

**Organisationsberatung für Unternehmen  
der Alten- und Krankenpflege**

info@mzk-sochiera.de  
www.mzk-sochiera.de



**Pflegeorganisationsberatung  
für Privatpersonen**

info@pflegeorganisation-ratundtat.com  
www.pflegeorganisation-ratundtat.com

## **Auf dem Werdenfelser Weg mit Manuela Sochiera**

**Ein Blick auf 208 Verfahrenspflegen nach dem Werdenfelser Weg  
im Zeitraum vom 14.11.2012 bis 30.12.2013**

## Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	3
Glossar.....	4
Anmerkung der Redaktion.....	4
1. Abstract.....	5
2. Das Konzept des Werdenfelser Wegs.....	6
3. Mein Einsatzrahmen.....	6
4. Zahlen, Daten, Fakten und Analysen.....	7
4.1. Gesamtstatistik - ein Überblick.....	7
4.2. Statistische Einzelauswertungen.....	10
4.3. Analysen unter verschiedenen Aspekten.....	13
4.3.1. Verfahrenspflegen für Betroffene mit Demenzerkrankung.....	13
4.3.2. Verfahrenspflegen für Betroffene mit geistiger Behinderung.....	14
4.3.3. Verfahrenspflegen für Betroffene mit Sturzfolgeverletzungen im Vorfeld.....	15
5. Verfahrenspflegen nach dem Werdenfelser Weg.....	16
5.1. Vorgehensweise.....	16
5.2. Der Bericht an die RichterInnen.....	17
6. Erfahrungsbericht.....	17
6.1. Der Kontakt zu den gesetzlichen Vertretern.....	17
6.2. Der Kontakt zu den Einrichtungen und Pflegenden.....	18
6.3. Der Kontakt zu behandelnden Ärzten und Therapeuten.....	19
6.4. Die Suche nach Alternativen zur Fixierung.....	20
6.5. Zustimmung oder nicht - das ist die Frage.....	21
6.6. Entwicklungen.....	22
6.7. Begegnungen, Aussagen, Situationen die zu denken gaben.....	23
7. Die Lücke zwischen Wissen/Theorie und Praxis.....	24
7.1. Umgang mit demenzkranken Menschen.....	24
7.2. Förderung der Bewegung und Mobilität.....	25
7.3. Das Wissen um die negativen Folgen der Fixierung.....	26
8. Über den Tellerrand geschaut.....	27
9. Arbeitsthesen als Denkanstöße.....	27
Mein Fazit im Zuge des beruflichen Alltags.....	28
Literaturhinweis.....	29

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gründe für den Antrag freiheitsentziehender Maßnahmen (n = 208) .....	9
Abbildung 2: Anzahl der Betroffenen mit ... (n = 208) .....	9
Abbildung 3: Interventionen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen.....	9
Abbildung 4: Beantragte freiheitsentziehende Maßnahmen (n = 315) / Zustimmung bzw. gerichtliche Genehmigung (n = 121) .....	10
Abbildung 5: Begründung der Erforderlichkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen, in den Anträgen demenzkranke Menschen betreffend (n = 142).....	13
Abbildung 6: Interventionen zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen bei demenzkranken Personen .....	14

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl beantragte Maßnahmen, Anzahl Zustimmung bzw. gerichtliche Genehmigung.....	10
Tabelle 2: Anzahl beantragte Maßnahmen, Anzahl keine FeM im Sinne des Gesetzes.....	11
Tabelle 3: Anzahl beantragte Maßnahmen im Rahmen eines Verfahrens .....	11
Tabelle 4: 1 beantragte Maßnahme je Verfahren.....	11
Tabelle 5: Kombinationen von 2 beantragten Maßnahmen je Verfahren .....	12
Tabelle 6: Kombinationen von 3 beantragten Maßnahmen je Verfahren .....	12
Tabelle 7: Kombinationen von 4 beantragten Maßnahmen je Verfahren .....	12
Tabelle 8: Anzahl beantragte und genehmigte Maßnahmen, geistig behinderte Menschen betreffend .....	14
Tabelle 9: Anzahl beantragte und genehmigte Maßnahmen, bei Betroffenen mit Sturzverletzungen im Vorfeld des Antrags.....	15

## Abkürzungsverzeichnis

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AG	Amtsgericht
allg.	allgemein
BIVA	Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	Beziehungsweise
d.h.	das heißt
FeM	Freiheitsentziehende Maßnahme
ggf.	Gegebenenfalls
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
n	Anzahl
Psych. Erkr.	Psychische Erkrankung
stat.	Stationär
u.U.	unter Umständen
z.B.	zum Beispiel

## Glossar

Abduktionskeil	medizinisches Hilfsmittel, das z. B. die Oberschenkel auseinanderhalten soll
Körpernahe Fixierung	Gurtfixierung, bei der der Rumpf und/oder die Beine, Arme, Hände einbezogen sind
Memo	Merknotiz
Multimedikation	Gleichzeitige Anordnung bzw. Einnahme von mehreren Medikamenten; in der Regel mehr als 3 Medikamente
Sitzhose	Gurtfixierung, bei der eine sitzende Person am Stuhl/Rollstuhl fixiert ist

## Anmerkung der Redaktion

In den Texten sind stets Frauen und Männer angesprochen bzw. in der Argumentation berücksichtigt. Die Bemühung die weibliche und männliche Form simultan zu verwenden konnte nicht durchgängig durchgehalten werden, dies hat ausschließlich stilistische Gründe.

## 1. Abstract

Nach der Fortbildung zum Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg, habe ich mich bei fünf Betreuungsgerichten als berufliche Verfahrenspflegerin zur Verfügung gestellt. Die RichterInnen der Betreuungsgerichte Pforzheim, Karlsruhe, Karlsruhe Durlach und Germersheim haben sich in 2012 bzw. Anfang 2013 entschieden, bei Anträgen zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege, das Konzept des Werdenfelser Weges zu verfolgen. Die Richter des Betreuungsgerichts Ettlingen haben dies zumindest teilweise ebenfalls getan. Hierdurch war ich im Zeitraum von Mitte November 2012 bis zum 30. Dezember 2013 in 208 Verfahren zur Verfahrenspflegerin bestellt.

Der Report stellt zu Beginn kurz das Konzept des Werdenfelser Weges vor und zeichnet den Weg der Verfahrenspflegen von der Verfahrenspfleger-Bestellung, über meine eigene Vorgehensweise, bis hin zur Stellungnahme und den Ergebnissen der Verfahren.

Im Abschnitt Zahlen, Daten, Fakten werden die statistischen Daten der von mir 208 abgeschlossenen Verfahren unter verschiedenen Aspekten betrachtet.

Das Kapitel „Die Lücke zwischen Wissen/Theorie und Praxis“ soll interessierte Leser zur kritischen Reflektion anregen und aufzeigen, dass in der Pflege einerseits einiges in Bewegung gekommen ist, es jedoch auch noch viel noch zu bewegen gibt und es andererseits bei weitem nicht ausreicht, wenn sich nur die Pflege bewegt.

Im Abschnitt „Arbeitsthesen als Denkanstöße“ habe ich mein Resümee über entwicklungsfähige Sachverhalte in Aussagen formuliert. Dies soll anspornen, die Aussagen zu widerlegen, um den Prozess einer humanen, individuellen Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Menschen weiter voranzutreiben.

## 2. Das Konzept des Werdenfelser Wegs

Der Werdenfelser Weg ist ein im Landkreis Garmisch Partenkirchen entwickelter Ansatz mit der Zielsetzung, die Entscheidungsprozesse über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zu verbessern und Fixierungen in der Pflege auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren.

Der Werdenfelser Weg ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungsrechts, um den Gedanken der Vermeidung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Bauchgurten, Bettgittern, Vorsatztischen in Einrichtungen zu stärken.

Mit der Idee, kleine Veränderungen in die Abläufe der Genehmigungsverfahren einzubringen und mit einer deutlichen Bekenntnis aller beteiligten Behörden und Professionen haben die Initiatoren im Jahr 2007 den Fixierungsmechanismen den Kampf angesagt.

(Amtsgericht Garmisch - Partenkirchen: „Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege“. URL: <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/> [Stand 19.01.2014])

Die Idee des Werdenfelser Weges wird in ihrem Kern umgesetzt durch den Einsatz spezieller gerichtlich und behördlich geschulter Verfahrenspfleger im vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungsverfahren, die als Interessenvertreter des einzelnen Heimbewohners mit pflegfachlichem Wissen mit allen Beteiligten abklären, ob alle Vermeidungsstrategien für Fixierungen ausgeschöpft sind. Und sie arbeiten auf eine gemeinsame Beurteilung der Risiken hin, um Fixierungen weitestmöglich zu vermeiden und Pflegenden Handlungssicherheit in haftungsrechtlicher Hinsicht zu vermitteln, gerade auch in Fällen, bei denen vor dem Hintergrund von Menschenwürde und Selbstbestimmung hinnehmbare Risiken verbleiben.

