre Hausschuhe an und geht mit Hilfe des automatisch eingeschalteten Lichts sicher auf die Toilette. Dies bestätigt die Dokumentation des Nachtdienstes.

Beispiel 2: Unruhe
Die betroffene Person steht trotz der Versicherung, dass die Hühner im Stall sind, zu einer bestimmten Zeit immer wieder auf. Dies bestätigt die Dokumentation des Nachtdienstes. Einer Pflegekraft fällt auf, dass die Bewohnerin sehr erregt wirkt und eine rote Stirn hat. Dies teilt sie bei der nächsten Bewohnerbesprechung den anderen Pflegekräften mit.

Auswertung/ Evaluation

Die hier gestellten Fragen sollen helfen, den Erfolg der geplanten und durchgeführten Maßnahmen sowie die Zielerreichung zu überprüfen und bei Bedarf zu korrigieren.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Die Sturzgefahr konnte erfolgreich reduziert werden. Es sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Beispiel 2: Unruhe
Das Problem, dass die betroffene Person weiterhin nachts aufsteht und dabei sehr aufgeregt wirkt, wurde mit dem Hausarzt besprochen. Dabei wurde festgestellt, dass ein erhöhter Blutdruckwert in der Nacht die Unruhe auslöst. Nach einer Umstellung der Medikamente schläft die betroffene Person wieder ruhig durch.

Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste
für die Ärzte

Kopiervorlage zum Heraustrennen am Schluss der Broschüre

Einwilligungsfähigkeit

Ist der Patient einwilligungsfähig?
Ist der Patient mit FeM einverstanden?
Ist der Patient zu willkürlich gesteuerten Bewegungen fähig?

Allgemeinzustand

Mangelernährung
Exsikkose
Unterernährung

Schädigungen und Fähigkeitsstörungen auf Grund von spezifischen Erkrankungen

Hypotension
Herzrhythmusstörungen
Transitorisch Ischämische Attacke
Hypoglykämie
Parkinson'sche Erkrankung
Multiple Sklerose
Polyneuropathie
Tumorerkrankung (z. B. Hirntumor)
Inkontinenz / Nykturie
☐ Gelenkerkrankungen (entzündlich, degenerativ)
☐ Beeinträchtigung des Sehvermögens

Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung

☐ Demenz
☐ Depression
☐ Delir
☐ neurologische/psychische Befunde vorhanden

Checkliste für die Ärzte

Angst vor Stürzen

- ☐ beim Bewohner
- ☐ beim Personal (Haftungsrecht)
- ☐ bei Angehörigen
- ☐ Stürze in der Vorgeschichte

Extrinsische Faktoren

- ☐ Nebenwirkungen von Medikamenten
- ☐ Sach- und fachgerechte Hilfsmittelversorgung (orthopädische Schuhe, Rollator, Rollstuhl, u. a.)
- ☐ Einsatz von Protektoren (Sturzhelm, Hüftprotektoren, u. a.)

Was Sie als Angehöriger oder gesetzlicher Betreuer über das Thema „Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen“ wissen sollten:

Als Angehöriger und gesetzlicher Betreuer sind Sie wichtige Partner für das Pflegepersonal; nehmen Sie deshalb bitte den Kontakt zu den Pflegenden auf und helfen Sie mit, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nicht notwendig werden. In diesem Merkblatt finden Sie dazu einige Anregungen.

Was sind eigentlich freiheitsentziehende Maßnahmen?
Vom Gesetzgeber wurde festgelegt, dass es sich dann um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt, wenn die Bewegungsfreiheit einer Person ohne ihre Zustimmung eingeschränkt werden soll. Derartige Maßnahmen können mechanische Maßnahmen, wie ein Bettgitter, Bauchgurte oder auch verschlossene Türen sein, die nur mit „Tricks“ geöffnet werden können. Es kann sich aber auch um Medikamente handeln, die mit dem Ziel gegeben werden, Betroffene am Verlassen des Bettes oder des Hauses zu hindern.

Wer entscheidet über freiheitsentziehende Maßnahmen?
Grundsätzlich entscheiden Betroffene selbst über freiheitsentziehende Maßnahmen; vor Anwendung von solchen Maßnahmen ist eine schriftliche Einwilligung der Betroffenen erforderlich. Falls Betroffene nicht einwilligungsfähig sind, trifft diese Entscheidung sein gesetzlicher Vertreter, das sind der Bevollmächtigte oder der rechtliche Betreuer. Diese bedürfen der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht. Gibt es keinen Bevollmächtigten oder Betreuer, kann jeder beim Vormundschaftsgericht eine rechtliche Betreuung anregen. Wichtig ist deshalb, sich als Angehöriger rechtzeitig vom Betroffenen bevollmächtigen zu lassen.

Was kann man als Angehöriger oder Betreuer tun?
Als Angehöriger oder Betreuer können Sie Ihr Wissen über die Vorlieben, Gewohnheiten und Ängste von Betroffenen dem Pflegepersonal zur Verfügung stellen, damit alle Möglichkeiten zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen ausgeschöpft werden können. Dabei gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, die oft nur von Personen erkannt werden können, die mit der betroffenen Person vertraut sind. Das gilt gerade auch in der Eingewöhnungsphase nach einem Umzug ins Heim oder bei akuten Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation. Als häufigster Grund für freiheitsentziehende Maßnahmen wird die Vermeidung von Stürzen benannt; hier können Sie als Angehöriger oder Betreuer zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beitragen, indem Sie von den Pflegenden nicht eine völlige Sicherheit vor Stürzen erwarten, sondern im Sinne der Bewegungsförderung, der Selbstbestimmung und der Aktivierung ein Restrisiko in Kauf nehmen. Zweithäufigster Grund sind Unruhezustände, denen mit speziellen Pflegekonzepten begegnet werden kann. Bitte suchen Sie dazu das Gespräch mit den Pflegenden, wie Sie diese persönlich unterstützen können.

Wann sind freiheitsentziehende Maßnahmen eigentlich angebracht?
Es gibt nur wenige Situationen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt werden sollten, nämlich bei:

- hohem Verletzungsrisiko durch einen Sturz;
- Gesundheitsgefahr, z. B. durch Gefahr der Entfernung von Infusionen;
- aggressivem Verhalten, durch das die Betroffenen selbst gefährdet werden;
- starker Unruhe, die zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur dann angebracht, wenn alle anderen Möglichkeiten versucht wurden und keinen Erfolg hatten.

Mehr über Vollmacht oder Betreuungsverfügung erfahren Sie aus einer Veröffentlichung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz:
„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ als PDF-Datei erhältlich unter www.justiz.bayern.de/buergerservice/broschueren.
Diese Broschüre ist auch im Buchhandel zu bestellen:
Verlag C.H.Beck, ISBN 3-406-54052-X, 3,90 €

1 Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

2 Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

3 Entscheidungsweg und Entscheidungsprinzipien

4 Rechtliche Aspekte der Entscheidung
für oder gegen eine Fixierungsmaßnahme

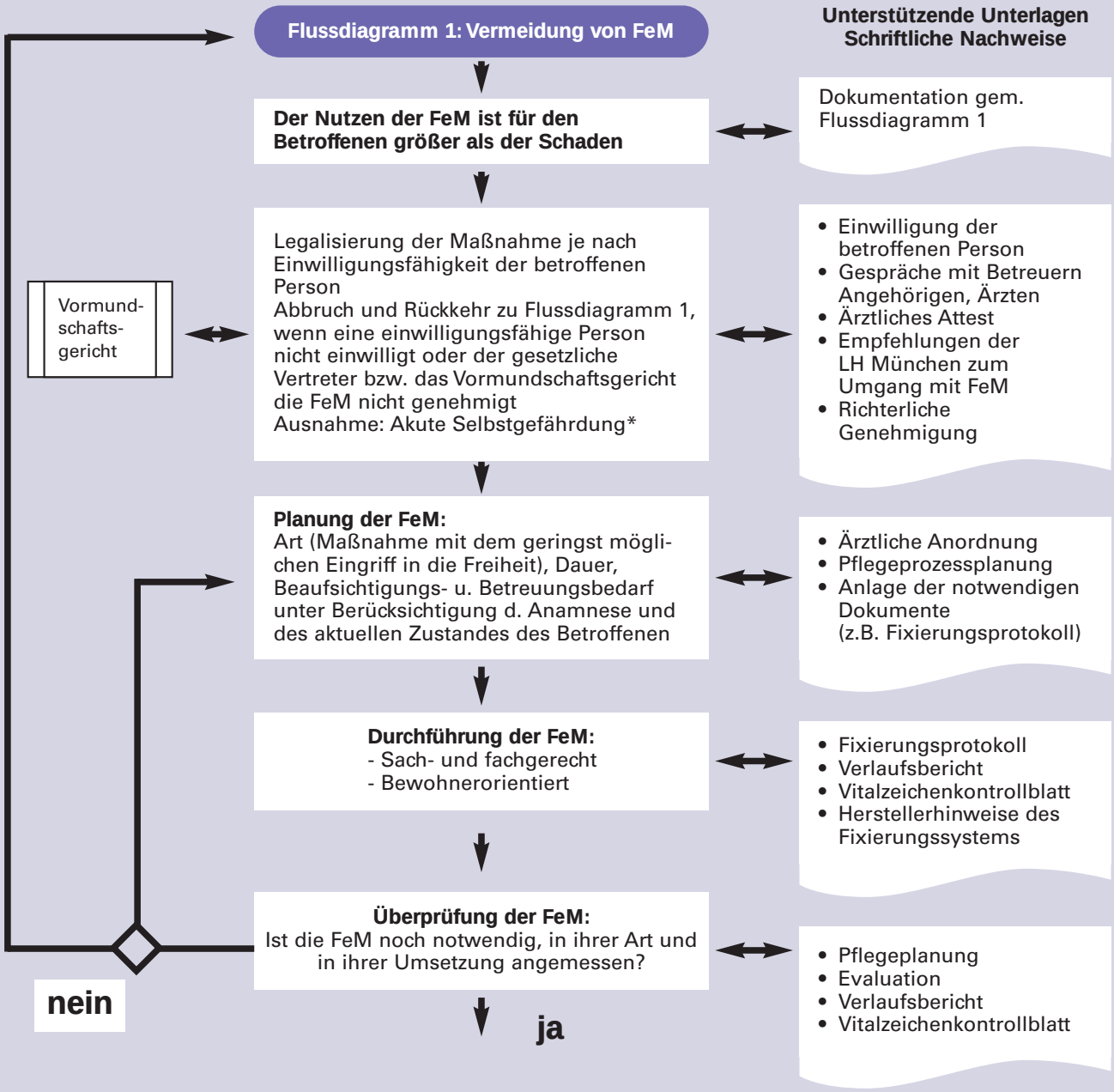
5 Literaturhinweise/Linkliste

6 Abkürzungsverzeichnis

2. Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

Flussdiagramm 2:

Es sind in den Prozess und in die Entscheidungen einzubinden: alle Betroffenen, Betreuer, Angehörigen, Ärzte, therapeutische Kräfte



