

# Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege

## Beitrag der Wissenschaft zur Qualitätssicherung

G. Meyer<sup>1\*</sup>, R. Möhler<sup>1,2</sup>, S. Köpke<sup>3</sup>,  
für die IMPRINT Arbeitsgruppe\*\*

### Zusammenfassung

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) in Pflegeheimen in Deutschland werden laut 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nicht mehr so häufig angewendet wie vor einigen Jahren. Dennoch sind Praxisvariationen belegt und von einer Pflege ohne bzw. weitgehend ohne FEM kann nicht die Rede sein. Grund genug, die wissenschaftlich fundierte Qualitätssicherung in diesem Bereich weiter zu forcieren. Der vorliegende Beitrag berichtet über die gesetzlichen Voraussetzungen und die Gründe der Anwendung von FEM sowie über die systematische Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Vermeidung von FEM. Dieses hat sich in einer großen kontrollierten Studie als wirksam und sicher erwiesen und wird derzeit in drei Regionen Deutschland implementiert.

Der im Januar 2015 erschienene 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS legt nahe, dass Bewohner von Pflegeheimen weniger als in den vergangenen Jahren mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) wie Bettgittern und Gurten versehen werden. Waren im 3. Pflege-Qualitätsbericht, der über den Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2010 berichtet bei 20 %

der geprüften Personen FEM dokumentiert worden, so waren es im 4. Bericht nur 12,5 % (MDS, 2015). Zwar lässt der Pflege-Qualitätsbericht des MDS keine Aussage über Unterschiede zwischen Pflegeheimen oder Regionen zu, auch werden die Zahlen nur als Mittelwerte ohne Maße zur Abschätzung von statistischer Unsicherheit angegeben, doch kann von einer Abnahme von FEM in deutschen Pflegeheimen ausgegangen werden. Dies dürfte das Ergebnis langjähriger wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit dem Thema an mehreren Standorten in Deutschland sein, der Entwicklung und Praxiseinführung von Programmen zur Vermeidung von FEM sowie öffentlichkeitswirksamer Kampagnen und juristischer Initiativen.

Aus einer eigenen Erhebung mit ca. 2.400 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 30 Hamburger Pflegeheimen haben wir im Jahr 2009 über 26,2 % (Cluster-adjustiertes 95 % Konfidenzintervall (KI) 21,3 – 31,1 %) mit mindestens einer FEM an einem Stichtag berichtet. Bettgitter waren dabei die häufigste FEM. Gurte, feste Steckische und andere Maßnahmen wurden nur bei jeweils 2 – 3 % der Bewohnerinnen und Bewohner beobachtet. Nach 12 Monaten war bei ca. 40 % mindestens einmal eine FEM angewandt worden. Bei jedem zehnten Bewohner wurden mindestens einmal in zwölf Monaten ein Gurt und/oder ein Steckisch eingesetzt. Dabei waren die Unterschiede zwischen den 30 Einrichtungen groß. In dem Heim mit der geringsten FEM-Rate waren < 5 % am Stichtag mit einer FEM versehen, in dem Heim mit der häufigsten Anwendung waren es hingegen ca. 60 %. Für die Ursache der Unterschiede konnte in einer Regressionsanalyse keine Erklärung gefunden werden. Weder die Anzahl der pflegebedürftigen oder kognitiv eingeschränkten Bewohner noch die Personalausstattung oder andere mögliche Einflussgrößen konnten die gezeigten Unterschiede erklären (Meyer, G.; Köpke, S.; Haastert, B.; et al., 2009). Die im 4. Pflege-Qualitätsbericht dokumentierte Häufigkeit von FEM

weist zwar auf einen erfreulichen Trend hin, dennoch besteht weiterhin die Notwendigkeit zur Reduktion von Praxisvariation und somit zur Verbesserung der Pflegepraxis hinsichtlich FEM.