(Landkreis Garmisch-Partenkirchen: „Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege“. URL: <http://www.lra-gap.de/550.0.html> [Stand 19.01.2014])

## 3. Mein Einsatzrahmen

Mitte Oktober 2012 habe ich die Fortbildung zur Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfelser Weg, beim Original, gemacht. Danach habe ich zu den Amtsgerichten und Betreuungsbehörden in meinem Umkreis Kontakt aufgenommen, um mich als berufsmäßige Verfahrenspflegerin zur Verfügung zu stellen.

Seit November 2012 führe ich für das Amtsgericht Pforzheim Verfahrenspflegen durch. Die Richter des Betreuungsgerichts haben sich dazu entschlossen, das Konzept des Werdenfelser Wegs bei allen Verfahren im Zusammenhang mit dem Antrag auf freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Menschen zu verfolgen. Im Zeitraum, auf den sich dieser Report bezieht, waren zunächst vier, später fünf Verfahrenspflegerinnen tätig.

Seit Dezember 2012 führe ich für das Amtsgericht Karlsruhe Verfahrenspflegen durch. Die Richterinnen und Richter des Betreuungsgerichts bestellten mich in erster Linie zur Verfahrenspflegerin, wenn sie im Rahmen der Verfahren von den Pflegenden erfuhren, dass die ihnen bekannten Vermeidungsstrategien ausgeschöpft sind und die Betroffenen mehr oder weniger ihre Ablehnung hinsichtlich der beantragten Maßnahmen zeigten. Die Bestellung erfolgte auch, wenn die Haltung der Betroffenen nicht klar und deutlich wurde.

Seit März 2013 führe ich Verfahrenspflegen für das Amtsgericht Karlsruhe-Durlach durch. Die Bestellung erfolgt bei Bedarf, bei speziellen Fragestellungen.

Ab März 2013 wurde ich vereinzelt vom Amtsgericht Ettlingen zur Verfahrenspflegerin bestellt.

Seit April 2013 führe ich Verfahrenspflegen für das Amtsgericht Germersheim durch. Der Richter des Betreuungsgerichts hat sich entschlossen, das Konzept des Werdenfelser Wegs bei allen Verfahren im Zusammenhang mit dem Antrag auf freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Menschen zu verfolgen. Heute steht dem Gericht noch ein weiterer Verfahrenspfleger zur Verfügung.

Mit diesem Report blicke ich auf meine Tätigkeit

- für 5 Amtsgerichte
- und 208 Verfahren (110 AG Pforzheim, 48 AG Germersheim, 29 AG Karlsruhe, 11 AG Ettlingen und 10 AG Karlsruhe-Durlach),
- im Zeitraum vom 14.11.2012 bis 30.12.2013,
- in 64 Pflegeheimen und 3 Einrichtungen der Behindertenhilfe
- auf 2 gerontopsychiatrischen Stationen einer psychiatrischen Klinik
- sowie in 2 ambulanten Pflege- und Betreuungssituationen

zurück.

Die statistischen Daten beruhen auf meinen Aufzeichnungen, zu den 208 von mir durchgeführten Verfahren. Ich weise darauf hin, dass eine lokale Verallgemeinerung von Daten nur bedingt möglich ist, da mein Einsatzrahmen in den Amtsgerichtskreisen auf unterschiedlichen Hintergründen basiert und teilweise mehrere Verfahrenspfleger für die Amtsgerichte im Einsatz sind. Meine Ausführungen beziehen sich auf die konkreten Verfahren und meine Erfahrungswerte im beruflichen Alltag.

In zwei Fällen war ich im Rahmen von Anträgen zur Wohnungskündigung durch den gesetzlichen Betreuer zur Verfahrenspflegerin bestellt. Diese Verfahren sind kein Bestandteil der dargestellten Daten, da es sich hierbei nicht um Fixierungen handelte. Es sei nur so viel angemerkt, dass beiden Betroffenen die Rückkehr aus dem Pflegeheim in die eigene Wohnung ermöglicht werden konnte.

## **4. Zahlen, Daten, Fakten und Analysen**

### **4.1. Gesamtstatistik - ein Überblick**

Insgesamt wurde ich im Rahmen von 208 Anträgen auf freiheitsentziehende Maßnahmen zur Verfahrenspflegerin bestellt. Dabei waren 315 freiheitsentziehende Maßnahmen beantragt worden. Gründe für die Anträge waren: Sturzgefahr, Verwirrtheit, Unruhe sowie ablehnendes Verhalten seitens der Betroffenen. In diesem Zusammenhang wurden freiheitsentziehende Maßnahmen in Form der Verwendung von Bettgittern (ohne zeitliche Angabe), der Verwendung von Bettgittern zur üblichen Nacht-/Ruhezeit, das Anlegen von körpernahen Fixierungssystemen im Bett (Bauchgurte, Fixierdecken, Handfixierung) und während des Sitzens (Bauchgurte, Sitzhosen, Aufstecktisch), das Verschließen von Zimmertüren sowie die geschlossene Unterbringung beantragt. In einem Fall der ambulanten Versorgung war zum Haustürverschluss und in drei Fällen zur medizinischen Zwangsbehandlung Stellung zu nehmen.

Von 208 Betroffenen war in der Liste der Diagnosen bei 142 Personen (68,27%) eine Demenzerkrankung und bei 25 Personen (12,02%) eine psychische Erkrankung dokumentiert. 10 Betroffene hatten eine geistige Behinderung (4,81%).

37 Betroffene (17,79%) hatten sich im Vorfeld des Antrags auf freiheitsentziehende Maßnahmen bei einem Sturz Folgeverletzungen zugezogen. Die Verletzungen stellten sich überwiegend als Prellungen, offene Wunden, Frakturen von Wirbeln sowie Frakturen an Armen und Beinen dar.

Interventionen, die zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen durchgeführt wurden, waren Förderung der Mobilität (Hilfsmittel, Physiotherapie, trittsichere Socken), Anpassung der Umgebung (Zimmergestaltung, Lichtquelle, Niederflurbett, flexible Begrenzung der Liegefläche), Anpassung der Betreuung (z.B. Berücksichtigung individueller Gewohnheiten bei der Nacht-/Mittagsruhe, Zeitpunkt von Einzelangeboten durch soziale Betreuung), Minderung von Sturzfolgerisiken (Fallschutz vor dem Bett und Protektorhosen) sowie Optimierung der Medikamente.

Meinerseits wurde für 120 freiheitsentziehende Maßnahmen eine Zustimmung gegeben. Davon betrafen 6 Fälle die geschlossene Unterbringung in einem beschützenden Wohnbereich. In der Regel konnte ein Konsens mit den am Verfahren beteiligten Personen gefunden werden. In einem Fall blieb die Diskrepanz zwischen meiner Auffassung, die von den Pflegenden der Einrichtung geteilt wurde und der Auffassung des gesetzlichen Vertreters - hierbei wurde keine gerichtliche Genehmigung erteilt. In einem weiteren Fall blieb ebenfalls die Diskrepanz zwischen meiner Auffassung und der des gesetzlichen Vertreters - hierbei wurde eine gerichtliche Genehmigung für die beantragten Maßnahmen erteilt.

Bei 58 beantragten Maßnahmen (18,41%) hat das Verfahren ergeben, dass es sich bei den geplanten bzw. durchgeführten Maßnahmen nicht um freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des Gesetzes handelte. Bei zwei weiteren Fällen hätte nach meiner Einschätzung auf eine gerichtliche Genehmigung verzichtet werden können, wobei hier eine Diskrepanz zur Einschätzung des zuständigen Richters war und eine gerichtliche Genehmigung der beantragten Maßnahme erfolgte.

10 Betroffene (4,81%) sind im Verlauf des Verfahrens verstorben. Dabei kamen, einhergehend mit der Verschlechterung des Allgemeinzustands der Betroffenen, die beantragten Maßnahmen teilweise nicht mehr zum Tragen (z.B. Fixierung während des Sitzens, Bauchgurt im Bett). Die Bettgitter wurden in der Regel weiterhin hochgezogen, wobei dies zunehmend keine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des Gesetzes mehr darstellte. In einem Fall jedoch wurde der Betroffene seitens der Pflegenden fast bis zum letzten Tage körpernah im Bett fixiert.

Werden die beantragten freiheitsentziehenden Maßnahmen mit den erteilten Zustimmungen (und der in der Regel damit verbundenen gerichtlichen Genehmigung) ins Verhältnis gesetzt, so wurden 38,41% der beantragten Maßnahmen genehmigt. Da es jedoch drei Gründe für eine nicht erteilte gerichtliche Genehmigung gibt, ist hier nochmals eine differenzierte Betrachtung des Zahlenwerks erforderlich, um den tatsächlichen Effekt des Verfahrens nach dem Werdenfelser Weg herauszustellen.

Gründe für die Nicht-Genehmigung von Maßnahmen waren:

- eine Genehmigung war nicht erforderlich,  
da keine FeM im Sinne des Gesetzes vorlag 58 Maßnahmen
- der Betroffene ist im Verlauf des Verfahrens verstorben 19 Maßnahmen
- es wurden Alternativen gefunden 117 Maßnahmen

Hieraus ergibt sich die Gegenüberstellung von 238 beantragten Maßnahmen und 121 erteilten Genehmigungen. Im Endeffekt konnte die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch die Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg um 49% reduziert werden.