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

Flussdiagramm 2 – Erläuterungen

Schaffung der Rechtgrundlage einer FeM:
Grundsätzlich entscheiden die **(einwilligungsfähigen)** Betroffenen selbst über die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen. Sind Sie jedoch hierzu nicht mehr in der Lage, soll also die Bewegungsfreiheit von nicht einwilligungsfähigen Betroffenen eingeschränkt werden, kann es sich um freiheitsentziehende Maßnahmen gemäß § 1906 Abs. 4 BGB handeln. Über die Anwendung dieser Maßnahmen entscheidet der gesetzliche Vertreter, also der rechtliche Betreuer oder der ausreichend Bevollmächtigte. Dieser beantragt die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung. Dazu benötigt das Gericht den entsprechenden Antrag des Betreuers, eine ärztliche Stellungnahme (Attest, meist aber psychiatrisches Gutachten), holt oft die Stellungnahme der Betreuungsstelle ein und bestellt nach eigenem Ermessen einen Verfahrenspfleger als Anwalt für die betroffene Person. Der nächste Schritt ist die persönliche Anhörung durch das Gericht. Danach fällt ein Gerichtsbeschluss, der entweder eine FeM untersagt oder gestattet. In diesem schriftlichen Gerichtsbeschluss ist genau aufgeführt, welche FeM für welchen Zeitraum maximal gestattet wird. Der Beschluss legt eine Obergrenze von Maßnahmen fest, wobei eine FeM aber immer nur im aktuell benötigten Ausmaß angewandt werden darf.
Erst nach dieser richterlichen Genehmigung darf eine FeM weiter geplant und durchgeführt werden.
Besteht noch keine gesetzliche Vertretung (ist noch kein Betreuer bestellt oder wurde niemand entsprechend bevollmächtigt) regt die Einrichtung beim Vormundschaftsgericht an, die Notwendigkeit der Bestellung eines Betreuers mit den entsprechenden Aufgabenkreisen und die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen zu prüfen. Andere Personen, wie Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung, Ärzte oder Angehörige haben keine Entscheidungsbefugnis bezüglich der Anwendung von FeM.

Von diesem grundsätzlichen Vorgehen gibt es Ausnahmen:
Bei akuter Gefahrenlage (z. B. plötzliche Verwirrtheit durch hohes Fieber mit Weglaufen) muss zum Schutz des Betroffenen sofort gehandelt werden. Bedingung ist, dass die FeM (z. B. Verwehren des Weglaufens in verwirrtem Zustand) der Situation angemessen ist und gut dokumentiert wird. Im konkreten Fall müssen Leitung, Betreuer und Hausarzt informiert werden. Bei erstmaliger Fixierungsmaßnahme sollte eventuell der ärztliche Bereitschaftsdienst (nachts oder am Wochenende) hinzugezogen werden.
Ein Ausnahmefall kann die Bevollmächtigung eines Dritten durch den Betroffenen darstellen. Auch kann eine FeM zum Schutz des Betroffenen gegen unwillentliches Herausfallen aus dem Bett und Stuhl möglicherweise genehmigungsfrei sein (s. auch Empfehlungen der LH München). Da aber die genauen Umstände für diese beiden Situationen juristisch exakt geprüft werden müssen und im Einzelfall nicht immer eindeutig sind, empfiehlt es sich, diese Fälle dem Gericht zur Prüfung vorzulegen.

Planung der FeM:
Es muss stets das am wenigsten eingreifende Mittel gewählt werden, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Die geeigneten Mittel müssen zur Verfügung gestellt werden. Das Festbinden von Armen oder Beinen wird stets als sehr beängstigend empfunden und muss immer auf ein absolut notwendiges Mindestmass reduziert werden. Je eingreifender eine

Maßnahme für den Betroffenen ist, desto strengere Maßstäbe für seine Betreuung und Überwachung sind anzulegen. Dazu sind die personellen und räumlichen Voraussetzungen zu schaffen. Die Betreuung soll die psychischen Folgen möglichst gering halten, vor Angst und innerem Rückzug schützen. Durch die Überwachung müssen unmittelbare Gefahren durch die FeM (Verletzung und Strangulation) rechtzeitig erkannt und verhindert werden. Abgesehen von den allgemeinen Prinzipien sind unbedingt lebensgeschichtliche Hintergründe des Betroffenen zu berücksichtigen: Besteht beispielsweise durch traumatische Ereignisse (Bombennächte, Misshandlungen) eine panische Angst vor Alleinsein, Beschränkung der Bewegungsfreiheit oder vor Dunkelheit?
Bei der Planung von FeM muss immer wieder überprüft werden, ob die Maßnahme regelmäßig oder nur gelegentlich notwendig ist und ob inzwischen vielleicht wieder auf Alternativen zurückgegriffen werden kann.

Durchführung von FeM:
Wenn eine FeM begründet, notwendig und genehmigt ist, die Planung den individuellen Anforderungen gerecht wird, so ist sie bei richtiger Durchführung ein wesentlicher Beitrag zur guten und verantwortungsvollen Betreuung von schwerkranken Menschen. Die Durchführung allerdings stellt hohe Ansprüche an die Anwender und die entsprechende Einrichtung:
Jeder Anwender einer FeM muss dokumentiert in das Mittel der FeM (z. B. Anwendung von Bettgitter in Verbindung mit einem Bauchgurt zum Schutz gegen das Herausstürzen aus dem Bett) eingewiesen sein. Er muss die unmittelbaren Gefahren der angewandten Mittel kennen (Gefahren bei alleiniger Anwendung des Bettgitters, Gefährdung durch zu lockeren Bauchgurt).
Jeder Anwender muss über die individuelle Planung informiert sein.
Jeder Anwender einer FeM ist in vollem Umfang für die Betreuung und Überwachung eines Betroffenen verantwortlich.
Die Anwendung einer FeM ist in Art, Umfang und mit der aktuellen Begründung stets zu dokumentieren.
Die Suche nach Alternativen, die Anpassung der Maßnahmen an veränderte Voraussetzungen darf niemals aufhören. Besonderes Augenmerk ist auf die Entwicklung von Ängsten, inneren Rückzug oder Unruhe zu richten.
Falls ein Betroffener durch die Anwendung einer FeM (beispielsweise Bettgitter mit zusätzlicher Anwendung eines Bauchgurtes) stark beeinträchtigt ist, die Maßnahme aber unverzichtbar zu sein scheint, so muss die Suche nach Alternativen (z. B. extra niedrige Betthöhe) oder geeigneteren Mitteln (z. B. Bauchgurt mit der Möglichkeit zum seitlichen Schlafen) der FeM oder auch eine intensivere Betreuung in den Vordergrund gestellt werden. Nicht aber darf eine Maßnahme nur teilweise und damit falsch durchgeführt werden, da gerade hier Gefährdungen entstehen können (zu lockerer Bauchgurt mit der Gefahr des Verrutschens und der Verletzung).

Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 2
für die Leitung

Kopiervorlage zum Heraustrennen am Schluss der Broschüre

Die Bearbeitung der Checkliste 1 (Vermeidung von FeM) für die Leitung ist Voraussetzung für diese Checkliste

Haltung und Werte vorgeben

- ☐ Im Leitbild (die FeM als Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Grundrecht benennen, würdevolle und personenzentrierte Pflege bei der Anwendung von FeM, Stellungnahme zu den Themen Gewalt und Macht[2] in Verbindung mit FeM)
- ☐ Im Pflegekonzept (z. B. Prinzipien im Umgang mit FeM festlegen, pflegetheoretische Fundierung)
- ☐ Im eigenen Verhalten, in der Sprache und im Umgang mit fixierten Bewohnern
- ☐ In der Kommunikation mit Pflegekräften, Wahrnehmung und Anerkennung von belastenden Gefühlen der Pflegekräfte bei der Anwendung von FeM
- ☐ Bei Zielvorgaben (Aufbau von Strukturen und Abläufen, die die fach- und sachgerechte Umsetzung von FeM und deren laufende Überprüfung unterstützen)
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Wissensbasierte Pflege

- ☐ Adäquate Information des Personals über aktuelle Studien, wissenschaftliche Erkenntnisse über Komplikationen, Folgen (Strangulation, plötzlicher Herztod, Dehydration, erhöhte Dekubitusrate, Isolation usw.) im Zusammenhang mit FeM
- ☐ Zielgruppenspezifische und einrichtungsspezifische Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse (besondere Zuwendung und erhöhter Beaufsichtigungsbedarf, professionelle Krankenbeobachtung, Prophylaxe usw.)
- ☐ Wissen über die fach- und sachgerechte Anwendung von Fixierungssystemen
- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

[2] Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V.(Hrsg.) (2001): Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen

Checkliste 2 für die Leitung

Personalentwicklung und Schulung

Vermeidung von Routine bei der Anwendung von FeM z. B. durch laufende Überprüfung

Entlastungsangebote z. B. Supervision

Emotions- und Reflexionsarbeit

Kontinuierliche Einweisung und Schulung der spezifischen Fixierungssysteme

Weiterbildung und Beratung bei juristischen Fragen z. B. durch die zuständigen Amtsrichter des Vormundschaftsgerichts, der zuständigen Betreuungsstelle oder den jeweiligen Betreuungsvereinen

.....(eigene Ergänzungen)

Erläuterung der Checkliste 2 für die Leitung

Die Bearbeitung der Checkliste 1 (Vermeidung von FeM) für die Leitung ist die Voraussetzung für die Checkliste 2 (Fach- und sachgerechte Umsetzung notwendiger FeM). D. h. erst wenn die Leitung alles getan hat, um FeM in der Einrichtung zu vermeiden, sollten Überlegungen zur fach- und sachgerechten Umsetzung notwendiger FeM angestellt werden.

Haltung und Werte vorgeben
Für die Anwendung der FeM ist die Würde des Menschen, sein Selbstbestimmungsrecht und sein Wahlrecht, trotz meist erheblicher Einschränkungen der Einwilligungsfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit, im Leitbild und im Konzept zu konkretisieren. Z. B. sollte konzeptionell vorgegeben werden, dass Menschen mit FeM einer besonderen Aufmerksamkeit und Zuwendung bedürfen und wie dies gewährleistet werden soll. Es muss deutlich werden, dass FeM keine Maßnahmen zur „Sicherung von Bewohnern“ bei Personalengpässen sind. Die Leitung geht gezielt und sensibel auf die Gefühle und Ängste der Pflegekräfte im Umgang mit FeM ein. Sie legt die Reflexion dieser Gefühle systematisch an und kann damit den kritischen Umgang mit den eigenen Gefühlen und mit den Themen Macht und Gewalt unterstützen.

Wissensbasierte Pflege
Die in einer Reihe von Studien belegten Risiken und Folgen im Zusammenhang mit der Anwendung von FeM müssen bei den Pflegefachkräften bekannt sein und systematisch reduziert werden. Z. B. ist auf eine angemessene Flüssigkeitszufuhr zu achten, da die fixierten Betroffenen meist nicht selbständig trinken können (Bredthauer 2002). Vorgaben für eine aufmerksame und gut dokumentierte Krankenbeobachtung sorgen z. B. für eine Reduktion des erhöhten Mortalitätsrisikos aufgrund von Stress und Herzbelastung (plötzlicher Herztod) (Evans & Strumpf 1989).

Personalentwicklung und Schulung
Das Personal muss in der sach- und fachgerechten Anwendung der Fixierungssysteme gemäß der Medizinproduktebetreiber-Verordnung geschult werden. Insbesondere ist auf die Einweisung von neuem und aushilfsweise beschäftigtem Personal zu achten. Die ständige Reflexion der Notwendigkeit der FeM unter Vermeidung einer Routine ist ein zentrales Thema der Schulungen. Entlastungsangebote an die Mitarbeiter unterstützen den Reflexions- und Verarbeitungsprozess (Verarbeitung von Gefühlen im Zusammenhang mit FeM).