### Definition und rechtliche Voraussetzung von FEM

FEM sind Hilfsmittel oder umgebungsbedingte Faktoren, die eine Person daran hindern, sich an einen Ort ihrer Wahl zu bewegen oder ungehindert Zugang zum eigenen Körper zu haben. Wird eine Person daran gehindert, sich frei zu bewegen, aufzustehen oder umherzulaufen, ist dies ein Eingriff in die nach Grundgesetz und Menschenrecht garantierte Freiheit. Warum FEM angewendet werden ist dabei unwichtig. FEM sind ein ernsthafter Eingriff in die Autonomie und Integrität einer pflegebedürftigen Person. Die Anwendung von FEM ist hierzulande eindeutig gesetzlich geregelt. Die juristische Genehmigung einer FEM wird in Pflegeheimen inzwischen nahezu regelhaft eingeholt (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012) – ein Umstand, der jedoch nichts über ihre ethische und pflegefachliche Angemessenheit aussagt. In der häuslichen Pflege gelten etwas andere Voraussetzungen. Über die Häufigkeit von FEM ist hier wenig bekannt (Borgloh, B.; Karner, S., 2011), ebenso wie über die Häufigkeit und Genehmigungspraxis von FEM im Krankenhaus (Krüger, C.; Mayer, H.; Haastert, B.; et al., 2013). Prinzipiell lassen sich „körpernahe“ von „körperfernen“ FEM unterscheiden. Körpernahe FEM sind beispielsweise beidseitig angebrachte Bettgitter oder ein einseitiges Bettgitter, wenn die andere Bettseite an der Wand steht. Fixiergurte im Bett oder Stuhl, die nicht durch die betroffene Person geöffnet werden können, feste Steckische am Stuhl oder Rollstuhl, aber auch der Rollstuhl, der so hingestellt wird, dass die betroffene Person nicht aufstehen kann, sind körpernahe FEM. Körperferne FEM nehmen indirekt auf die Bewegungsfreiheit einer Person Einfluss. Dazu gehören zum Beispiel abgeschlossene Zimmer- oder Wohnungstüren.

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

<sup>2</sup> Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

<sup>3</sup> Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege

\*\* Zur IMPRINT-Arbeitsgruppe gehören außerdem: Jens Abraham (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Ramona Kupfer (Universität Hamburg & Universität zu Lübeck), Denise Wilfing (Universität zu Lübeck)

Medikamente mit ruhigstellender Wirkung werden oftmals als „chemische Fixierung“ bezeichnet. Antipsychotika, Tranquilizer und andere psychotrope Medikamente können Personen an selbstbestimmter Fortbewegung hindern und sie antriebslos und schläfrig machen. Wenn solche Medikamente zum Zwecke des Freiheitsentzugs verordnet werden, bedürften auch sie einer richterlichen Genehmigung. Da psychotrop wirkende Medikamente jedoch nicht mit dieser Indikation verordnet werden, ist es schwer, sie als Fixierung zu identifizieren. In Österreich hat sich eine gesetzliche Meldepflicht für chemische FEM als fraglich umsetzbar erwiesen (Mann, E.; Meyer, G., 2008).

Das Grundgesetz Deutschlands schützt in Artikel 2 die persönliche Freiheit eines jeden Menschen. FEM sind untersagt, da sie gegen dieses Grundrecht verstoßen. Nur bei besonders schwerwiegenden Gründen sieht der Gesetzgeber eine Ausnahme vor. So muss eine konkrete und erhebliche Gefahr für die Gesundheit bestehen. FEM sind auch dann nur erlaubt, wenn diese Gefahr nicht durch andere, weniger eingreifende Mittel abgewendet werden kann. Die Sorge vor einem möglichen Sturz oder einer Verletzung reicht als Begründung nicht aus.

Liegt ein solcher Ausnahmefall vor, muss in Pflegeheimen und im Betreuten Wohnen ein Betreuungsrichter die FEM genehmigen. Der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte muss dazu beim Betreuungsgericht einen Antrag auf Genehmigung der speziellen FEM stellen. In einem Gespräch vor Ort entscheidet dann der Betreuungsrichter, ob und wie lange die Anwendung der Maßnahme genehmigt werden kann. Auch ein Verfahrenspfleger kann in das Verfahren einbezogen werden. Eine genehmigte FEM muss allerdings keinesfalls immer angewendet werden. Dem Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten ist dann zwar erlaubt, die FEM anzuordnen, bei jedem Einsatz gilt es aber, deren Notwendigkeit und Angemessenheit erneut zu überprüfen. Pflegekräfte

oder Ärztinnen und Ärzte dürfen FEM nicht anordnen. Im Krankenhaus und in der häuslichen Umgebung gelten prinzipiell dieselben gesetzlichen Grundlagen. Auch hier sind FEM nur in Ausnahmefällen gestattet. Ob eine solche Maßnahme überhaupt notwendig ist, muss aber auch hier sorgfältig überlegt werden. Der Einsatz von FEM bleibt eine Verletzung der Freiheit einer Person und ist damit grundsätzlich verboten.