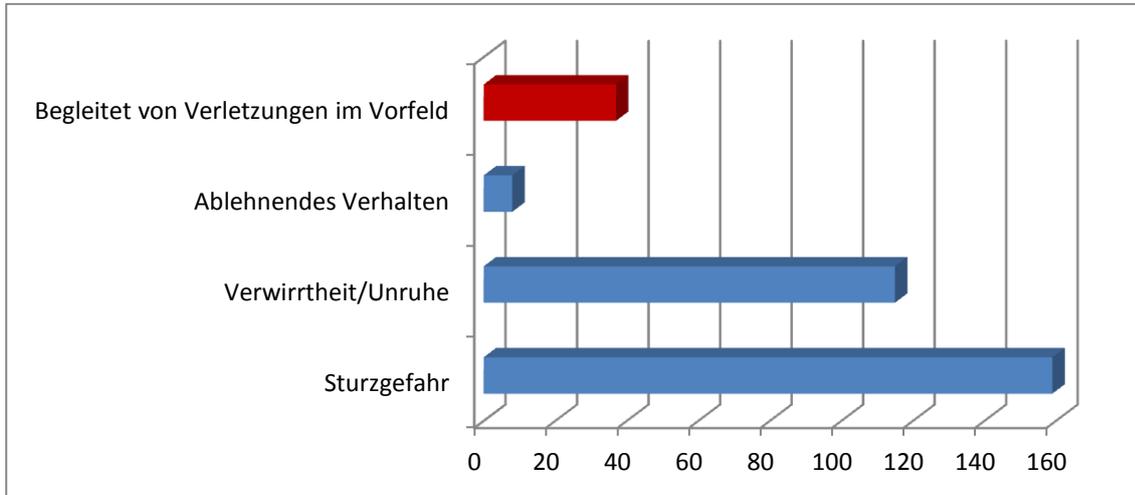


Abbildung 1: Gründe für den Antrag freiheitsentziehender Maßnahmen (n = 208)

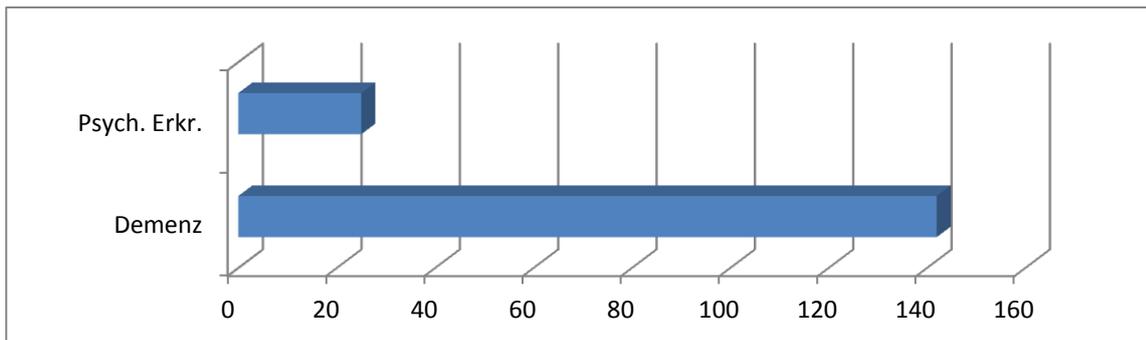


Abbildung 2: Anzahl der Betroffenen mit ... (n = 208)

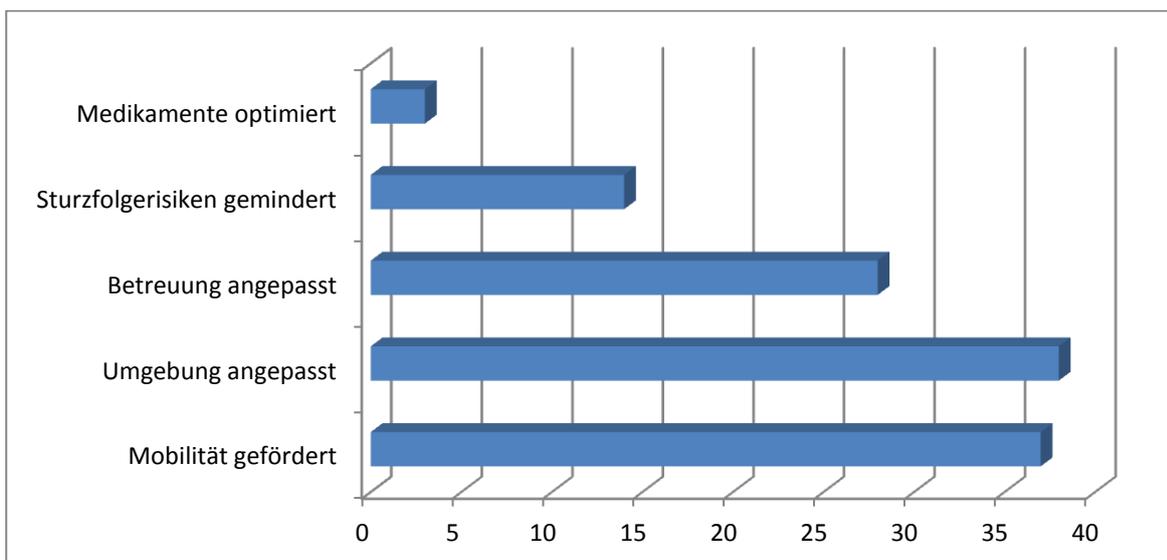
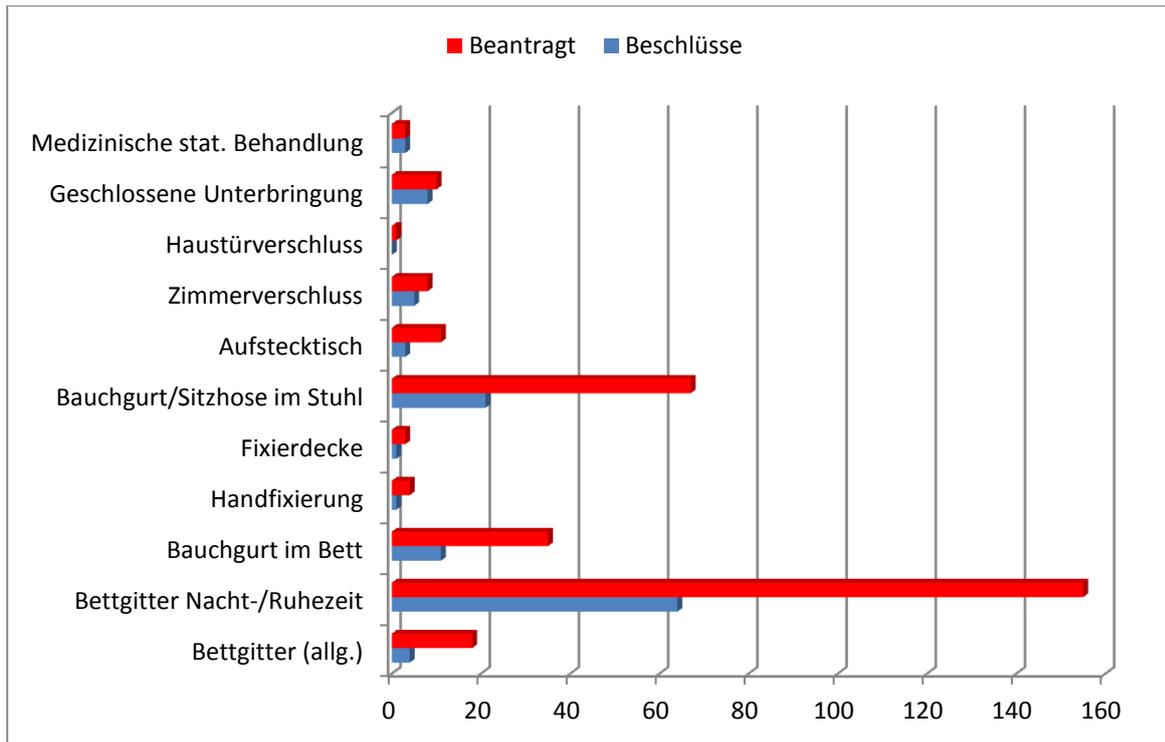


Abbildung 3: Interventionen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen



**Abbildung 4: Beantragte freiheitsentziehende Maßnahmen (n = 315) / Zustimmung bzw. gerichtliche Genehmigung (n = 121)**

## 4.2. Statistische Einzelauswertungen

Die am häufigsten beantragte Maßnahme war die Verwendung von Bettgittern, mit insgesamt 173 Anträgen. Davon waren 18 Anträge ohne zeitliche Angabe, bei 155 Anträgen wurde die Verwendung auf die übliche Nacht- und Ruhezeit eingegrenzt.

Mit 67 Anträgen war die Anwendung von körpernaher Fixierung im Sitzen die am zweit häufigsten beantragte Maßnahme.