Sicherheit in juristischen Fragen im Zusammenhang mit FeM können Beratungs- und Schulungsangebote durch Fachjuristen, z. B. Vormundschaftsrichter, geben. Hospitationen in Einrichtungen, die konzeptionell und praktisch viel Erfahrung im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern haben, tragen zum Erfahrungsaustausch und zum Lernen von den „Besseren“ bei.

Kooperation, interdisziplinäre Zusammenarbeit
Die interdisziplinären Besprechungen brauchen einen Rahmen, z. B. durch eine fest installierte Bewohnerbesprechung in angemessenen Abständen im interdisziplinären Team, standardmäßig bei allen Bewohnern, bei denen FeM angewendet werden.
Die Entscheidung für FeM ist von allen Beteiligten zu tragen. In die Überprüfung der weiteren Notwenigkeit der Fixierungsmaßnahmen sind die beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, therapeutische Kräfte, usw.) und sonstige Beteiligte (Betreuer, Angehörige usw.) einzubinden. Dabei sollte in der Pflege ein fester und verantwortlicher Ansprechpartner (z. B. Bezugspflegefachkraft) zur Verfügung stehen.

Zusammenarbeit mit Angehörigen, rechtlichen Betreuern und Bevollmächtigten
Angehörige und Betreuer sind bei der Entscheidung über die beabsichtigten FeM möglichst frühzeitig umfassend einzubinden und auch bei der Anwendung von Fixierungen regelmäßig zu informieren. Rechtliche Betreuer und Bevollmächtigte entscheiden ggfs. über anzuwendende FeM; ihnen obliegt die Kontrolle der Notwendigkeit der FeM.
Möglichst sollte auch ein fester Ansprechpartner benannt werden, der die durchgeführten Maßnahmen kennt und auch vertreten kann. Sobald Ängste und Vorbehalte auf Seiten der Angehörigen oder Betreuer auftauchen, empfiehlt sich ein persönliches Gespräch.

Schaffung unterstützender Strukturen
Die leitende Pflegefachkraft braucht einen Überblick über alle in der Einrichtung durchgeführten FeM, um diese steuern und kontrollieren zu können.
Die in der Einrichtung verwendeten Fixierungssysteme müssen zugelassen und sicher sein. Die Leitung ist verantwortlich für die Umsetzung der Medizinproduktebetreiber-Verordnung. Ein Beauftragter für Medizinprodukte könnte die Leitung in der Umsetzung ihrer Verantwortung unterstützen. Die Pflegedokumentation und Planung muss den ständigen Reflexionsprozess in Gang halten. Die pflegefachliche Überprüfung durch die verantwortliche Pflegefachkraft gewährleistet eine sachgerechte Pflege bei Fixierung.

Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 2
für Pflegefachkräfte

Kopiervorlage zum Heraustrennen am Schluss der Broschüre

Vorraussetzung für die Checkliste 2 ist die Bearbeitung der Checkliste 1 (Vermeidung von FeM) für Pflegefachkräfte
Einbindung aller am Betreuungsprozess Beteiligten (betroffene Pflegebedürftige selbst, Angehörige, Betreuer, Ärzte, therapeutische Kräfte usw.) in jeden Schritt des Pflegeprozesses

Informationssammlung/ Anamnese

- ☐ Fortlaufende Erfassung der Reaktionen der Betroffenen, der Betreuer, der Angehörigen und anderer Beteiligter auf die FeM
- ☐ Vorerfahrungen der Betroffenen mit FeM z. B. Hinweise in der Biographie
- ☐ Bewältigungsstrategien (z. B. Beschäftigungs- und Beruhigungsmöglichkeiten während der Anwendung von FeM, Hinweise der therapeutischen Kräfte, Angehörigen usw.) erfassen

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Problemerkennung/ Ressourcen

- ☐ Erhöhte Risiken und mögliche Folgen bei der Anwendung von FeM (plötzlicher Herztod, Strangulation bei nicht fachgerechter Anwendung, Dehydration, Isolation, Rückzug, erhöhtes Dekubitusrisiko usw.) erkennen und Fähigkeiten von Betroffenen, die zur Reduktion der Risiken eingesetzt werden können, ermitteln

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Ziele

- ☐ Sach- und fachgerechte Anwendung der FeM unter Berücksichtigung der Situation der Bewohner mit der geringst möglichen Einschränkung der Freiheit und Selbstbestimmung und über einen möglichst kurzen Zeitraum (Ziele möglichst konkret für die betroffene Person mit messbaren Parametern formulieren)

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Checkliste 2 für Pflegefachkräfte

Planung der Maßnahmen

- ☐ Planung der sach- und fachgerechten Durchführung der FeM (z. B. Art der FeM, die Dauer und der Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf während der FeM)

Grundsatz: So wenig Bewegungseinschränkung wie möglich, so viel wie nötig.

- ☐ Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche
- ☐ Welche Berufsgruppen (z. B. aus Medizin, Vormundschaftsgericht, Leitung, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie) sind einzubinden?

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Durchführung der Maßnahmen

- ☐ Sach- und fachgerechte Anwendung des Fixierungssystems unter Berücksichtigung der Maßnahmenplanung, der abgesprochenen Entscheidungen mit dem gesetzlichen Vertreter im Rahmen der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung, der Herstellerhinweise und des Medizinproduktegesetzes
- ☐ Ausschließlich zugelassene Medizinprodukte verwenden
- ☐ Keine Gefahrengegenstände in Reichweite der Betroffenen
- ☐ Notrufmöglichkeit und Bewegungsspielräume schaffen
- ☐ Beobachtung der Reaktion der betroffenen Personen
- ☐ Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, der Reaktionen der betroffenen Personen sowie Abweichungen vom Plan und deren Begründung
- ☐ Erhöhter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf der Betroffenen!

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Auswertung / Evaluation

- ☐ Konnte die Sturzgefahr, psychomotorische Unruhe, Selbstgefährdung durch die FeM reduziert werden? Wenn nicht, warum?
- ☐ Wurden wichtige Informationen übersehen?
- ☐ Wie reagiert die betroffene Person, die Angehörigen, der Betreuer usw. auf die FeM?
- ☐ Auswertung der Einträge im Verlaufsbericht
- ☐ Welche weiteren Maßnahmen sind zu planen?

- ☐ .....(eigene Ergänzungen)

Erläuterung der Checkliste 2 für die Pflegefachkräfte anhand von Beispielen

Informationssammlung/ Anamnese

Die Informationssammlung soll um weitere Informationen ergänzt werden, die für die nun folgende Anwendung von FeM wichtig sind. Liegen z. B. Vorerfahrungen mit FeM vor, weil die betroffene Person bereits fixiert wurde? Wie hat die betroffene Person hierauf reagiert? Sind Bewältigungsstrategien bei der Anwendung von FeM bekannt, z. B. Beschäftigungs- und Beruhigungsmöglichkeiten.

Beispiel 1: Sturzgefahr
Die Dokumentation des Nachtdienstes zeigt, dass die betroffene Person die Beine über das Bettgitter legt und versucht, über das Bettgitter aufzustehen. Die Tochter berichtet zusätzlich, dass die betroffene Person zu Hause mindestens einmal in den frühen Morgenstunden zur Toilette gehen musste.

Beispiel 2: Unruhe
Die Angehörigen informieren die Pflegefachkraft, dass die betroffene Person bereits zu Hause mit einem Bauchgurt am Stuhl fixiert wurde und diese Maßnahme ablehnte, indem mit dem Becher auf den Esstisch geschlagen wurde. Die betroffene Person konnte durch das Einbinden in die Haushaltstätigkeiten (z. B. Apfelschälen am Tisch) beruhigt werden.

Problemerkennung/ Ressourcen

Pflegerische Probleme bei der Anwendung von FeM können u. a. sein: erhöhtes Dekubitusrisiko, erhöhtes Kontrakturenrisiko, Dehydration, plötzlicher Herztod durch erhöhten Stress bis hin zur Strangulation durch fehlerhaft durchgeführte Fixierungsmaßnahmen.

Als Ressourcen von Bewohnern zur Bewältigung geplanter FeM können z. B. Beruhigung mit Musik, Düfte oder Brettspiele in die Maßnahmenplanung einfließen. Die betroffene Person kann sich z. B. bei entsprechender Einstellung der Fixierung im Bett drehen. Dadurch kann das Dekubitusrisiko verringert werden.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Die betroffene Person kann ihren Harndrang spüren. Kann die Alarmglocke betätigen und bei Harndrang Hilfe holen (Ressourcen).

Beispiel 2: Unruhe
In der Ergotherapie wird beobachtet, dass die betroffene Person durch das Einbinden in Haushaltstätigkeiten, z.B. durch das Betätigen einer alten Kaffeemühle, die auf einem Vorsatztisch steht, die Fixierungsmaßnahme „Vorsatztisch“ akzeptiert. Durch diese Maßnahme kann die betroffene Person ihrem Bewegungsdrang durch die Bewegung mit Händen und Armen nachgehen.

Ziele

Ziel ist die sach- und fachgerechte Anwendung der FeM unter Berücksichtigung der Situation des Bewohners mit der geringst möglichen Einschränkung der Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung für einen möglichst kurzen Zeitraum. Für die Überprüfung der Zielerreichung sind messbare Parameter festzulegen.

- **Beispiel 1:** Sturzprophylaxe
  Die Dokumentation des Nachtdienstes der letzten 2 Wochen zeigt, dass die betroffene Person nicht mehr versucht, über die Bettgitter zu steigen, wenn die individuellen Toilettengänge zweimal nachts eingehalten werden. Als Ziel wird geplant: Kein Versuch, über die Bettgitter zu steigen, bei Einhalten der Toilettengänge zweimal nachts (später Abend und frühe Morgenstunde) oder nach tagesindividuellem Rhythmus

- **Beispiel 2:** Unruhe
  Keine oder geringe Anzeichen von Unruhe (maximal Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl, aber kein Rütteln am Vorsatztisch und keine Aufstehversuche) bei gleichzeitigem Anbieten von Beschäftigung und Unterhaltung.