### Juristische Initiative „Werdenfelser Weg“

Neben wissenschaftlichen Projekten zur Vermeidung von FEM, gab es in den letzten Jahren insbesondere den sogenannten „Werdenfelser Weg“, der FEM in der Altenpflege zu einem öffentlichen Thema gemacht hat. Die Initiative war ursprünglich in Garmisch-Partenkirchen (im „Werdenfelser Land“) entstanden und wird seither zunehmend von anderen Betreuungsgerichten aufgegriffen. Ziel ist es, FEM zu vermeiden, indem ein geschulter Verfahrenspfleger das Genehmigungsverfahren unterstützt. Dieser erstellt eine fachliche Einschätzung zur Notwendigkeit und zu möglichen Alternativen von FEM für den Richter, ist für die Pflegeeinrichtung und den Betreuer ansprechbar und ist den Rechten und Bedürfnissen des Bewohners bzw. der Bewohnerin verpflichtet. Idealerweise werden so ein richterlicher Beschluss und die Anwendung von FEM vermieden.

Die Wirksamkeit des Werdenfelser Weges ist nicht durch belastbare Zahlen belegt, auch wenn dieses gerne in den Medien anders dargestellt wird ([www.rp-online.de/nrw/landespolitik/nrw-justizminister-zu-viele-fixierungen-in-heimen-aid-1.4637720](http://www.rp-online.de/nrw/landespolitik/nrw-justizminister-zu-viele-fixierungen-in-heimen-aid-1.4637720)). Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass diese Initiative zum Rückgang der Anwendung von FEM beigetragen hat.

### Warum werden FEM angewendet?

Als Gründe für FEM werden in wissenschaftlichen Erhebungen mehrheitlich die Sicherheit der Bewohner, vor allem der Schutz vor Stürzen und Verletzungen genannt sowie Unruhe



Fixierung eines Patienten

© Depositphotos / sudok1

und scheinbar zielloses Umherlaufen. Auch Angehörige wünschen oftmals den Einsatz von FEM (Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; et al., 2009). Andererseits sind FEM für Pflegende überwiegend negativ konnotiert und können ein berufsbedingtes moralisches Dilemma bedingen. Pflegende versuchen dieses Dilemma durch die Interpretation von FEM als normale Pflegehandlung zu entschärfen (Möhler, R.; Meyer, G., 2014). Sehr wahrscheinlich können jedoch Stürze durch FEM nicht wirksam vermieden werden. Wahrscheinlicher ist sogar, dass die längerfristige Anwendung von FEM zu mehr Stürzen und Verletzungen führt. FEM verhindern Bewegung und beeinflussen dadurch Gleichgewicht und Muskelkraft negativ. FEM werden jedoch nicht durchgehend angewendet und in Phasen ohne FEM haben Betroffene dann ein eher höheres Verletzungsrisiko.

Der Verzicht auf FEM führt nicht zu einer Zunahme von Stürzen und Verletzungen, wie kontrollierte Studien zeigen (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012). Voraussetzung ist natürlich, eine sichere Umgebung zu schaffen und sichere Mobilität zu ermöglichen. FEM sind mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Neben Bewegungsunfähigkeit sind dies insbesondere Gelenkversteifungen und Verletzungen schweren Ausmaßes, zum Beispiel durch einen Sturz beim Überwinden eines Bettgitters. Auch Assoziationen mit Dekubitus, zunehmender Blasen-schwäche, Stress und aggressiven Verhaltensweisen sind in der Litera-

tur beschrieben (Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; et al., 2009). Nicht sachgerecht angebrachte FEM führen regelmäßig zu schweren Verletzungen, auch mit Todesfolge (Berzlanovich, A.M.; Schöpfer, J.; Keil, W., 2012).