35 Anträge wurden zur Genehmigung für die Verwendung eines Bauchgurts im Bett gestellt.

Beantragte Maßnahmen	Anträge	Zustimmung bzw. gerichtl. Genehmigung
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit	155	64 (41,29%)
Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	67	21 (31,34%)
Bauchgurt im Bett	35	11 (31,43%)
Bettgitter ohne Zeitangabe	18	4 (22,22%)
Aufstecktisch beim Sitzen	11	3 (27,27 %)
Geschlossene Unterbringung	10	8 (80,00%)
Zimmerverschluss	8	5 (62,50%)
Handfixierung	4	1 (25,00%)
Fixierdecke	3	1 ( 33,33%)
Medizinische stationäre Behandlung	3	3 (100%)
Haustürverschluss	1	0 (0%)

**Tabelle 1: Anzahl beantragte Maßnahmen, Anzahl Zustimmung bzw. gerichtliche Genehmigung**

In einigen Fällen hat sich gezeigt, dass die beantragten Maßnahmen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen im Sinne des Gesetzes waren. Gründe hierfür waren zum Teil die

fehlende Steh-/Gehfähigkeit bei gleichzeitig fehlendem bzw. nicht erkennbarem Ortsänderungswillen sowie auch die Zustimmung zur Maßnahme durch den Betroffenen.

Beantragte Maßnahmen	Anträge	Keine FeM im Sinne des Gesetzes
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit	155	44 (28,39%)
Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	67	11 (16,42%)
Bauchgurt im Bett	35	0
Bettgitter ohne Zeitangabe	18	2 (11,11%)
Aufstecktisch beim Sitzen	11	1 (9,09%)
Geschlossene Unterbringung	10	0
Zimmerverschluss	8	0
Handfixierung	4	0
Fixierdecke	3	0
Medizinische stationäre Behandlung	3	0
Haustürverschluss	1	0

**Tabelle 2: Anzahl beantragte Maßnahmen, Anzahl keine FeM im Sinne des Gesetzes**

Im Rahmen eines Verfahrens wurden ein bis vier Maßnahmen beantragt.

Anzahl Maßnahmen	Anträge Gesamt <sup>1)</sup>	Demenzerkrankung	Psychisch Krank	Verletzungen im Vorfeld
1	126	79	17	20
2	57	42	5	13
3	21	18	3	3
4	3	3	0	1

**Tabelle 3: Anzahl beantragte Maßnahmen im Rahmen eines Verfahrens**

<sup>1)</sup>Ein Betroffener war bei der Kontaktaufnahme zum Pflegeheim bereits verstorben - Anträge Gesamt = 207

1 beantragte Maßnahme	Anträge gesamt	Demenzerkrankung	Psychisch Krank	Verletzungen im Vorfeld
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit	82	51 <sup>2)</sup>	7 <sup>2)</sup>	14
Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	11	5	3	3
Bettgitter ohne Zeitangabe	11	10 <sup>2)</sup>	2 <sup>2)</sup>	3
Geschlossene Unterbringung	8	5	2	0
Zimmerverschluss	8	4	0	0
Medizinische stationäre Behandlung	3	1	2	0
Bauchgurt im Bett <sup>2)</sup>	1	1 <sup>3)</sup>	1 <sup>3)</sup>	0
Aufstecktisch beim Sitzen	1	1	0	0
Haustürverschluss	1	1	0	0

**Tabelle 4: 1 beantragte Maßnahme je Verfahren**

<sup>2)</sup> Bei einem Betroffenen lag sowohl eine Demenzerkrankung, als auch eine psychische Krankheit vor.

<sup>3)</sup> Im Antrag wurde nur der Bauchgurt angekreuzt, eigentlich handelt es sich um zwei Maßnahmen, da die Verwendung durchgängiger Bettgitter im Zusammenhang mit der Bauchgurtfixierung steht. Beim Betroffenen lag sowohl eine Demenzerkrankung, als auch eine psychische Krankheit vor.

2 beantragte Maßnahmen in Kombination	Anträge gesamt	Demenzerkrankung	Psychisch Krank	Verletzungen im Vorfeld
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	34	23	3	7
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett	10	8	1	4

2 beantragte Maßnahmen in Kombination	Anträge gesamt	Demenzerkrankung	Psychisch Krank	Verletzungen im Vorfeld
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Aufstecktisch beim Sitzen	5	4	0	0
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Fixierdecke	2	2 <sup>2)</sup>	1 <sup>2)</sup>	0
Bettgitter ohne Zeitangabe Bauchgurt im Bett	3	3	0	1
Bettgitter ohne Zeitangabe Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	2	1	0	0
Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl Geschlossene Unterbringung	1	1	0	1

Tabelle 5: Kombinationen von 2 beantragten Maßnahmen je Verfahren

3 beantragte Maßnahmen in Kombination	Anträge gesamt	Demenzerkrankung	Psychisch Krank	Verletzungen im Vorfeld
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	12	11	0	3
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett Aufstecktisch	3	3 <sup>2)</sup>	1 <sup>2)</sup>	0
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl Aufstecktisch beim Sitzen	1	1	0	0
Bettgitter Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett Handfixierung	2	1	1	0
Bettgitter ohne Zeitangabe Bauchgurt im Bett Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	1	0	1	0
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl Geschlossene Unterbringung	1	1	0	0
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Fixierdecke Bauchgurt/Sitzhose im Sitzen	1	1	0	0

Tabelle 6: Kombinationen von 3 beantragten Maßnahmen je Verfahren

4 beantragte Maßnahmen in Kombination	Anträge gesamt	Demenzerkrankung	Psychisch Krank	Verletzungen im Vorfeld
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett Handfixierung Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	1	1	0	0
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl Aufstecktisch beim Sitzen	1	1	0	0
Bettgitter ohne Zeitangabe Bauchgurt im Bett Handfixierung Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	1	1	0	1

Tabelle 7: Kombinationen von 4 beantragten Maßnahmen je Verfahren

### 4.3. Analysen unter verschiedenen Aspekten

#### 4.3.1. Verfahrenspflegen für Betroffene mit Demenzerkrankung

Von 208 Betroffenen war in der Liste der Diagnosen bei 142 Personen eine Demenzerkrankung dokumentiert. Bei 5 Betroffenen wurde das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Erkrankung angegeben.

In 65 Verfahren (45,77%) war sowohl die Sturzgefahr, als auch Verwirrtheit/Unruhe als Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen angegeben. Dabei hatten sich 15 Personen (10,56%) im Vorfeld des Antrags Verletzungen durch ein oder mehrere Sturzereignisse zugezogen.

In 41 Verfahren (28,87%) war die Sturzgefahr als Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen angegeben. Dabei hatten sich 13 Personen (9,15%) im Vorfeld des Antrags Verletzungen durch ein oder mehrere Sturzereignisse zugezogen.

In 20 Verfahren (14,08%) war Verwirrtheit/Unruhe als Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen angegeben. Dabei hatte sich 1 Person (0,70%) im Vorfeld des Antrags Verletzungen durch ein oder mehrere Sturzereignisse zugezogen.

In 3 Verfahren (2,11%) war die Sturzgefahr, Verwirrtheit/Unruhe und ablehnendes Verhalten als Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen angegeben. Keine der Personen hatte sich im Vorfeld auf Grund von Sturzereignissen eine Verletzung zugezogen.

In 1 Verfahren (0,70%) war Verwirrtheit/Unruhe und ablehnendes Verhalten als Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen angegeben. Der Betroffene hatte sich im Vorfeld keine Verletzungen auf Grund von Sturzereignissen zugezogen.

In 1 Verfahren (0,70%) war ablehnendes Verhalten als Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen angegeben. Der Betroffene hatte sich im Vorfeld keine Verletzungen auf Grund von Sturzereignissen zugezogen.

In 11 Verfahren (7,75%) wurde im Antrag die Begründung für die Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen nicht konkret benannt. Bei 2 Betroffenen (1,41%) ging aus dem Antrag hervor, dass sich im Vorfeld Stürze mit Verletzungsfolgen ereignet hatten.

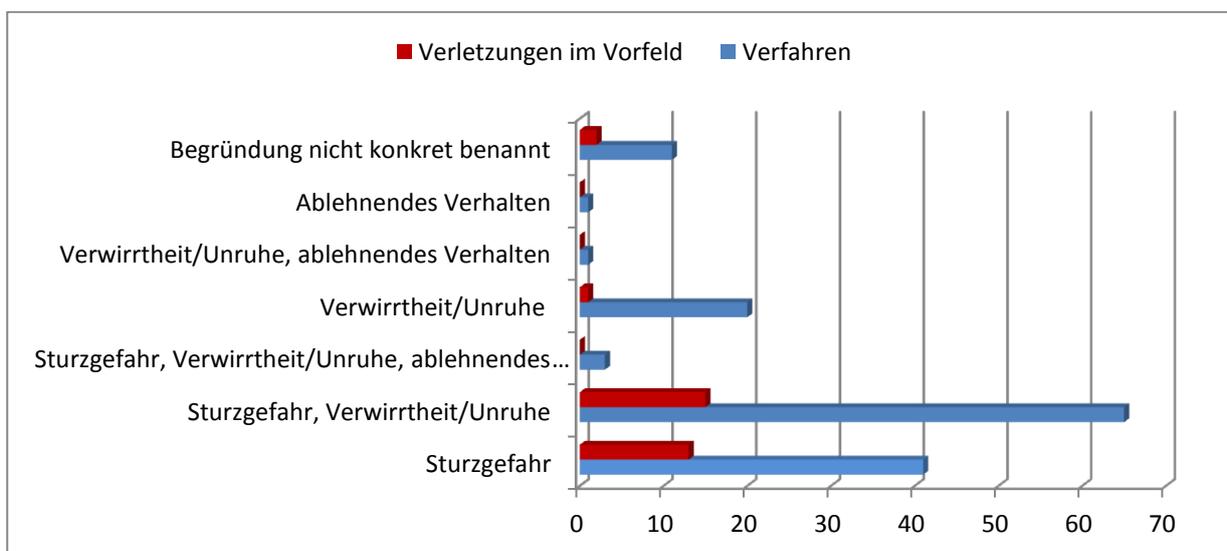


Abbildung 5: Begründung der Erforderlichkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen, in den Anträgen demenzkranke Menschen betreffend (n = 142)

Für 142 demenzkranke Personen wurden insgesamt 229 Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen beantragt. Dabei waren 31 Maßnahmen (13,54%) nicht freiheitsentziehend im Sinne des Gesetzes. 6 Betroffene sind im Laufe des Verfahrens verstorben, für diese Personen waren 15 Maßnahmen (6,55%) beantragt worden. Zustimmung meinerseits bzw. gerichtliche Genehmigungen wurden für 93 Maßnahmen (40,61%) erteilt.