Planung der Maßnahmen

Hier ist die sach- und fachgerechte Durchführung der FeM zu planen. Die in der Informationssammlung gewonnenen pflegerischen Informationen, die Erfahrungen bereits erlebter FeM und Ressourcen des Bewohners sowie die Informationen durch die Angehörigen und anderer Beteiligter sind möglichst umfassend zu berücksichtigen. Wenn die betroffene Person aufgrund der Fixierung an einen bestimmten Ort gebunden ist, sollte dieser ihren Wünschen entsprechend gestaltet sein. Z. B. sind die Temperatur und Lichtverhältnisse anzupassen. Bei der Planung der Maßnahme ist bereits die Einbindung der Beteiligten (Leitung, Richter, Ärzte, therapeutische Kräfte, Betreuer usw.) und Betroffenen (z. B. Angehörige) zu berücksichtigen. **Bei der Planung dieser Maßnahmen ist zu berücksichtigen, dass eine FeM immer zu einem erhöhten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf führt!**

- **Beispiel 1:** Sturzprophylaxe
  Bettgitter beidseitig für die Nachtruhe, maximal 8 Stunden, durch Toilettengänge unterbrochen, Notrufglocke griffbereit

- **Beispiel 2:** Unruhe
  Anbringen des Vorsatztisches maximal 1 Stunde vormittags und 1 Stunde nachmittags zur körperlichen Erholung bei starkem Bewegungsdrang unter Aufsicht in der Wohnküche, bei jeder Maßnahme eine Beschäftigung anbieten, vorzugsweise Kaffee mahlen oder tagesaktuelle Beschäftigung z. B. Äpfel schälen, auf Reaktionen achten, bei Unruhe zusätzlich Sitzwache und Gespräche

Durchführung der Maßnahmen

Die geplanten Maßnahmen werden sach- und fachgerecht durchgeführt. Die Reaktion der betroffenen Person auf die durchgeführten Maßnahmen wird beobachtet. Eine Änderung dieser Maßnahmen erfolgt in Abhängigkeit vom Zustand der betroffenen Person. Anschließend erfolgt eine vollständige, sachliche und wahrhaftige Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, der Reaktionen der betroffenen Person sowie evtl. notwendig gewordene und vorgenommene Änderungen der Maßnahmen und die Begründung hierfür.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Z. B. muss sich die Pflegekraft davon überzeugen, dass die Bettgitter beidseitig vollständig in die Halterung einrasten

Beispiel 2: Unruhe
Z. B. achtet die Pflegekraft auf tagesaktuelle Abweichungen des Zustandes der betroffenen Person, sie verzichtet auf den Vorsatztisch, wenn diese allein durch Beschäftigung am Tisch der Wohnküche sitzen bleibt und die nötige Ruhephase einhält. Die Pflegekraft dokumentiert die Abweichung vom Plan.

Auswertung/ Evaluation

Die hier gestellten Fragen sollen helfen, den Erfolg der geplanten und durchgeführten Maßnahmen sowie die Zielerreichung zu überprüfen und bei Bedarf zu korrigieren. Die Notwendigkeit der FeM muss ständig überprüft werden. Routine soll verhindert werden.

Beispiel 1: Sturzprophylaxe
Die Dokumentation des Nachtdienstes zeigt auf, dass die betroffene Person nach dem Toilettengang in den frühen Morgenstunden völlig ruhig weiterschläft. Die Pflegefachkraft plant daraufhin, die Bettgitter nach dem zweiten Toilettengang morgens je nach Reaktion der betroffenen Person wegzulassen und mit einer Lagerungsschlange die Bettbegrenzung zu sichern.

Beispiel 2: Unruhe
Die Dokumentation zeigt, dass die betroffene Person trotz Beschäftigung und validierender Gespräche immer unruhiger bei der Fixierung mit Vorsatztisch wird. Ein Gespräch mit der beschäftigungstherapeutischen Kraft ergibt, dass die Angebote von leichteren Haushaltstätigkeiten wie z. B. Tisch abwischen und Äpfel schälen die betroffene Person nicht ansprechen und sie immer wieder aufstehen möchte. Dagegen bleibt die betroffene Person ruhiger sitzen, wenn besonders anstrengende Küchenarbeiten (z. B. Schlagen von Teig, Öffnen eines Marmeladenglases) ausgeführt werden. Die Pflegefachkraft plant zukünftig, der betroffenen Person solche Arbeiten zu übertragen und den Vorsatztisch in der Beschäftigungszeit wegzulassen. Die ergänzte Biographie enthält eine Information des Ehepartners, dass die betroffene Person das Teigschlagen (insbesondere bei schweren Teigsorten, Spätzleteig) zu Hause immer gemacht hat. Diese Information wurde bisher übersehen.

Was Sie als Angehöriger oder gesetzlicher Betreuer über das Thema „Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen“ wissen sollten:

Als Angehöriger und gesetzliche Betreuer sind Sie wichtige Partner für das Pflegepersonal; nehmen Sie deshalb bitte den Kontakt zu den Pflegenden auf und helfen Sie mit, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nur in dem wirklich notwendigen Umfang durchgeführt werden. In diesem Merkblatt finden Sie dazu einige Anregungen.

Was sind eigentlich freiheitsentziehende Maßnahmen?
Vom Gesetzgeber wurde festgelegt, dass es sich dann um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt, wenn die Bewegungsfreiheit einer Person ohne ihre Zustimmung eingeschränkt werden soll. Derartige Maßnahmen können mechanische Maßnahmen, wie ein Bettgitter, Bauchgurte oder auch verschlossene Türen sein, die nur mit „Tricks“ geöffnet werden können. Es kann sich aber auch um Medikamente handeln, die mit dem Ziel gegeben werden, Betroffene am Verlassen des Bettes oder des Hauses zu hindern.

Wann sind freiheitsentziehende Maßnahmen eigentlich angebracht?
Es gibt nur wenige Situationen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen angebracht sind, nämlich bei:

- hohem Verletzungsrisiko durch einen Sturz;
- Gesundheitsgefahr, z. B. durch Gefahr der Entfernung von Infusionen;
- aggressivem Verhalten, durch das die Betroffenen selbst gefährdet werden;
- starker Unruhe, die zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur dann angebracht, wenn alle anderen Möglichkeiten versucht wurden und keinen Erfolg hatten.

Was ist bei der Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen zu beachten?
Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen nur durchgeführt werden, wenn die Betroffenen selbst schriftlich zugestimmt haben. Falls Betroffene nicht einwilligungsfähig sind, muss die Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme durch einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten beim Vormundschaftsgericht eingeholt werden. Gibt es keinen Bevollmächtigten oder Betreuer, kann jeder beim Vormundschaftsgericht eine rechtliche Betreuung anregen. Wichtig ist deshalb, dass sich Angehörige rechtzeitig vom Betroffenen eine schriftliche Vollmacht oder Betreuungsverfügung geben lassen, bevor keine Einwilligungsfähigkeit mehr gegeben ist.

Auch wenn eine Einwilligung vorliegt, müssen die Pflegenden darauf achten, dass der unbedingt notwendige Umfang nicht überschritten und die Zeitdauer der Maßnahme möglichst kurz gehalten wird. Jede freiheitsentziehende Maßnahme muss in ihrer Art und in ihrem zeitlichen Umfang dokumentiert werden. In die Dokumentation können Angehörige und Betreuer Einsicht nehmen.

Was können Sie als Angehöriger bzw. Betreuer tun, wenn eine freiheitsentziehende Maßnahme mit richterlicher Genehmigung durchgeführt wird?
Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen nur in dem unbedingt notwendigen Umfang durchgeführt werden, sowohl was die Zeitdauer als auch was die dazu verwendeten Mittel betrifft. In einer gut geführten Pflegeeinrichtung werden Angehörige und Betreuer hinzugezogen, wenn es um die Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen geht. Der Betreuer entscheidet über die Anwendung von FeM. Er muss die Genehmigung beim Vormundschaftsgericht einholen. Das bedeutet, dass Sie als Angehöriger oder Betreuer aufgerufen sind, in Zusammenarbeit mit den Pflegenden die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen zu kontrollieren, sich über die Angemessenheit und Zeitdauer dieser Maßnahmen zu informieren und ihnen notwendig erscheinende Alternativen vorzuschlagen. Wenn Sie den Eindruck haben, dass die Maßnahme nicht mehr notwendig ist oder Alternativen möglich sind, wenden Sie sich bitte an die zuständige Pflegefachkraft oder die Heimleitung.

Mehr über Vollmacht oder Betreuungsverfügung erfahren Sie aus einer Veröffentlichung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz:
„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ als PDF-Datei erhältlich unter www.justiz.bayern.de/buergerservice/broschueren.
Diese Broschüre ist auch im Buchhandel zu bestellen:
Verlag C.H.Beck, ISBN 3-406-54052-X, 3,90 €

1 Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

2 Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

3 Entscheidungsweg und Entscheidungsprinzipien

4 Rechtliche Aspekte der Entscheidung für oder gegen eine Fixierungsmaßnahme

5 Literaturhinweise/Linkliste

6 Abkürzungsverzeichnis

Evidenzbasierte (auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Studienergebnissen basierte) Empfehlungen und Entscheidungsprinzipien

Vorschläge für die Praxis des Joanna Briggs Institute/ Australia:

Reduktion des Verletzungsrisikos bei der Anwendung von FeM: Sachgerechte Fixierung entsprechend der Herstellerhinweise; angemessene Beaufsichtigung während des gesamten Zeitraums, in dem eine Person fixiert ist. Interne Leitlinien und Schulung des Personals in der fachgerechten Anwendung von Fixierungen.

Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen in akuten und Langzeit-Pflegeeinrichtungen: Anwendung eines Handlungsplans zur Reduktion von FeM; Entwicklung von Plänen, Interventionen und Handlungsstrategien, um die Notwendigkeit von FeM zu reduzieren; Entwicklung von alternativen Strategien für Personengruppen, bei denen am häufigsten FeM angewandt werden: Dies sind Personen mit kognitiven Einschränkungen, erhöhtem Sturzrisiko, Weglauftendenz, „Umherwanderer“ mit medikamentösen Behandlungsplänen, Agitation, Aggression und eingeschränkter Mobilität.

Entscheidungsprinzipien
(Die Entscheidungsprinzipien sind eine Zusammenfassung der Empfehlungen des Joanna Briggs Institutes und der fachlichen Ausführungen des Leitfadens in den vorausgehenden Kapiteln.)

- Vor jedem Handeln das Verhalten der Betroffenen verstehen und mögliche Ursachen für selbstgefährdendes Verhalten ermitteln.
- Das Wahlrecht und die Selbstbestimmung der Betroffenen auch bei eingeschränkter kognitiver Leistung konkretisieren.
- Interdisziplinär Entscheidungen treffen und tragen.
- Die FeM ist die letzte Alternative in der Kette der Behandlungsmöglichkeiten.
- Der potentielle 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 Variante der FeM muss angewandt werden.
- Die Notwendigkeit der FeM immer wieder überprüfen. Routine vermeiden.
- FeM legalisieren.
- 75 % der Betroffenen zeigen intrapsychische, passive Reaktionsformen wie z.B. Rückzug, Resignation! (Hollweg 1994)

1 Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

2 Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

3 Entscheidungsweg und Entscheidungsprinzipien

4 Rechtliche Aspekte der Entscheidung für oder gegen eine Fixierungsmaßnahme

5 Literaturhinweise/Linkliste

6 Abkürzungsverzeichnis

Wirkung des vormundschaftsgerichtlichen Beschlusses nach §1906 Abs.4 BGB

Das Vormundschaftsgericht entscheidet im Rahmen seiner richterlichen Unabhängigkeit in der Regel nach Einholung eines Sachverständigengutachtens und persönlicher Inaugenscheinnahme.
Der vormundschaftsgerichtliche Beschluss genehmigt die unterbringungsähnliche Maßnahme, ordnet sie aber nicht an. Er verpflichtet also nicht zur Anwendung der Maßnahme – diese obliegt der pflegefachlichen Beurteilung - , ist aber (sofern nicht eine wirksame Einwilligung der betroffenen Person vorliegt) neben der Gestattung von Betreuern oder der Bevollmächtigten Voraussetzung für deren Rechtmäßigkeit.
Daraus ergibt sich auch, dass die Aufhebung der Genehmigung zur Beendigung der Maßnahme nicht erforderlich ist. Entfallen deren Voraussetzungen, hat der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte die unterbringungsähnliche Maßnahme zu beenden und dem Gericht dies anzuzeigen. Erlangt das Gericht Kenntnis davon, dass die Voraussetzungen einer Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB nicht mehr vorliegen, ist es verpflichtet, die Maßnahme aufzuheben.
Daraus ergibt sich auch, dass Genehmigungen nach § 1906 Abs. 4 BGB mit Ablauf ihrer Befristung erlöschen, wenn sie nicht vorher, zum Beispiel wegen endgültiger Entlassung aus der Einrichtung, gegenstandslos werden.