### Altenpflege ohne FEM ist geboten und möglich

Eine eigene systematische Übersichtsarbeit, die für die Cochrane Library erstellt wurde (Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2012), schließt sechs Cluster-randomisierte kontrollierte Studien ein. Diese hatten die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention und Reduktion von FEM bei älteren langzeitpflegebedürftigen Personen untersucht (Evans, L.K.; Strumpf, N.E.; Allen-Taylor, S.L.; et al., 1997; Testad, I.; Aasland, A.; Aarsland, D., 2005; Testad, I.; Ballard, C.; Brønnick, K.M et al., 2010; Huizing, A.; Hamers, J.P.; Gulpers, M.; et al., 2009; Pellfolk, T.; Gustafson, Y.; Bucht, G.; et al., 2010; Koczy, P.; Becker, C.; Rapp, K.; et al., 2011). Alle Studien benutzten Schulungsprogramme, die sich an Pflegenden richten. In zwei Studien wurden außerdem noch Konsultationen angeboten, in zwei weiteren Anleitungen sowie in einer weiteren

Studie – der in Deutschland durchgeführten ReduFix Studie – freier Zugang zu Hilfsmitteln. Fünf Studien hatte Pflegeheimbewohner untersucht, eine Studie Bewohner von Wohngruppen.

Die methodische Qualität der Studien war überwiegend limitiert und ihre Ergebnisse fielen inkonsistent aus. Die Schlussfolgerung der systematischen Übersichtsarbeit hinterfragt die Wirksamkeit der edukativen Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von FEM in der Altenpflege (Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2012). Ferner bleibt unklar, welche Komponenten ein Schulungsprogramm optimaler Weise beinhalten soll.

Auch für die vielerorts empfohlenen technischen Lösungen als Alternative zu FEM wie Hüftprotektoren, Niederflurbetten und Sensormatten kann weder in dem Review noch in einer evidenzbasierten Leitlinie (Köpke, S.; Meyer, G.; Haut, A.; et al., 2008) ein Wirksamkeitsnachweis abgeleitet werden. Es ist unklar, ob eine Ausstattung der Pflegeheime und Bewohner mit zusätzlichen Hilfsmitteln zu einer relevanten Reduktion von FEM führt.

In diesem Review noch nicht berücksichtigt ist unsere danach publizierte

Cluster-randomisierte kontrollierte Studie (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012) zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Leitlinien-basierten Intervention zur Reduktion von FEM in Pflegeheimen in Hamburg und Witten (Nordrhein-Westfalen). Es konnten nur Pflegeheime teilnehmen, die bestätigten, bei mindestens 20 % ihrer Bewohner FEM anzuwenden. Per Zufallsverfahren wurden 18 Pflegeheime einer Interventionsgruppe und 18 Heime einer Kontrollgruppe zugeteilt. Knapp 4.500 Bewohner waren in die Studie eingeschlossen. In der Interventionsgruppe wurden alle Pflegenden anhand der wissenschaftsbasierten Leitlinie geschult (1,5 Stunden). Zudem wurden spezielle FEM-Beauftragte trainiert (sechs Stunden). Informationsbroschüren für Bewohner, Angehörige, gesetzliche Betreuer und Pflegenden sowie die 290-seitige Leitlinie und Identität stiftendes Material wie Poster, Kaffeebecher und Stifte mit dem mit Schmetterlingen illustrierten Projektlogo „Mehr Freiheit wagen“ wurden bereitgestellt. Die Einrichtungsleitungen der Heime der Interventionsgruppe versicherten mit einer Deklaration, sich für die Reduktion von FEM einzusetzen. Die Kontroll-