Um den Effekt der Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg herauszustellen, sind also 183 beantragte Maßnahmen 93 erteilten Genehmigungen gegenüberzustellen. Im Endeffekt konnte die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei demenzkranken Menschen, durch die Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg, um 49,18 % reduziert werden.

Interventionen, die zur Reduzierung der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen durchgeführt wurden, waren:

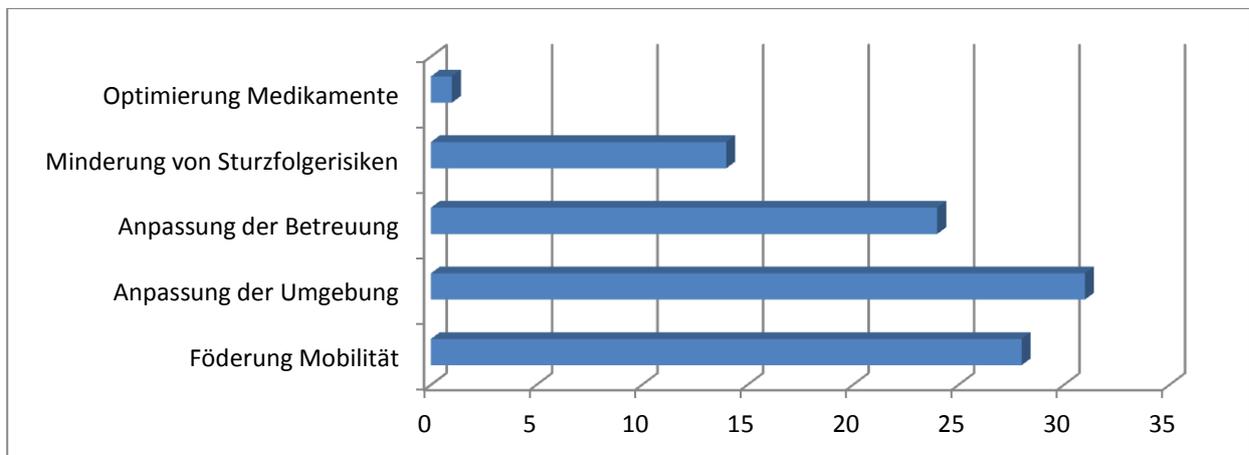


Abbildung 6: Interventionen zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen bei demenzkranken Personen

#### 4.3.2. Verfahrenspflegen für Betroffene mit geistiger Behinderung

Für 10 geistig behinderte Personen wurden insgesamt 16 Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen beantragt. Gründe für die Anträge waren die Verletzungsgefahr durch Stürze, das unkontrollierte Verlassen des gewohnten Bereichs und Aktivitäten/Unruhe im Rahmen des Krankheitsbildes.

Beantragte Maßnahmen	Anträge	Zustimmung bzw. gerichtl. Genehmigung
Bettgitter zur Nacht	2	2
Bettgitter ohne Zeitangabe	1	0
Sitzhose im Rollstuhl	1	1
Zimmerverschluss	2	1
Bettgitter zur Nacht Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	2	1x Bettgitter 1x Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Beckengurt im Rollstuhl Fußfixierung im Rollstuhl	1	1x Bettgitter
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Handfixierung im Bett Bauchgurt/Sitzhose im Rollstuhl	1	1x Bettgitter ...1x Handfixierung im Bett 1x Bauchgurt/Sitzhose im Rollstuhl

Tabelle 8: Anzahl beantragte und genehmigte Maßnahmen, geistig behinderte Menschen betreffend

In einem Fall waren die Verwendung des Bettgitters, in einem weiteren Fall die Anwendung des Beckengurts im Rollstuhl und die Fußfixierung im Rollstuhl keine freiheitsentziehenden Maßnahmen im Sinne des Gesetzes. Um den Effekt der Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg herauszustellen, sind also 13 beantragte Maßnahmen 10 erteilten Genehmigungen gegenüberzustellen. Im Endeffekt konnte die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei geistig behinderten Menschen, durch die Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg, um 23,08 % reduziert werden.

**4.3.3. Verfahrenspflegen für Betroffene mit Sturzfolgeverletzungen im Vorfeld**

Von 208 Betroffenen hatten sich 37 Personen (17,79%) im Vorfeld des Antrags auf freiheitsentziehende Maßnahmen Verletzungen im Rahmen von Sturzereignissen zugezogen. Bei 31 Personen lag eine Demenzdiagnose vor und bei 1 Person wurde eine psychische Erkrankung angegeben.

Für die 37 Betroffenen wurden insgesamt 59 Genehmigungen für freiheitsentziehende Maßnahmen beantragt. Bei 5 der beantragten Maßnahmen (8,47%) lagen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen im Sinne des Gesetzes vor. 3 Betroffene sind im Laufe des Verfahrens verstorben, für diese Personen waren 5 Maßnahmen (8,47%) beantragt. Um den Effekt der Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg herauszustellen, sind also 49 beantragte Maßnahmen 26 erteilten Genehmigungen gegenüberzustellen. Im Endeffekt konnte die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Betroffenen, die sich im Vorfeld des Antrags zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen verletzt hatten, durch die Verfahrenspflege nach dem Werdenfelser Weg, um 46,94 % reduziert werden.

Beantragte Maßnahmen	Anträge	Zustimmung bzw. gerichtl. Genehmigung
Bettgitter zur Nacht	14	8, davon 3 zunächst nur 3 Monate
Bettgitter ohne Zeitangabe	3	1
Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	3	1
Bettgitter zur Nacht Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl	7	4x Bettgitter 2x Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl
Bettgitter zur Nacht Bauchgurt im Bett	4	2x Bettgitter, davon 1 zunächst nur 3 Monate 2x Bauchgurt, davon 1 zunächst nur 3 Monate
Bettgitter ohne Zeitangabe Bauchgurt im Bett	1	0
Bauchgurt/Sitzhose im Sitzen Geschlossene Unterbringung	1	1x Geschlossene Unterbringung
Bettgitter zur Nacht-/Ruhezeit Bauchgurt im Bett Bauchgurt/Sitzhose im Rollstuhl	3	1x Bettgitter 1x Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl
Bettgitter zur Nacht Bauchgurt im Bett Handfixierung im Bett Bauchgurt/Sitzhose im Sitzen	1	1x Bettgitter 1x Bauchgurt im Bett 1x Bauchgurt/Sitzhose im Stuhl

**Tabelle 9: Anzahl beantragte und genehmigte Maßnahmen, bei Betroffenen mit Sturzverletzungen im Vorfeld des Antrags**

## 5. Verfahrenspflegen nach dem Werdenfelser Weg

### 5.1. Vorgehensweise

Seitens der Amtsgerichte werden dem Beschluss zur Bestellung als berufsmäßige Verfahrenspflegerin erforderliche Hintergrundinformationen beigefügt. In der Regel sind dies Auszüge aus der Gerichtsakte, in einigen Fällen wird die gesamte Akte zugeschickt. Basierend auf den Anträgen, ärztlichen Zeugnissen bzw. Gutachten, bestehenden Genehmigungen, bestehenden Vollmachten des gesetzlichen Vertreters und Anhörungsprotokollen, mache ich mir ein erstes Bild zur Situation.

Das weitere Vorgehen ist von der Vollständigkeit der Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters abhängig. Sind die telefonischen Kontaktdaten vorhanden, nehme ich zuerst Kontakt zu den gesetzlichen Vertretern auf, um den Stand der Dinge zu erfragen, Hintergründe und Emotionen zu erfahren sowie erste Informationen zu geben. In den überwiegenden Verfahren erfolgt dabei auch die Vereinbarung eines gemeinsamen Termins vor Ort. Falls dies nicht möglich ist, wird die weitere Vorgehensweise abgesprochen.