Haftungsrechtliche Aspekte bei der Anwendung bzw. Unterlassung freiheitsentziehender Maßnahmen

Für die Beurteilung der Frage, ob Heimträger, Leitungskräfte (Pflegedienstleitung, Heimleitung) oder Pflegekräfte im Zusammenhang mit einer Fixierung rechtlich haften, kommt es grundsätzlich auf die Umstände des konkreten Einzelfalls an.
Einerseits kann die Unterlassung einer gebotenen Fixierung haftungsrechtliche Folgen haben. Das Heim- bzw. das Pflegepersonal hat grundsätzlich die Pflicht, die ihm anvertrauten Patienten vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren. Dabei sind durch den Heimträger auch die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen zu treffen.
Andererseits dürfen aber Fixierungsmaßnahmen grundsätzlich nur mit der nach Lage der Sache möglichen Schonung ausgeführt und nicht länger als notwendig aufrecht erhalten werden; ungerechtfertigte Härte und übermäßige Ausdehnung würden eine Überschreitung der Befugnis zur Freiheitsentziehung bedeuten und die Fixierung widerrechtlich machen.
Keinesfalls rechtfertigt allein die Intention, Stürze allgemein zu vermeiden, den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen. Dass es dabei im Wege der Realisierung des allgemeinen Lebensrisikos gelegentlich zu Stürzen kommt, ist nach dem Stand der Rechtsprechung, so bedauerlich sie sind, im Interesse des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und der Menschenwürde der Heimbewohner hinzunehmen. Beispiele aus der aktuellen Rechtsprechung können dem Anhang entnommen werden.

Es kann nur aufgrund einer sorgfältigen Abwägung sämtlicher Umstände des jeweiligen Einzelfalls entschieden werden, welchen konkreten Inhalt die Verpflichtung hat, einerseits die Menschenwürde und das Freiheitsrecht eines alten und kranken Menschen zu achten und andererseits sein Leben und seine körperliche Unversehrtheit zu schützen. Wird aber dieser Entscheidungsprozess verantwortungsbewusst vollzogen und dokumentiert, können Haftungsrisiken weitgehend vermieden werden.

Haftung des Heimträgers
Aus den jeweiligen Heimverträgen erwachsen den Heimträgern **Obhuts- und Fürsorgepflichten** zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der ihnen anvertrauten Heimbewohner. Ebenso besteht auch eine **allgemeine Verkehrssicherungspflicht** zum Schutze der Bewohner vor Schädigungen, die diesen wegen Krankheit oder einer sonstigen geistigen oder körperlichen Einschränkung durch sie selbst oder durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Altenheims drohen. Eine schuldhafte (vorsätzliche oder fahrlässige) Verletzung dieser Pflichten kann sowohl einen Schadensersatzanspruch aus Vertragsverletzung des Heimvertrages als auch einen deliktischen Anspruch (aus rechtswidrigem Handeln) begründen.
Der Träger des Pflegeheims haftet außerdem für Schäden, die das **Pflegepersonal als Erfüllungsgehilfe** des Pflegeheimbetreibers rechtswidrig und schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig) einem Patienten zufügt. Dabei wird ein etwaiges schuldhaftes Verhalten der Pflegekräfte bezüglich der Fixierung von Patienten dem Heimträger zugerechnet. Ebenso verhält es sich mit einem **schuldhaften Verhalten von Vorgesetzten**, die ihren Organisations- und Überwachungspflichten nicht nachkommen, z. B. durch Verletzung von Anweisungspflichten bezüglich der Fixierung von Patienten.
Unter Umständen besteht auch eine deliktische Haftung des Heimträgers (bzw. der Leitungskräfte) wegen eines eigenen **Organisationsverschuldens**, wenn die Arbeitsabläufe des Pflegeheims durch fehlerhaften Einsatz, mangelhafte Anleitung oder ungenügende Kontrolle des Personals unzureichend organisiert sind. Insoweit hat der Geschädigte die schuldhafte Pflichtverletzung zu beweisen.

Haftung der Pflegekraft
Da die Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen in keinem vertraglichen Verhältnis steht, kommt eine direkte Inanspruchnahme durch den Pflegebedürftigen nur aus deliktischem (rechtswidrigem) Handeln auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Betracht. Voraussetzung dafür ist, dass schuldhaft Pflegefehler begangen, also vorsätzlich oder fahrlässig Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit oder ein sonstiges Recht des Pflegebedürftigen verletzt wurden. Gegenüber dem Pflegebedürftigen haften Arbeitnehmer und Arbeitgeber als Gesamtschuldner, die Heimbewohner können entscheiden, wen sie in Anspruch nehmen.

Daneben kommt eine Inanspruchnahme der Pflegekraft durch den Heimträger in Betracht. Haftet der Heimträger gegenüber den Heimbewohnern für Schäden, die infolge fehlerhafter oder unterlassener Fixierung eingetreten sind, kann er die schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig) handelnde Pflegekraft in Regress nehmen, wobei die Haftung des Pflegepersonals im Innenverhältnis zum Heimträger durch die von der arbeitsgerichtlichen Rechtsprechung zum innerbetrieblichen Schadensausgleich aufgestellten Grundsätze beschränkt ist. (siehe Kasten)
Erhält die Pflegekraft die klare **dienstliche Weisung**, einen bestimmten Patienten nicht zu fixieren und stürzt der Patient, so scheidet eine Haftung der Pflegekraft im Innenverhältnis zum Arbeitgeber aus. Dies ergibt sich bereits daraus, dass sich die Pflegekraft im Falle der Zuwiderhandlung gegen dienstliche Weisungen der Gefahr einer Abmahnung aussetzt.
Der Arbeitnehmer muss jedoch darlegen und beweisen, dass eine solche Anweisung tatsächlich erfolgte.
Bei der Erteilung **genereller Anweisungen** zur Fixierung von Patienten in Form von Leitsätzen oder Richtlinien, welche nicht auf einen konkreten Patienten bezogen sind, stellt sich die Situation anders dar. In einem solchen Fall hat die Pflegekraft in der konkreten Situation selbst einzuschätzen, ob Sicherungsmaßnahmen für einen bestimmten Heimbewohner getroffen werden müssen.
Besteht eine **vormundschaftsgerichtliche Genehmigung** der Fixierung gemäß § 1906 Abs.4 BGB, so bestehen zumindest Anhaltspunkte für die Erforderlichkeit von Sicherungsmaßnahmen gegenüber den Bewohnern. Der vormundschaftsgerichtliche Beschluss statuiert aber keine Verpflichtung zur Fixierung. Die Erforderlichkeit einer Fixierung ist von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls abhängig.
Grundsätzlich gilt: Die Haftung der Pflegekraft setzt eine zu vertretende Pflichtverletzung voraus. Der Arbeitgeber muss dabei nicht nur die Pflichtverletzung beweisen, sondern auch, dass die Pflegekraft diese zu vertreten hat.
Für **ehrenamtlich Tätige**, welche keinen Arbeitsvertrag mit dem Heimträger haben, gelten die Grundsätze des innerbetrieblichen Schadensausgleichs sinngemäß. Ein durch ehrenamtlich tätige Mitarbeiter verursachter Schaden ist insoweit von dem Verein zu übernehmen, für den der Ehrenamtliche tätig wird (§ 670 BGB analog).

Vorsatz ist dann anzunehmen, wenn die Pflegekraft nicht nur die Pflichtverletzung, sondern auch den Schaden in seiner konkreten Höhe zumindest als möglich voraussieht und ihn für den Fall seines Eintritts billigend in Kauf nimmt. Bei einem vorsätzlichen Verhalten greift keine Haftungsbeschränkung ein.
Grobe Fahrlässigkeit fällt der Pflegekraft zur Last, wenn sie die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in einem ungewöhnlich hohen Maße verletzt und dasjenige unbeachtet gelassen hat, was im gegebenen Fall jedem hätte einleuchten müssen. Bei grober Fahrlässigkeit greift in der Regel keine Haftungsbeschränkung ein.
Mittlere Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die Pflegekraft die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat und der rechtlich missbilligte Erfolg bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt voraussehbar und vermeidbar gewesen wäre. In dieser Fallgruppe ist der Schaden im Rahmen einer Abwägung der Gesamtumstände aufzuteilen. In welchem Umfang die Pflegekraft an den Schadensfolgen zu beteiligen ist, richtet sich nach Billigkeits- und Zumutbarkeitsgesichtspunkten. Dabei sind insbesondere die Höhe des Schadens, ein vom Arbeitgeber einkalkuliertes oder durch Versicherung deckbares Risiko, die Stellung der Pflegekraft im Betrieb und die Höhe des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen. Ferner können auch der bisherige Verlauf des Arbeitsverhältnisses sowie die persönlichen Verhältnisse der Pflegekraft (Dauer der Betriebszugehörigkeit, Lebensalter, Familienverhältnisse, bisheriges Verhalten) maßgeblich sein.
Unter **leichtester Fahrlässigkeit** versteht man ein unerhebliches, zu vernachlässigendes Verschulden der Pflegekraft („Sich-Vergreifen“, „Sich-Versprechen“ oder „Sich-Vertun“). In einem solchen Fall entfällt die Haftung vollständig.

Strafrechtliche Aspekte

Fixierungen können den Tatbestand der Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) erfüllen, wenn weder das Einverständnis der Betroffenen (bei Einwilligungsfähigkeit) noch die Zustimmung des Betreuers sowie eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (bei nicht einwilligungsfähigen Betroffenen) noch ein rechtfertigender Notstand vorliegen.
Bei fehlerhaften, aber auch bei unterlassenen Fixierungen können Körperverletzungs- und Tötungsdelikte erfüllt sein.
Detaillierte Hinweise können dabei nicht für alle denkbaren Sachverhaltsgestaltungen gegeben werden. Die Strafbarkeit kann nur anhand der Umstände des Einzelfalls beurteilt werden.

Arbeitsrechtliche Aspekte

Eine fehlerhafte oder unterlassene Fixierung **kann** auch zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen, wenn die Pflegekraft ihre arbeitsvertraglichen Pflichten schuldhaft (d.h. vorsätzlich oder fahrlässig) verletzt hat. Die Beweislast trägt der Arbeitgeber, maßgeblich sind die Umstände des jeweiligen Einzelfalls.
Ein Pflichtenverstoß wäre insbesondere im Falle der Zuwiderhandlung gegen eine Anweisung der Heimleitung, z. B. den Patienten zu fixieren, zu bejahen.

Vor Ausspruch einer verhaltensbedingten Kündigung durch den Arbeitgeber ist aufgrund des Verhältnismäßigkeitsprinzips in der Regel der Ausspruch einer **Abmahnung** (Kündigungsandrohung) erforderlich. Im Wiederholungsfall kommt nach erfolgter Abmahnung auch eine **Kündigung** der Pflegekraft aus verhaltensbedingten Gründen in Betracht.