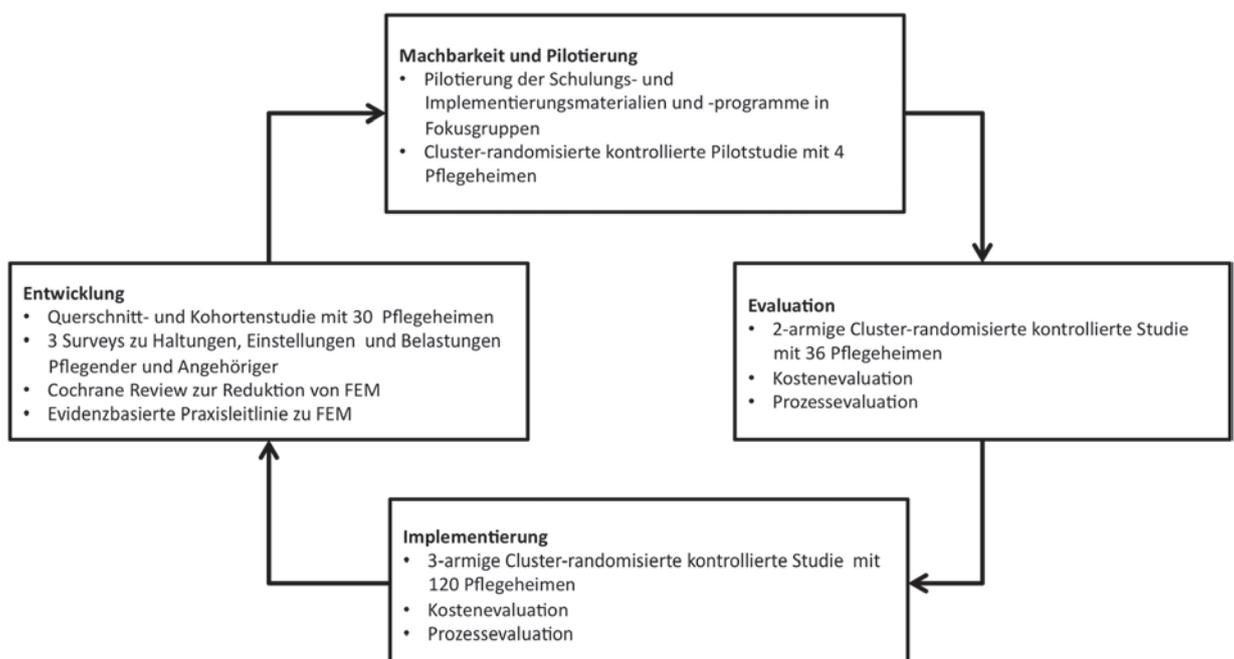


Abb. 1: Methodische Schritte und Studien im Gesamtvorhaben zur Reduktion von FEM in Pflegeheimen. Grafik gemäß UKMRC Framework, <http://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/complex-interventions-guidance/>

gruppe hingegen erhielt nur eine kurze schriftliche und mündliche Information über FEM (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012). Die Beobachtungszeit betrug sechs Monate. Zu Beginn sowie nach jeweils drei und sechs Monaten wurde durch externe Beobachtung dokumentiert, wie viele FEM zur Anwendung kamen. In der Interventionsgruppe ging die Zahl der FEM nach sechs Monaten von 31,5 % auf 22,6 % zurück. In der Kontrollgruppe blieb sie nahezu unverändert mit 30,6 % zu Beginn und 29,1 % nach sechs Monaten. Der Cluster-adjustierte mittlere Gruppenunterschied betrug nach sechs Monaten 6,5 % (95 % KI, 0,6 – 12,4; Cluster-adjustierte Odds Ratio, 0,71; 95 % KI, 0,52 – 0,97;  $p$  0.03).

In der Interventionsgruppe wurden alle Arten von FEM reduziert, also Bettgitter, Gurte und feste Steckische am Stuhl. Im Vergleich mit den Pflegeheimen der Kontrollgruppe zeigte sich, dass es keine negativen Auswirkungen gab. So kam es weder zu einer Zunahme von Stürzen oder sturzbedingten Verletzungen noch zu einer vermehrten Verordnung von Psychopharmaka (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012).

### Rückblick und Ausblick

Unsere Arbeitsgruppe hat das Thema FEM in der Altenpflege über viele Jahre grundständig wissenschaftlich aufgearbeitet und ein Programm zur Verringerung von FEM entwickelt und evaluiert. Das Programm ist eine sogenannte komplexe Intervention, die dem Rahmenmodell des britischen General Medical Councils zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig, P.; Dieppe, P.; Macintyre, S.; et al., 2008) folgt. Die Abbildung 1 zeigt die methodischen Schritte und Studien unseres in mehreren Einzelprojekten vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Gesamtvorhabens.