Fehlen die telefonischen Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters, setze ich mich mit der Einrichtung in Verbindung. Zum Teil mache ich dies telefonisch. Wenn mich zeitnah zum Eintreffen der Unterlagen sowieso Termine in die Nähe der Einrichtung führen, schaue ich direkt vorbei, erfrage die erforderlichen Daten und nutze die Gelegenheit für einen ersten Besuch beim Betroffenen. Im Anschluss daran nehme ich den Kontakt zu den gesetzlichen Vertretern auf und bei Bedarf wird ein gemeinsamer Termin vor Ort vereinbart.

Beim Termin vor Ort spreche ich mit dem Betroffenen, dem gesetzlichen Vertreter, anwesenden nahestehenden Personen und der diensthabenden Pflegefachkraft. Im Fall, dass der Arzt gerade zur Visite kommt oder ein Therapeut ebenfalls vor Ort ist, beziehe ich diese, nach Rücksprache mit dem Betroffenen (und den gesetzlichen Vertretern), ins Gespräch mit ein. Nach Möglichkeit führe ich einen Aufsteh-, Steh- und Gehversuch mit dem Betroffenen durch. Bei meiner Einschätzung verzichte ich bewusst darauf, das hundertste Assessmentformular (egal welcher Couleur) auszufüllen, denn das Sturzrisiko oder auch auffällige Verhaltensweisen sind unstrittig. Mit den Eindrücken über die Fähigkeiten und die Beweglichkeit des Betroffenen, die Rahmenbedingungen der Einrichtung und der Auffassung der Beteiligten, erörtere ich Möglichkeiten zur Vermeidung von Fixierungen sowie die Erforderlichkeit von Maßnahmen zur Minderung von Sturzfolgerisiken. Abschließend zum Gesprächstermin wird die weitere Vorgehensweise verabredet.

In Abhängigkeit von den Beschlüssen läuft das Verfahren wie folgt weiter:

- Wurde seitens des Gerichtes noch keine Entscheidung über die Genehmigung der beantragten Maßnahmen getroffen, erfolgt unverzüglich die Stellungnahme an das Amtsgericht.
- In einigen Fällen wird meinerseits eine Genehmigung für zunächst nur 3 Monate vorgeschlagen, um die Wirkung von Maßnahmen oder/und die Entwicklung der Bewegungsfähigkeit des Betroffenen abschließend beurteilen zu können. Manchmal ist auch die Umsetzung von Maßnahmen beeinflusst durch Genehmigungsverfahren der Kostenträger sowie die Lieferzeit der Hilfsmittel.

Hierbei ist es dann vom folgenden Beschluss des Richters abhängig, ob ich über den Zeitraum weiter direkt am Verfahren beteiligt bin oder für mich der Fall zumindest zunächst abgeschlossen ist und ich bei Bedarf zu einer neuerlichen Einschätzung und Stellungnahme aufgefordert werde.

- Besteht eine befristete Genehmigung von Maßnahmen, ist in der Regel ein (schrittweises) Hinarbeiten auf die Entfixierung erforderlich. Hierbei bleibe ich mit den am Verfahren Beteiligten in Kontakt, um die Entwicklungen zu verfolgen und sowohl als Ansprech-, als auch als Diskussionspartner während des Entfixierungsprozesses zur Seite zu stehen. Ggf. erhält der zuständige Richter zwischenzeitlich Informationen zum Sachstand.
- Konnten Alternativen gefunden und direkt umgesetzt werden, erhält der zuständige Richter die Information, dass keine freiheitsentziehenden Maßnahmen mehr zur Anwendung kommen und eine gerichtliche Genehmigung entbehrlich ist.
- Steht im Ergebnis des Besuchs vor Ort, dass nach meiner Einschätzung keine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des Gesetzes vorliegt, erhält der zuständige Richter im Rahmen meiner Stellungnahme die Informationen dazu, warum aus meiner Sicht eine gerichtliche Genehmigung entbehrlich ist.

Hat der zuständige Richter einen Beschluss erlassen, erhalte ich eine Ausfertigung zur Kenntnis.

## **5.2. Der Bericht an die RichterInnen**

Zu jeder Verfahrenspflege erstelle ich einen detaillierten Bericht. Dieser enthält Informationen zur Situation in welcher ich den Betroffenen angetroffen habe, zur Mobilität des Betroffenen, zu Inhalten und Ergebnissen von (Telefon-)Gesprächen, ggf. zu Ergebnissen von Phasen zur Erprobung von Alternativen, zu Konsenspunkten und zu verbliebenen unterschiedlichen Auffassungen. Der Bericht schließt immer damit, ob ich meinerseits den beantragten Maßnahmen zustimme oder nicht.

Wenn gewünscht, sende ich den Beteiligten direkt nachrichtlich eine Ausfertigung meines Berichts zu. Dies ist meist dann der Fall, wenn der Bericht in der Einrichtung zur Sicherung vor Informationsverlusten hilfreich sein kann oder in Verbindung mit Hilfsmittelanträgen bei der Argumentation zur Unterstützung dienen kann.

In den Bezirken Pforzheim und Germersheim erhalten die Verfahrensbeteiligten routinemäßig eine Kopie meines Berichts als Anlage zur Entscheidung des Richters.

## **6. Erfahrungsbericht**

### **6.1. Der Kontakt zu den gesetzlichen Vertretern**

In den ersten Monaten meiner Tätigkeit als Verfahrenspflegerin habe ich direkt nach Erhalt der Unterlagen mit den gesetzlichen Vertretern Kontakt aufgenommen. Dabei stellte sich teilweise heraus, dass die gesetzlichen Vertreter noch keine Kenntnis vom Beschluss hatten. Ursache hierfür war die unterschiedliche Dauer des Informationsweges, insbesondere wenn mir die Unterlagen per Fax zugegangen waren. Insofern bin ich dazu übergegangen, ab dem dritten Tag nach Eingang der Unterlagen, die gesetzlichen Vertreter zu kontaktieren.

Teilweise waren die gesetzlichen Vertreter verunsichert und wussten nicht so recht, was der Beschluss mit der Bestellung eines Verfahrenspflegers zu bedeuten hat. Ursache hierfür war meist die Formulierung „wird ... als berufsmäßige Verfahrenspflegerin bestellt“, die von bevollmächtigten Angehörigen mit einer beruflichen Betreuung assoziiert wurde. Heutzutage sind die gesetzlichen Vertreter im Bezirk Pforzheim, auf Grund der Presseartikel zur Auftaktveranstaltung des Amtsgerichts (März 2013), teilweise zu den Verfahrenspflegern informiert.

In den anderen Amtsgerichtsbezirken erhalten die Angehörigen Informationen von den Pflegenden. So hat sich die Vorgehensweise mittlerweile herumgesprochen.

In den meisten Fällen waren Angehörige im Rahmen einer Vollmacht oder ehrenamtlichen gesetzlichen Betreuung die gesetzlichen Vertreter des Betroffenen. Da sie oft ihre Angehörigen regelmäßig besuchen, konnten die gemeinsamen Gesprächstermine dementsprechend ausgerichtet werden. Termine mit Angehörigen, die in weiterer Entfernung leben, sind dabei auch schon mal auf das Wochenende gefallen.

Die Terminvereinbarung mit Berufsbetreuern als gesetzliche Vertreter gestaltete sich unkompliziert. Wenn ein gemeinsamer Termin nicht möglich war, lief der Informationsaustausch telefonisch und per E-Mail.

Viele gesetzliche Vertreter haben, auch bei anfänglichen Bedenken und Ängsten, eine positive Rückmeldung gegeben. Der ein oder andere hat die Abbestellung des Verfahrenspflegers beantragt. Gründe hierfür waren, dass durch die Bestellung eines Verfahrenspflegers ein (unnötiger) Eingriff in die Rechte des gesetzlichen Vertreters gesehen wurde oder die Angehörigen das Verfahren als unnötig „aufgeblasen“ empfanden. Diese Auffassungen habe ich nicht persönlich genommen und nach der Klärung der Sachverhalte konnten die Verfahrenspflegen in einer guten Atmosphäre durchgeführt werden. Lediglich ein gesetzlicher Betreuer hatte kein Interesse an einem detaillierten Informationsaustausch.

## **6.2. Der Kontakt zu den Einrichtungen und Pflegenden**

Da in den Bezirken anfänglich noch keine Auftaktveranstaltungen zu den Verfahrenspflegen nach dem Konzept des Werdenfelser Wegs erfolgt waren, hatte ich zu Beginn meiner Tätigkeit, beim Ersteinsatz in einer Pflegeeinrichtung, den Kontakt zur Pflegedienst- oder Heimleitung gesucht. Dies stellte sich einerseits als mühselig und verzögernd heraus und andererseits erhielt ich häufig die Information, dass ich mich an den entsprechenden Wohnbereich wenden soll. Deshalb habe ich recht rasch beschlossen, mich bei der Kontaktaufnahme gleich an die Pflegenden zu wenden. Leitungen, die als erstes angesprochen werden wollten, haben mir dies rückgemeldet und ihre direkten Kontaktdaten gegeben, so dass die Vereinbarung von Terminen unkompliziert gestaltet werden konnte.