1 Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

2 Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

3 Entscheidungsweg und Entscheidungsprinzipien

4 Rechtliche Aspekte der Entscheidung
für oder gegen eine Fixierungsmaßnahme

5 Literaturhinweise/Linkliste

6 Abkürzungsverzeichnis

- **Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen**

  http://www.muenchen.de/cms/prod2/mde/_de/rubriken/Rathaus/40_dir/altenpfl/08_veroeff/empfehlungen_freiheitsentzug2006.pdf

- **Redufix – Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern/innen (2006)**

  Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

  http://www.efh-freiburg.de/agp/redufix.htm

- **Expertenstandard Sturzprophylaxe**

  Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

  http://www.dnqp.de/ExpertenstandardSturz.pdf

- **„Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“**

  Hrsg: Bayerisches Staatsministerium der Justiz:

  http://www.justiz.bayern.de/buergerservice/broschueren.
  Buchhandel: Verlag C.H.Beck, ISBN 3-406-54052-X, 3,90 €

- **Evans, L.; Strumpf, N. (1989): Tying down the Elderly. A Review of the Literature on Physical Restraint; J Am Geriatr Soc 37: 65 - 74**

- **Hollweg, T. (1994): Freiheitsbeschränkung und Freiheitsentziehung in Altenpflegeheimen, Diplomarbeit an der Universität Marburg**

- **Bredthauer, Doris (2002): Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie; Eine Dissertation an der Universität Ulm zum Thema: Gewalt gegen alte Menschen, Erlangen**

- **Joanna Briggs Institute (Hrsg) (2002): Physical Restraint- Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, Volume 6, Issue 3, Issn 1329-1874**
  in: Best Practice; Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

6. Abkürzungsverzeichnis

FeM:	**Freiheitsentziehende Maßnahme(n)**
PFK:	**Pflegefachkraft**
HL:	**Heimleitung**
PDL:	**Pflegedienstleitung**
BfArM:	**Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**
LH München:	**Landeshauptstadt München**

Beispiel Dokumentationsblatt zu Flussdiagramm 1

Hinweis: Dies stellt lediglich einen Vorschlag für eine Arbeitshilfe dar. Mit diesem Formular kann der Prozess der Vermeidung einer FEM gem. des Flussdiagramms 1 transparent dargestellt werden. Zur Prozessunterstützung ist dieses Formular alleine nicht ausreichend. Der Vorschlag einer Arbeitshilfe soll die unternehmerische Kreativität und Gestaltungsfreiheit der jeweiligen Altenhilfeeinrichtung nicht einschränken. Problematisch zu sehen ist eine gewisse Doppeldokumentation, die mit dem Formular verbunden ist. Zur Entbürokratisierung sind geeignete Lösungswege individuell zu suchen. Die Freitextbereiche sind für die konkrete Umsetzung im individuellen Pflegeprozess zu nutzen.

Thema: Für Sicherheit sorgen/ Für Bewegungsfreiheit sorgen: Vermeidung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen

Name:_____ **Wohn-/ Pflegebereich:**_____ **Monat:**_____ **Jahr:**_____ **Nr.**____

Pflegerischer Handlungsbedarf	Ressourcen Gewohnheiten Wünsche	Maßnahmen	Schnittstellen Zusammenarbeit	Dokumentation	Auswertung Evaluation
1. Bewohner ist: ☐ sturzgefährdet ☐ unruhig ☐ gefährdet sich selbst durch: _____ _____ _____	z. B. Bewohner beschäftigt sich gerne mit ... Bewohner kann sich selbst gut einschätzen	**Ursachen ermitteln/ beheben/ Ressourcen nützen:** _____ _____ _____ _____	Problem/ mögliche Ursachen besprochen mit / am: _____ _____ _____	☐ Sturzrisikoassessment vom:_____ ☐ Biographiebogen vom:_____ ☐ Checkliste Ärzte Dr._____ vom:_____	**Sind die Ursachen für das Problem behebbar?** Überprüft am: _____ **Hdz** _____ **Ergebnis:** _____ _____ **Ja**: Ende **Nein**: weiter mit 2.
2. Restrisiken: _____ _____ _____ _____	z. B. Bewohner hört gerne ruhige klassische Musik	**Prüfung Alternativen:** ☐ Hüftschutzhose	Restrisiken besprochen mit/ am: _____ _____ _____	☐ Besprechungsprotokoll Verlaufsbericht am: _____	**Konnten die mit dem Problem verbundenen Risiken ausreichend vermindert werden?** Überprüft am: _____ **Hdz** _____ Ergebnis: **Ja**: Ende **Nein**: weiter mit 3.
3. Weiterhin zu hohe Restrisiken _____ _____ _____ _____	z. B. Bewohner hat engagierte Angehörige, die sich regelmäßig in die Betreuung einbringen	Prüfung weiterer Alternativen Prüfung adäquater FeM	Restrisiken bei Alternativen besprochen mit / am: _____ Risiken der adäquaten FeM besprochen mit / am:_____		**Ist der Nutzen der FeM größer als der Schaden?** **Ja:** weiter mit Formular Fach- und sachgerechte Anwendung von FeM **Nein**: zurück zu 2.

Haftungsrechtliche Aspekte bei der Anwendung bzw. Unterlassung freiheitsentziehender Maßnahmen

Aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zur zivilrechtlichen Haftung

Für die Beurteilung der Frage, ob Heimträger, Leitungskräfte (Pflegedienstleitung, Heimleitung) oder Pflegekräfte im Zusammenhang mit einer Fixierung rechtlich haften, kommt es grundsätzlich auf die Umstände des konkreten Einzelfalls an.

In zwei Entscheidungen vom 28.04.2005 (Az: III ZR 399/04) und vom 14.7.2005 (Az: III ZR 391/04) hat sich der BGH mit der Inanspruchnahme von Heimträgern durch Krankenkassen für die durch Stürze verursachten Kosten der Krankenbehandlung befasst. Im Folgenden wird der wesentliche Inhalt der Entscheidungen dargestellt, um die Rechtsanwendung in der Praxis zu verdeutlichen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um in der Fachwelt kontrovers diskutierte Entscheidungen handelt und der BGH seine Rechtsprechung bereits in der zweiten Entscheidung vom 14.07.2005 präzisiert und inhaltlich weiterentwickelt hat, so dass die Urteile nur einen momentanen Stand der Rechtsprechung widerspiegeln.

BGH-Entscheidung vom 28.4.2005

Klägerin war der gesetzliche Krankenversicherer der 1912 geborenen, unter Betreuung stehenden Rentnerin G.W. Diese lebte seit dem 23.4.1997 in einem von der Beklagten betriebenen Pflegewohnheim. Ausweislich des von der Klägerin vorgelegten Pflegegutachtens hatte sie bereits im Jahre 1994 bei einem Sturz eine Oberschenkelfraktur links erlitten, aufgrund deren ihr das Gehen fortan nur noch mit Hilfe und Gehstütze möglich war; kurz vor ihrer Aufnahme in das Heim der Beklagten hatte sie sich bei einem weiteren Sturz ein Schädel-Hirn-Trauma ersten Grades und im Januar 1998 bei einem dritten Sturz ein solches zweiten Grades zugezogen. Wegen dieser Verletzungen musste sie jeweils stationär behandelt werden. Nach dem Pflegegutachten war sie hochgradig sehbehindert, zeitweise desorientiert und verwirrt; ihr Gang war sehr unsicher. Sie war der Pflegestufe III zugeordnet.
Im Heim bewohnte sie ein Zimmer gemeinsam mit zwei weiteren Bewohnerinnen. Neben ihrem Bett befand sich eine Klingel; außerdem konnte sie sich durch Rufe bemerkbar machen. Das Pflegepersonal schaute regelmäßig jede Stunde, zu den Mahlzeiten und zur Inkontinenzversorgung nach der Bewohnerin.
Am 27. Juni 2001 fand gegen 13:00 Uhr die letzte Kontrolle statt. Die Bewohnerin lag zu dieser Zeit zur Mittagsruhe in ihrem Bett. In der Folgezeit war die zuständige Pflegekraft im Wohnbereich mit anderen Bewohnern beschäftigt. Gegen 14:00 Uhr wurde die Bewohnerin von der Pflegekraft in ihrem Zimmer vor dem Bett liegend aufgefunden. Sie hatte sich eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen und wurde bis zum 31.Juli 2001 stationär und anschließend ambulant behandelt.

Die klagende Krankenkasse war der Auffassung, dass der Unfall auf eine Verletzung von Pflichten aus dem Heimvertrag durch die Beklagte zurückzuführen sei. Sie lastete der Beklagten insbesondere an, sie habe es versäumt, die Bewohnerin im Bett zu fixieren, mindestens aber ein Bettgitter hochzufahren. Mit ihrer Klage verlangt sie Ersatz der von ihr getragenen Heilbehandlungskosten.
Der BGH verneint einen Schadensersatzanspruch der Krankenkasse (aus übergegangenem Recht der verletzten Heimbewohnerin) gegen die Beklagte.
In den Entscheidungsgründen führt der BGH aus, dass der beklagten Heimträgerin aus den jeweiligen Heimverträgen (vertragliche) **Obhutspflichten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der ihr anvertrauten Heimbewohner** erwuchsen. Ebenso habe sie eine **inhaltsgleiche allgemeine Verkehrssicherungspflicht** zum Schutze der Bewohner vor Schädigungen, die diesen wegen Krankheiten oder einer sonstigen körperlichen oder geistigen Einschränkung durch sie selbst oder durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Altenheims drohten. Eine zivilrechtliche Haftung aus positiver Vertragsverletzung des Heimvertrages sowie ein deliktischer Anspruch standen somit durchaus im Raum. Allerdings **begrenzt der BGH** im Anschluss an zwei Entscheidungen des OLG München und des Landgerichts Essen **die oben genannten Pflichten auf „die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. Maßstab müssen das Erforderliche und das für die Heimbewohner und das Pflegepersonal Zumutbare sein.“ Dabei müsse beachtet werden, dass 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 seien.**
Im Gegensatz zu einer früheren Entscheidung des BGH zu einem Sturz eines Patienten im Krankenhaus bei einer Bewegungs- und Transportmaßnahme, nach der es Sache des Krankenhausträgers war, aufzuzeigen und nachzuweisen, dass der Vorfall nicht auf einem pflichtwidrigen Verhalten der Pflegekraft beruhe, kam der BGH im vorliegenden Fall zu dem Ergebnis, dass die Krankenkasse als Anspruchsstellerin darlegungs- und beweispflichtig sei. Allein aus dem Umstand, dass die Heimbewohnerin im Bereich des Pflegeheims der Beklagten gestürzt sei und sich dabei verletzt habe, könne nicht auf eine schuldhafte Pflichtverletzung des Pflegepersonals der Beklagten geschlossen werden.
Des Weiteren durfte das Pflegepersonal nach Auffassung des BGH im zu entscheidenden Fall auch eine Fixierung der Patientin für entbehrlich halten. Insbesondere habe dabei der Umstand Gewicht, dass der von der Klägerin (Krankenkasse) selbst nach dem bis dahin letzten Sturz der Bewohnerin (Januar 1998) beauftragte ärztlich Gutachter zwar schwere Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates diagnostiziert hatte (Liegen, Sitzen, Stehen mit Hilfe, Gehen mit Hilfe und Gehstütze, sehr unsicher, kleinschrittig), aber gleichwohl besondere Sicherungsmaßnahmen bei Liegen im Bett nicht in Erwägung gezogen hatte. Das, was sich dem medizinischen Dienst der im Schadensfall eintrittspflichtigen Krankenkasse an Sicherungsmaßnahmen nicht aufdrängt, müsse sich bei unverändertem Befund auch der Leitung eines Altenheims nicht aufdrängen.