Wir haben zunächst die oben erwähnte epidemiologische Studie (Meyer, G.; Köpke, S.; Haastert, B.; et al., 2009) durchgeführt zur Bestimmung der Häufigkeit und Bedingungsfaktoren der Anwendung von FEM und der FEM-Arten (Gurte, Tische am geriatrischen Stuhl, beidseitige Bettgitter etc.) sowie Surveys zur Exploration von Haltungen, Einstellungen und Meinungen Pflegenden und Angehöriger gegenüber FEM (Hamers, J.P.H.; Meyer, G.; Köpke, S.; et al., 2009; Haut, A.; Kolbe, N.; Strupeit, S.; et al., 2010). Es folgte als weitere notwendige Voraussetzung zur Modellierung der Intervention die Anfertigung einer systematischen Übersichtsarbeit (Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2011; Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; et al., 2012) zur Identifikation wirksamer Interventionskomponenten. In einem nächsten Schritt wurde eine evidenzbasierte Leitlinie samt Implementierungshilfen entwickelt (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012). In der folgenden explorativen Phase wurden die Schulungs- und Implementierungsmaterialien und -programme in Fokusgruppen mit Pflegenden und Bewohnervertretern auf ihre Verständlichkeit und Machbarkeit untersucht. Zur Prüfung der Machbarkeit und Akzeptanz der Interventionsstudie und der Erhebungsinstrumente erfolgte eine Pilotphase mit vier randomisiert zugeteilten Einrichtungen (Haut, A.; Köpke, S.; Gerlach, A.; et al., 2009). Es schloss sich die Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit 36 Pflegeheimen und ca. 4.500 Bewohnerinnen und Bewohnern an. Auf der Prozessevaluationsebene wurden die Schulungen in den Einrichtungen der Interventionsgruppe ( $n = 58$ ) mit Pflegenden ( $n = 569$ ) anhand einer Erhebung zu Wissen und Selbstwirksamkeit evaluiert. Die FEM-Beauftragten wurden am Ende der Studie nach sechs Monaten interviewt, um Barrieren und begünstigende Faktoren sowie das

Ausmaß der Implementierung und Nachhaltigkeit zu explorieren. Da die Intervention klinisch wirksam und sicher zu einer Reduktion von FEM geführt hat (Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; et al., 2012), wurden zum Zwecke der Dissemination die Einrichtungen der Kontrollgruppe im Anschluss an die Studie geschult und angeleitet sowie die Leitlinie samt aller Implementierungsmaterialien kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt (<http://www.leitlinie-fem.de>). Eine Cluster-randomisierte kontrollierte Implementierungsstudie befindet sich derzeit in Durchführung (Abraham, J.; Möhler, R.; Henkel, A.; et al., 2015). Hier wird die als wirksam überprüfte Intervention mit einer weniger intensiven Intervention und optimierter Standardversorgung verglichen. 120 Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen mit allen Bewohnerinnen und Bewohnern nehmen teil. Die Ergebnisse werden Anfang 2017 vorliegen. Mit unseren wissenschaftlichen Projekten zu FEM in der Altenpflege dürfen wir behaupten, einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in Deutschland erbracht zu haben, mit dem Ziel, an die Pflege und Versorgung im Pflegeheimen den internationalen Kenntnisstand heranzutragen, Haltungen und Einstellungen zum Thema FEM zu verändern und gute Pflegepraxis ohne FEM zu implementieren. Übergeordnetes Ziel ist hierbei das Wohl, das heißt die Integrität, Würde und Sicherheit pflegebedürftiger Personen in deutschen Pflegeheimen.

Literatur beim Verfasser

\*Korrespondierende Autorin:  
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer,  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,  
Medizinische Fakultät, Institut für  
Gesundheits- und Pflegewissenschaft,  
Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale),  
Tel.: 0345 557-4498, Fax: 0345 557-4471,  
E-Mail: Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de