Hinsichtlich der Abläufe in den Einrichtungen sind passende Zeiten für Gesprächstermine morgens im Zeitraum zwischen 10.00 Uhr und 11.15 Uhr sowie mittags zwischen 14.30 Uhr und 17.15 Uhr. Die Gestaltung des Termins vor Ort halte ich, in Abhängigkeit vom Anliegen, flexibel. Gemeinsame Gesprächstermine mit dem gesetzlichen Vertreter kündige ich in der Regel an, damit die diensthabende Pflegefachkraft sich ebenfalls Zeit für das Gespräch einplanen kann. Besuche ohne den gesetzlichen Vertreter, bei denen ich die diensthabende Pflegefachkraft für Auskünfte für eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen will, kündige ich ebenfalls an. Liegt der Schwerpunkt meines Besuchs auf der Begegnung mit dem Betroffenen, z.B. zur Beobachtung von Verhaltensweisen oder Überprüfung von Entwicklungen der Mobilität, kündige ich meine Besuche nicht unbedingt an. Dies sorgt zwar bei einigen Pflegenden nach wie vor für Verwunderung, der Hintergrund dafür ist allerdings sehr einfach: es geht darum, den Betroffenen in Alltagssituationen und unter „normalen“ Rahmenbedingungen zu erleben. Dies halte ich in manchen Verfahren für erforderlich, um zu einer realistischen Einschätzung zur Tragfähigkeit von Alternativen zu kommen. Da ich bei diesen Anlässen einige Zeit vor Ort bin, findet sich auch immer eine Gelegenheit zum kurzen Gespräch mit den Pflegenden und zwar ohne den Ablauf über Gebühr zu stören.

Im Umgang war anfänglich schon spürbar, dass die Pflegenden es nicht gewohnt waren, die Erforderlichkeit von Fixierungen mit jemandem mit Fachkenntnis zu diskutieren, da sie doch bereits durch das Anstoßen des Antrags die Erforderlichkeit bekundet hatten. Auch wiederholtes nachhaken und ggf. eine gewisse Hartnäckigkeit seitens eines Verfahrenspflegers, war ungewohnt. Viele Pflegenden haben im Laufe der Zeit den Austausch schätzen gelernt und sogar im Rahmen des Antrags um den Einsatz eines Verfahrenspflegers gebeten. Im Bezirk Pforzheim hat die Auftaktveranstaltung des Amtsgerichts einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet. Einige Einrichtungsleitungen haben den Kontakt genutzt, um im Rahmen von Fortbildungen die Mitarbeiter zu sensibilisieren und für das Gehen neuer Wege zu stärken.

### **6.3. Der Kontakt zu behandelnden Ärzten und Therapeuten**

Nach dem Konzept des Werdenfelser Weges wäre es optimal, neben den gesetzlichen Vertretern und den Pflegenden, auch Ärzte und Therapeuten zum gemeinsamen Termin zu versammeln. Deshalb war mein Plan, mich nach und nach bei den Ärzten persönlich vorzustellen, Informationen zu geben und Möglichkeiten für die Terminfindung auszuloten. Hierbei wurde schnell klar, dass auf Grund der unterschiedlichen zeitlichen Interessen, die Aussicht auf solche Gesprächsrunden äußerst gering war. Der telefonische Austausch war wesentlich besser zu organisieren. Also klärte ich bei Bedarf und nach Rücksprache mit den Betroffenen (und gesetzlichen Vertretern) Fragen telefonisch.

Mittlerweile bin ich dazu übergegangen, medizinische und therapeutische Fragestellungen über die gesetzlichen Vertreter bzw. Pflegenden abklären zu lassen. Aus folgenden Gründen bin ich dazu gekommen:

- Als Verfahrenspfleger habe ich keine eigene Entscheidungsbefugnis.
- Das Behandlungsverhältnis besteht zwischen Arzt und Patient, ggf. vertreten durch seinen gesetzlichen Vertreter.
- Der Patient bzw. gesetzliche Vertreter hat ein Recht auf Aufklärung/Information zur Therapie.
- Im Zuge der Patientenautonomie gilt es, die Entscheidungskompetenzen des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters zu stärken.
- Die Pflegenden sind Empfänger der ärztlichen Anordnung und führen die Kommunikation zu Wirkung und Nebenwirkungen der Therapie.
- Ich bin in der Kommunikation mit dem Arzt/Therapeut eine Stelle, die den Informationsprozess unnötig verlängert und eine Pforte für den Verlust von Informationen öffnet. (z.B., wenn ich etwas mit dem Arzt bespreche und er erst wieder in 14 Tagen zur Visite vor Ort ist, hat er das Besprochene u.U. vergessen, die Pflegenden wissen nicht was besprochen war - d.h. zunächst fällt keinem Menschen auf, wenn bei dem Prozess etwas schief läuft.)

Zur Unterstützung der Kommunikation mit dem Arzt/Therapeuten fasse ich ggf. die Situation, angedachte Schritte und konkrete Fragestellungen in einem Memo für die Beteiligten zusammen. Damit sind die gesetzlichen Vertreter und die Pflegenden in der Lage, Fragen konkret und ohne Umwege zu klären. Zwar kommt es hier in machen Einrichtungen trotzdem auf Grund eines Informationsverlustes zur Verzögerung, allerdings fällt spätestens bei meiner Nachfrage zum Ergebnis auf, dass bei dem Prozess etwas schief läuft.

Falls die gesetzlichen Vertreter sich überfordert fühlen, übernehme ich auf Wunsch die Kommunikation mit dem Arzt/Therapeuten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies nur vereinzelt erforderlich ist.

## 6.4. Die Suche nach Alternativen zur Fixierung

Der häufigste Grund dafür, dass Fixierungsmaßnahmen für erforderlich erachtet wurden, war die Sturzgefahr. In vielen Fällen verbunden mit Verwirrtheit/Unruhe oder auffälligen Verhaltensweisen. Zu klärende Fragen in diesem Zusammenhang waren:

- Kann die Sicherheit bei der Mobilität verbessert werden?
  - Stand-, Gang-, Kraft und Balanceübungen
  - Übung von Transfers
  - Adäquate Hilfsmittelausstattung
  - Übung zum Umgang mit Hilfsmitteln
- Unter welchen Bedingungen haben sich Stürze in der Vorgeschichte ereignet?
- Welches Bedürfnis steckt ursächlich hinter bestimmten Verhaltensweisen?
  - Hunger/Durst
  - Toilettengang/Wechsel von Inkontinenzmaterial
  - Unbequemes Liegen
  - Ein-/Durchschlafstörung
  - Langeweile
- Treten bestimmte Verhaltensweisen zu immer den gleichen Zeiten auf?
  - Gleiche Gelegenheiten/Situationen
  - Selbe Personen
  - Selbe Uhrzeit
- Gibt es biografische Anhaltspunkte für auffällige Verhaltensweisen?
  - Zeit des Aufstehens/zur Bett gehen
  - Runde im Haus, um zur Einbruchssicherung die Türen abzuschließen
  - Hühner einsperren
  - Schichtdienst
- Gibt es medizinische oder durch die Medikamente bedingte Gründe für Stürze oder auffällige Verhaltensweisen?
  - Dosierung der Medikamente
  - Umstellung von Medikamenten
  - Paradoxe Wirkung von Medikamenten
  - Harntreibende Medikamente
- Werden Stürze bzw. auffällige Verhaltensweisen durch organisatorische Sachverhalte begünstigt?
  - Lärmpegel
  - Lichtverhältnisse
  - Übergabezeiten
  - Zeiten für Betreuungsangebote
- Welche Maßnahmen sind zur Minderung von Sturzfolgerisiken sinnvoll?

Die Antworten auf diese Fragen bereiteten den Weg zu tragfähigen Interventionen:

- Intensivierung von Bewegungsübungen durch die Pflegenden und auch durch Verordnungen für Physiotherapie.
- Anpassung/Abstimmung von Pflegezeiten, Betreuungszeiten und Betreuungsangeboten.
- Anpassung der räumlichen Gestaltung (z.B. Umstellen des Bettes oder anderer Einrichtungsgegenstände, kleine Lichtquelle, vertraute Gestaltung des Blickfeldes)
- Anpassung des direkten Umfelds in Griff- und Sichtweite.
- Einsatz von Kinästhetik-Rollen, Lagerungsschlangen oder längs gerollten Decken, statt Verwendung von Bettgittern.

- Einsatz von Niederflurbetten mit Fallschutzmatratze.
- Bodennahe Pflege.
- Einsatz von trittsichern Fallschutzmatten.
- Einsatz von Sensormatten.
- Einsatz von Anti-Rutsch-Unterlagen oder Abduktionskeilen.
- Anpassung von Rollstühlen (z.B. Multifunktions-, Trippelrollstuhl).
- Einsatz von RCN-Walkern.
- Verabschiedungsrituale beim Besuch von Angehörigen.
- (Nächtliche) Rituale, Abweichung von Organisationsroutinen.
- Basale Stimulation mit Aroma.
- Anpassung von Medikamenten.
- Verwendung von trittsicheren Socken und Protektorhosen.
- Betreuungsangebote am Abend/in der Nacht

Um festzustellen was sinnvoll ist, ist immer die Einzelbetrachtung erforderlich. Da sich manches nicht spontan erschließt, ist eine detaillierte Beobachtung des Betroffenen nötig. Teilweise ist die Frage nach der Tragfähigkeit einer Intervention auch nur durch den Versuch zu beantworten. Der Versuch sollte dabei immer unter kontrollierten Bedingungen und unter Einsatz von Maßnahmen zur Minderung von Sturzfolgerisiken stattfinden. Damit meine ich, dass der Versuch einer alternativen Vorgehensweise nicht im größten „Getümmel“ erfolgen sollte, sondern zu einem Zeitpunkt, zu dem man die Geschehnisse im Auge behalten und beobachten kann.