Des Weiteren hätten die von der Klägerin geforderten Sicherungsmaßnahmen (Hochziehen des Bettgitters, Fixierung im Bett) einen abstrakt-generalisierenden Charakter aufgewiesen, welche der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedurft hätten. Die Beklagte hatte nach Ansicht des BGH in diesem Fall keinen hinreichenden Anlass, von sich aus auf eine derartige Entscheidung des Vormundschaftsgerichts hinzuwirken.
Eine schuldhafte Pflichtverletzung durch das Unterlassen, der Bewohnerin Protektorhosen, durch die die Gefahr eines Knochenbruchs bei einem Sturz gemindert worden wäre, anzulegen verneint der BGH, weil die Krankenkasse dies nicht substantiiert genug vorgetragen hatte.
Nach Ansicht des BGH war das Heim auch seiner Pflicht, der Bewohnerin beim Aufstehen Hilfe zu leisten hinreichend dadurch nachgekommen, dass es in Reichweite der Bewohnerin eine Klingel bereitgestellt hatte, mit der diese im Bedarfsfall Hilfe hätte herbeirufen können.
Die Forderung der Klägerin, der Bewohnerin hätte jedes Mal beim Aufstehen unaufgefordert Hilfe geleistet werden müssen, würde auf eine lückenlose Überwachung durch die Mitarbeiter des Pflegeheims hinauslaufen und über das dem Pflegeheim wirtschaftlich Zumutbare hinausgehen. Zudem seien in einem solchen Fall die Interessen der Heimbewohner an der Wahrung ihrer Privatsphäre verletzt.
Die Entscheidung des BGH betont die Rechte der Heimbewohner. Sie sollen auch in einem Alten- und Pflegeheim trotz ihrer Beeinträchtigung ein möglichst „normales Leben“ führen können, vor allem also unter Wahrung ihrer im Grundgesetz garantierten Persönlichkeitsrechte und Menschenwürde. Eine Fixierung ans Bett, eine Ruhigstellung durch Medikamente oder gar eine „Rund-um-die-Uhr-Überwachung“ im eigenen Zimmer kann somit nur in extremen Situationen in Betracht kommen. Präventive freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sturzvermeidung sind vor dem Hintergrund nur und allenfalls zulässig, wenn konkrete Anhaltspunkte für eine Eigen- bzw. Fremdgefährdung vorliegen und alle Möglichkeiten zur Vermeidung und Reduzierung dieser Gefährdung ausgeschöpft wurden.

BGH-Entscheidung vom 14.7.2005

In diesem Fall wurden vom Nachtdienst des Pflegeheims am 28.1.2000, 31.1.2000 und 24.2.2000 Stürze der Geschädigten dokumentiert, die ohne schwerwiegende Folgen blieben. Das Pflegeheim wies die Geschädigte auf die Möglichkeit hin, die in ihrem Zimmer befindliche Klingel zu betätigen, wenn sie Hilfe benötigte. Das häufig, auch am Unfalltag, geäußerte Angebot, zu ihrer Sicherheit in der Nacht das Bettgitter hochzuziehen, lehnte die Geschädigte ab. Am 9.2. 2000 erlitt die Geschädigte bei einem Sturz unter anderem Frakturen des Halswirbelkörpers mit Lähmung aller vier Extremitäten.
Der BGH verweist in der Begründung wieder auf die aus dem Heimvertrag erwachsenden Obhutspflichten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der Heimbewohner. Diesmal führt er allerdings aus, die Leistungserbringung des Einrichtungsträgers müsse sich gemäß Heimgesetz /SGB XI nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse richten. Aus den vorhergegangenen Stürzen im Januar/Februar 2000 folge ein besonderes Sturzrisiko, dem die Einrichtung in einer der Situation angepassten Weise nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse Rechnung zu tragen gehabt habe.

Das Berufungsgericht hätte laut BGH allerdings näher auf die mit der Geschädigten geführten Gespräche eingehen müssen, also auf die von der Beklagten getroffenen Maßnahmen. Das Berufungsgericht müsse auch der Frage noch näher nachgehen, ob die Einrichtung verpflichtet war, das Vormundschaftsgericht über die Situation zu informieren. Der Senat weist noch einmal darauf hin, dass die Krankenkasse für eine mögliche Pflichtverletzung der Mitarbeiter der Einrichtung beweispflichtig ist. Allein der Umstand, dass die Bewohnerin im Bereich des Pflegeheimes gestürzt ist und sich dabei verletzt hat, erlaube nicht den Schluss auf eine schuldhafte Pflichtverletzung des Pflegepersonals. Sollte das Berufungsgericht allerdings erneut zu dem Ergebnis kommen, der Beklagten seien Versäumnisse zuzurechnen, könnten der Klägerin in Bezug auf die Frage, ob der Unfall auf ihnen beruht, nach allgemeinen Grundsätzen Beweiserleichterungen zugute kommen. Diese könnten bis zu einer Umkehrung der Beweislast reichen, wenn zur Gewissheit des Tatrichters feststehe, dass die Geschädigte oder etwa für sie berufene Entscheidungsträger Vorschlägen des Beklagten, das Sturzrisiko Erfolg versprechend zu mindern, gefolgt wären.

In seinem zweiten Urteil präzisiert der BGH die Pflichten des Einrichtungsträgers und hält eine Beweiserleichterung für möglich für den Fall, dass dem Heimträger Versäumnisse zuzurechnen sein. Der BGH respektiert auch in dieser Entscheidung das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen. Allerdings ist auch das Heim verpflichtet, alles ihm Mögliche zu unternehmen, um einen Sturz zu vermeiden – in dieser Hinsicht ist die Ausschöpfung von alternativen Maßnahmen zur Fixierung von besonderer Bedeutung.

Kopiervorlagen zum Heraustrennen:

Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

- Checkliste 1 für die Leitung
- Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte
- Checkliste für die Ärzte

Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM

- Checkliste 2 für die Leitung
- Checkliste 2 für die Pflegefachkräfte

Checkliste 1 für die Leitung

Haltung und Werte vorgeben

- ☐ Im Leitbild
- ☐ Im Pflegekonzept
- ☐ Im eigenen Verhalten, in der Sprache, in der Kommunikation
- ☐ Bei Zielvorgaben (Aufbau von Strategien und Aktivitäten zur Vermeidung von FeM)
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Wissensbasierte Pflege

- ☐ Adäquate Information des Personals über aktuelle Studien, wissenschaftliche Erkenntnisse
- ☐ Zielgruppen- und einrichtungsspezifische Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- ☐ Umsetzung von Leitlinien (z. B. Empfehlungen zum Umgang mit FeM der LH München, Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses)
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Personalentwicklung und Schulung

- ☐ Spezifische Kompetenzen im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern (z. B. Integrative Validation, Mäeutik[1], Basale Stimulation, personenzentrierte Pflege)
- ☐ Entlastungsangebote (z. B. Emotions- und Reflexionsarbeit für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Ehrenamtlichen)
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

[1] Mäeutik: Erlebensorientierte Pflege nach Cora van der Kooij mit Bewohnerbesprechungen und Dialog über die Gefühle der Pflegekräfte im Rahmen der Bezugspflege

Checkliste 1 für die Leitung

Kooperation, interdisziplinäre Zusammenarbeit

- ☐ Besprechungs- und Kommunikationsstrukturen überprüfen und entwickeln (z. B. interdisziplinäre Bewohnerbesprechungen und/ oder Pflegevisiten)
- ☐ Klare Verantwortlichkeiten in der Pflege bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, mit Angehörigen, Betreuern und Ehrenamtlichen (z. B. Bezugspflege) regeln
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Zusammenarbeit mit Angehörigen, rechtlichen Betreuern und Bevollmächtigten

- ☐ Information und Beratung der Angehörigen und Betreuer über Ursachen von Unruhezuständen, Weglaufgefährdung, Sturzgefährdung und sonstigen Selbstgefährdungen
- ☐ Einbeziehung bei der Ursachenanalyse und bei der Suche und Anwendung von Alternativen
- ☐ Abbau von Ängsten und Vorbehalten durch regelmäßige Information und Beratung
- ☐ Angebote für Angehörige (z. B. Selbsthilfegruppe)
- ☐ Unterstützung der rechtlichen Betreuer bzw. der Bevollmächtigten bei der Suche und Anwendung von Alternativen sowie bei ihrer Entscheidung, ob FeM angewandt werden müssen.
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Schaffung unterstützender Strukturen

- ☐ Geeignete Dokumente und Planungsformulare (personenzentriert, den Entscheidungsprozess unterstützend, zur Ursachenanalyse und zu Alternativen hinführend, entbürokratisierend)
- ☐ Beauftragte für FeM benennen, schulen und in der Einrichtung mit klar definierten Aufgaben integrieren (Empfehlung)
- ☐ Alternativen (z. B. Betten mit extra Tiefstellung, Bewegungsmelder für Licht, Hüftprotektoren, Sensormatten) zur Verfügung stellen
- ☐ Lern- und Reflexionsprozess unterstützen z. B. mit internen Überkreuz- Audits
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen
Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte

Einbindung aller am Betreuungsprozess Beteiligten (betroffene Pflegebedürftige selbst, Angehörige, Betreuer, Ärzte, Therapeuten usw.) in jeden Schritt des Pflegeprozesses

Informationssammlung/ Anamnese

- ☐ Alle Hinweise für Ursachen einer erhöhten Sturzgefahr, einer psychomotorischen Unruhe oder einer anderen Art der Selbstgefährdung erfassen
- ☐ Welche Hinweise auf Ursachen können aus Gesprächen mit Angehörigen gewonnen werden?
- ☐ Hinweise für Alternativen erfassen
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Problemerkennung/ Ressourcen

- ☐ Welches Problem führt zur Überlegung, FeM anzuwenden?
- ☐ Liegt das Problem bei der betroffenen Person oder bei den Pflegefachkräften im Umgang mit dem Verhalten des Bewohners? Kann das Verhalten erklärt werden? Wie kann durch Beziehungsgestaltung das herausfordernde und selbstgefährdende Verhalten geändert werden, um die Selbstgefährdung zu verringern?
- ☐ Welche Ursachen könnte das Problem haben?
- ☐ Welche Berufsgruppen (z. B. Medizin, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie) sind in die Problemlösung einzubinden?
- ☐ Mit welchen Fähigkeiten des Bewohners lässt sich das Problem (z. B. psychomotorische Unruhe) beheben?
- ☐ Welche Möglichkeiten bieten sich bei der Sturzprophylaxe durch konsequente Mobilisierung und aktivierende Pflege, Geh- und Gleichgewichtstraining?
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Ziele

- ☐ Verringerung der Sturzgefahr, der psychomotorischen Unruhe und/oder der Selbstgefährdung
- ☐ Erhaltung und/oder Förderung der Bewegungsfreiheit und der Selbstbestimmung (Ziele möglichst konkret für die betroffene Person mit messbaren Parametern formulieren)
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Checkliste 1 für die Pflegefachkräfte

Planung der Maßnahmen

- ☐ Geeignete Maßnahmen für die Zielerreichung
- ☐ Bewegungsförderung und Selbstbestimmung bei den Maßnahmen berücksichtigen
- ☐ Ressourcen, Individuelle Bedürfnisse und Wünsche integrieren
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Durchführung der Maßnahmen

- ☐ Sach- und fachgerechte Durchführung der geplanten Maßnahme
- ☐ Beobachtung der Reaktion der betroffenen Person
- ☐ Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, der Reaktionen der betroffenen Person sowie der Abweichungen vom Plan und deren Begründung
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Auswertung / Evaluation

- ☐ Konnte die Sturzgefahr, psychomotorische Unruhe, Selbstgefährdung durch die Maßnahme reduziert werden?
- ☐ Wurden wichtige Informationen übersehen?
- ☐ Wie reagiert die betroffene Person, die Angehörigen, der Betreuer usw. auf die Ursachenbehebung/ die Alternative?
- ☐ Auswertung der Einträge im Verlaufsbericht
- ☐ Welche weiteren Maßnahmen sind zu planen?
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Checkliste für die Ärzte

Einwilligungsfähigkeit

- [ ] Ist der Patient einwilligungsfähig?
- [ ] Ist der Patient mit FeM einverstanden?
- [ ] Ist der Patient zu willkürlich gesteuerten Bewegungen fähig?

Allgemeinzustand

- [ ] Mangelernährung
- [ ] Exsikkose
- [ ] Unterernährung

Schädigungen und Fähigkeitsstörungen auf Grund von spezifischen Erkrankungen

- [ ] Hypotension
- [ ] Herzrhythmusstörungen
- [ ] Transitorisch Ischämische Attacke
- [ ] Hypoglykämie
- [ ] Parkinson'sche Erkrankung
- [ ] Multiple Sklerose
- [ ] Polyneuropathie
- [ ] Tumorerkrankung (z. B. Hirntumor)
- [ ] Inkontinenz/Nykturie
- [ ] Gelenkerkrankungen (entzündlich, degenerativ)
- [ ] Beeinträchtigung des Sehvermögens

Checkliste für die Ärzte

Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung

- ☐ Demenz
- ☐ Depression
- ☐ Delir
- ☐ neurologische/psychische Befunde vorhanden

Angst vor Stürzen

- ☐ beim Bewohner
- ☐ beim Personal (Haftungsrecht)
- ☐ bei Angehörigen
- ☐ Stürze in der Vorgeschichte

Extrinsische Faktoren

- ☐ Nebenwirkungen von Medikamenten
- ☐ Sach- und fachgerechte Hilfsmittelversorgung (orthopädische Schuhe, Rollator, Rollstuhl, u.a.)
- ☐ Einsatz von Protektoren (Sturzhelm, Hüftprotektoren, u. a.)

Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM
Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 2 für die Leitung

Die Bearbeitung der Checkliste 1 (Vermeidung von FeM) für die Leitung ist Voraussetzung für diese Checkliste

Haltung und Werte vorgeben

- ☐ Im Leitbild (die FeM als Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Grundrecht benennen, würdevolle und personenzentrierte Pflege bei der Anwendung von FeM, Stellungnahme zu den Themen Gewalt und Macht[2] in Verbindung mit FeM)
- ☐ Im Pflegekonzept (z. B. Prinzipien im Umgang mit FeM festlegen, pflegetheoretische Fundierung)
- ☐ Im eigenen Verhalten, in der Sprache und im Umgang mit fixierten Bewohnern
- ☐ In der Kommunikation mit Pflegekräften, Wahrnehmung und Anerkennung von belastenden Gefühlen der Pflegekräfte bei der Anwendung von FeM
- ☐ Bei Zielvorgaben (Aufbau von Strukturen und Abläufen, die die fach- und sachgerechte Umsetzung von FeM und deren laufende Überprüfung unterstützen)
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Wissensbasierte Pflege

- ☐ Adäquate Information des Personals über aktuelle Studien, wissenschaftliche Erkenntnisse über Komplikationen, Folgen (Strangulation, plötzlicher Herztod, Dehydration, erhöhte Dekubitusrate, Isolation usw.) im Zusammenhang mit FeM
- ☐ Zielgruppenspezifische und einrichtungsspezifische Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse (besondere Zuwendung und erhöhter Beaufsichtigungsbedarf, professionelle Krankenbeobachtung, Prophylaxe usw.)
- ☐ Wissen über die fach- und sachgerechte Anwendung von Fixierungssystemen
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Personalentwicklung und Schulung

- ☐ Vermeidung von Routine bei der Anwendung von FeM z. B. durch laufende Überprüfung
- ☐ Entlastungsangebote z. B. Supervision
- ☐ Emotions- und Reflexionsarbeit
- ☐ Kontinuierliche Einweisung und Schulung der spezifischen Fixierungssysteme
- ☐ Weiterbildung und Beratung bei juristischen Fragen z. B. durch die zuständigen Amtsrichter des Vormundschaftsgerichts, der zuständigen Betreuungsstelle oder den jeweiligen Betreuungsvereinen
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Checkliste 2 für die Leitung

Kooperation, interdisziplinäre Zusammenarbeit

- ☐ Besprechungs- und Kommunikationsstrukturen überprüfen und entwickeln (z. B. interdisziplinäre Bewohnerbesprechungen und/ oder Pflegevisiten bei allen fixierten Bewohnern)
- ☐ Gemeinsam die Entscheidung und die Verantwortung tragen: Fortlaufende Einbindung aller Beteiligten und Verantwortlichen bei der Anwendung und Überprüfung der FeM
- ☐ Schaffung klarer Verantwortlichkeiten in der Pflege bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Richter), Angehörigen, Betreuern und Ehrenamtlichen während der Anwendung von FeM
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Zusammenarbeit mit Angehörigen, rechtlichen Betreuern und Bevollmächtigten

- ☐ Einbeziehung der Angehörigen bei der Entscheidung für FeM und während der Anwendung von FeM
- ☐ Abbau von Ängsten und Vorbehalten gegenüber notwendigen FeM
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Schaffung unterstützender Strukturen

- ☐ Controlling: Überblick über alle aktuellen FeM in der Einrichtung und deren Steuerung
- ☐ Geeignete Dokumente und Planungsformulare (personenzentriert, Unterstützung der Reflexion der Notwendigkeit der FeM, geeignete Dokumentation der Krankenbeobachtung, Unterstützung der Auswertung, Art- Dauer- pflegefachliche Begründung der Anwendung der FeM usw.)
- ☐ Einbindung des Beauftragten für Medizinprodukte in die Überwachung der Fixierungssysteme und deren Anwendung
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

[2] Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V.(Hrsg.) (2001): Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen

Fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FeM
Vorschlag für eine Arbeitshilfe:

Checkliste 2 für Pflegefachkräfte

Vorraussetzung für die Checkliste 2 ist die Bearbeitung der Checkliste 1 (Vermeidung von FeM) für Pflegefachkräfte. Einbindung aller am Betreuungsprozess Beteiligten (betroffene Pflegebedürftige selbst, Angehörige, Betreuer, Ärzte, therapeutische Kräfte usw.) in jeden Schritt des Pflegeprozesses

Informationssammlung/ Anamnese

- ☐ Fortlaufende Erfassung der Reaktionen der Betroffenen, der Betreuer, der Angehörigen und anderer Beteiligter auf die FeM
- ☐ Vorerfahrungen der Betroffenen mit FeM z. B. Hinweise in der Biographie
- ☐ Bewältigungsstrategien (z. B. Beschäftigungs- und Beruhigungsmöglichkeiten während der Anwendung von FeM, Hinweise der therapeutischen Kräfte, Angehörigen usw.) erfassen
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Problemerkennung/ Ressourcen

- ☐ Erhöhte Risiken und mögliche Folgen bei der Anwendung von FeM (plötzlicher Herztod, Strangulation bei nicht fachgerechter Anwendung, Dehydration, Isolation, Rückzug, erhöhtes Dekubitusrisiko usw.) erkennen und Fähigkeiten von Betroffenen, die zur Reduktion der Risiken eingesetzt werden können, ermitteln
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Ziele

- ☐ Sach- und fachgerechte Anwendung der FeM unter Berücksichtigung der Situation der Bewohner mit der geringst möglichen Einschränkung der Freiheit und Selbstbestimmung und über einen möglichst kurzen Zeitraum (Ziele möglichst konkret für die betroffene Person mit messbaren Parametern formulieren)
- ☐ .....

(eigene Ergänzungen)

Checkliste 2 für Pflegefachkräfte

Planung der Maßnahmen

- [ ] Planung der sach- und fachgerechten Durchführung der FeM (z. B. Art der FeM, die Dauer und der Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf während der FeM)

Grundsatz: So wenig Bewegungseinschränkung wie möglich, so viel wie nötig.

- [ ] Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche
- [ ] Welche Berufsgruppen (z. B. aus Medizin, Vormundschaftsgericht, Leitung, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie) sind einzubinden?
- [ ] .....

(eigene Ergänzungen)

Durchführung der Maßnahmen

- [ ] Sach- und fachgerechte Anwendung des Fixierungssystems unter Berücksichtigung der Maßnahmenplanung, der abgesprochenen Entscheidungen mit dem gesetzlichen Vertreter im Rahmen der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung, der Herstellerhinweise und des Medizinproduktegesetzes
- [ ] Ausschließlich zugelassene Medizinprodukte verwenden
- [ ] Keine Gefahrengegenstände in Reichweite der Betroffenen
- [ ] Notrufmöglichkeit und Bewegungsspielräume schaffen
- [ ] Beobachtung der Reaktion der betroffenen Personen
- [ ] Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen, der Reaktionen der betroffenen Personen sowie Abweichungen vom Plan und deren Begründung
- [ ] Erhöhter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf der Betroffenen!
- [ ] .....

(eigene Ergänzungen)

Auswertung / Evaluation

- [ ] Konnte die Sturzgefahr, psychomotorische Unruhe, Selbstgefährdung durch die FeM reduziert werden? Wenn nicht, warum?
- [ ] Wurden wichtige Informationen übersehen?
- [ ] Wie reagiert die betroffene Person, die Angehörigen, der Betreuer usw. auf die FeM?
- [ ] Auswertung der Einträge im Verlaufsbericht
- [ ] Welche weiteren Maßnahmen sind zu planen?
- [ ] .....

(eigene Ergänzungen)

www.sozialministerium.bayern.de

Dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde durch die Beruf & Familie gemeinnützige GmbH die erfolgreiche Durchführung des Audits Beruf & Familie® bescheinigt: www.beruf-und-familie.de.

BAYERN DIREKT
ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Tel.: 0 18 01/ 20 10 10 (4,6 Cent pro Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom) oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
Winzererstr. 9, 80797 München
E-Mail: kommunikation@stmas.bayern.de
Gestaltung: Studio Schübel Werbeagentur GmbH, München
Bildnachweis: Andreas Bohnenstengel
Druck: Bavaria-Druck GmbH
Stand: November 2006

Bürgerbüro: Tel.: 0 89/ 12 61 -16 60, Fax: 0 89/ 12 61 -14 70
Mo – Fr 9.30 bis 11.30 Uhr und Mo – Do 13.30 bis 15.00 Uhr
E-Mail: Buergerbuero@stmas.bayern.de

Hinweis: Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.