Wichtig ist, dass die Pflegenden den spekulativen Bereich verlassen und auf der Basis von Fakten abwägen, welche Maßnahmen zum Tragen kommen können und welche nicht. Wenn eine gewählte Alternative sich als nicht tragfähig herausstellt, sollte die Denkrichtung nicht auf eine Fixierung zurückfallen, sondern die Suche nach alternativen Vorgehensweisen weiter betrieben werden. Ein treffendes Zitat an dieser Stelle: *„Wer will, findet Wege. Wer nicht will, findet Gründe.“*

## **6.5. Zustimmung oder nicht - das ist die Frage**

Als Verfahrenspfleger ist es meine Aufgabe, die objektiven Interessen des Betroffenen zu vertreten. Deshalb stehen für mich die Äußerungen des Betroffenen, seien sie verbal oder nonverbal, an oberster Stelle bei der Abwägung von Maßnahmen.

Von besonderer Bedeutung halte ich dabei den Artikel 1 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ und BMG 2010):

*„Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe. Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können. Sie haben das Recht auf Beachtung Ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn Sie sich sprachlich nicht artikulieren können und Ihren Willen beispielsweise durch Ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden.“*

Nach meiner Auffassung gilt dieser Artikel sowohl für die Ablehnung, als auch für die Zustimmung zu Maßnahmen. Wenn ich also feststelle, dass Maßnahmen nicht gegen den Willen oder sogar auf Wunsch des Betroffenen erfolgten, habe ich nichts dagegen einzuwenden. Denn in diesen Fällen wurde den Betroffenen die Maßnahme meist seitens der Pflege vorgeschlagen und sie hatten in der Praxis die Erfahrung gemacht, dass sie sich sicherer

fühlten. Je nach dem, inwieweit der Betroffene die Tragweite seiner Entscheidung erfassen kann, ist unter Umständen dennoch eine gerichtliche Genehmigung erforderlich.

Im Zuge der Konsensfindung habe ich Maßnahmen zugestimmt, wenn der großen Sorge der gesetzlichen Vertreter gegenüberstand, dass dem Betroffenen die Maßnahmen gleichgültig waren. In diesen Fällen hatten die Maßnahmen für den Betroffenen keinen freiheitsentziehenden Charakter, beeinflussten die Lebensqualität nicht negativ und negative Folgen durch die Maßnahmen waren nicht zu erwarten. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um das Hochziehen des Bettgitters in der Nacht.

Im Fall, dass sich Betroffene zwiespältig äußerten, das Anwenden einer Maßnahme nicht abwehrten und sich unter Verwendung einer Maßnahme nicht dagegen wehrten, habe ich abgewogen, inwiefern die Betroffenen von den alternativen Möglichkeiten profitieren. Ein demenzkranker Mensch hat nicht unweigerlich vom Sturz auf eine Fallschutzmatratze einen Vorteil, insbesondere dann nicht, wenn er sich dann über den Boden auf den Weg macht.

In manchen Verfahren war auch zu berücksichtigen, dass der Zimmernachbar nicht durch die Anwendung von Alternativen einem Risiko ausgesetzt wird. Als Beispiel sei hier die Vorlage einer Fallschutzmatratze, die im Verkehrsweg des Zimmernachbars liegt und für ihn zur Stolperfalle wird, genannt.

Und schließlich ist es auch vorgekommen, dass angedachte Alternativen keine zufriedenstellenden Ergebnisse erzielten und andere Lösungsmöglichkeiten nicht gefunden wurden.

Keine Zustimmung habe ich gegeben, wenn die Betroffenen den beantragten Maßnahmen ablehnend gegenüberstanden und der damit verbundene Freiheitsentzug klar ersichtlich war.

Auch wenn Pflegende jegliche Überlegung zu Alternativen kategorisch ablehnten, obwohl die Möglichkeit zur Vermeidung von Maßnahmen mit freiheitseinschränkender Wirkung gegeben war, habe ich keine Zustimmung gegeben. In diesen Fällen habe ich über den Bericht ans Amtsgericht die aus meiner Sicht in Frage kommenden und auch zumutbaren Möglichkeiten aufgezeigt.

## 6.6. Entwicklungen

Zu Beginn der Verfahrenspflegen waren sowohl die Anträge, als auch die gerichtlichen Genehmigungen hinsichtlich des zeitlichen Umfangs wenig differenziert formuliert. Im Verlauf des Jahres sind die Genehmigungen konkreter verfasst worden, so dass gerade wenn keine wirksame Alternative gefunden werden konnte, zumindest der zeitliche Umfang und auch die Dauer der Genehmigung von vornherein begrenzt wurde.

Während zuvor, im Hinblick auf die finanzielle Belastung der Einrichtungen, die Anschaffung von Niederflurbetten, RCN-Walkern, trittsicheren Socken und Protektorhosen von den Verantwortlichen heiß diskutiert wurde, haben diese Ausstattungen in so manchem Pflegeheim mittlerweile Einzug erhalten. Dazu ist anzumerken, dass RCN-Walker verordnungsfähig sind.

Zahlreiche Bevollmächtigte haben von vornherein mit ihrer Zustimmung zu Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung gehadert, diese aber auf Grund von fehlenden alternativen Vorschlägen dennoch gegeben. Viele gesetzliche Vertreter realisierten erst im Verlauf des Verfahrens, was eine körpernahe Fixierung bedeutet und fühlten sich mit ihrer gegebenen Zustimmung nicht mehr wohl. Beispielsweise äußerte eine Ehefrau bei der Rückfrage zum verwendeten Gurtsystem: *„Ich traue mich gar nicht unter die Bettdecke zu schauen, ich habe Angst vor dem Bild das ich in den Kopf bekomme, deshalb verdränge ich es lieber.“* Diese

Bevollmächtigten waren froh über die Anregung von Alternativen und die Unterstützung bei der Realisierung der Entfixierung.

Gerade wenn es sich um Verlängerungen von bestehenden Beschlüssen handelte, waren die gesetzlichen Vertreter zunächst kritisch und fragten sich, welche Alternative wohl zur Verfügung stehen sollte - hatte doch die (oft Jahre lange) Fixierung die Erforderlichkeit bewiesen. In so manchen Verfahren konnte bewusst gemacht werden, welches Gefahrenpotenzial von freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgeht und in welcher „*trügerischen Sicherheit*“ (Frau Prof. Dr. Berzlanowich) die gesetzlichen Vertreter den Betroffenen wähten. Durch die differenzierte Auseinandersetzung mit der Situation, konnten mögliche Alternativen herausgearbeitet werden und die gesetzlichen Vertreter waren schließlich doch froh über die Anregungen und die Entfixierung, die im Ergebnis stand.

Alles in allem hat das vergangene Jahr gezeigt, dass durch die Verfahrenspflegen nach dem Werdenfelser Weg in einem großen Teil der Einrichtungen der Umdenkungsprozess von der Fixierung zur Nicht-Fixierung angestoßen werden konnte. Gleichzeitig bleibt festzustellen, dass in die Pflegepraxis Bewegung gekommen ist, die mitunter recht schnell durch beteiligte Stellen an Hürden gerät - z.B. das Genehmigungsverfahren der Kostenträger für Hilfsmittel.

### **6.7. Begegnungen, Aussagen, Situationen die zu denken gaben**

„*Nachts schläft man, das ist so und wir wollen das so.*“ Aussage einer Pflegedienstleitung im Zuge eines Verfahrens, bei dem für einen demenzkranken Mann eine Bauchgurtfixierung im Bett beantragt wurde.

„... *müssen wir sogar auf dem Toilettenstuhl fixieren ...*“ Beiläufige Äußerung einer Pflegefachkraft, bei der Frage nach dem Grund für die Fixierung im Rollstuhl.

„... *mein Sohn hat das veranlasst, ich weiß gar nicht was den das angeht.*“ Äußerung einer Betroffenen, für die eine Bauchgurtfixierung in der Nacht beantragt wurde. Auf meinen Erklärungsversuch, dass er sich große Sorgen macht, dass sie sich verletzt - begegnet sie: „*Ich war nie ein ängstlicher Typ.*“

„*Ihr wisst gar nicht was ihr mir antut.*“ Äußerung eines Betroffenen, für den ein Bettgitter beantragt war, gegenüber der Tochter.

„*Die Fixierung ist doch genehmigt, was wollen Sie jetzt?*“ Äußerung einer Ehefrau eines Betroffenen für den ein Bettgitter beantragt war.

„*Es ist mir vollkommen egal, was Sie in Ihrem Bericht schreiben, nächstes Jahr kommt ein anderer Richter und dann ist wieder als anders.*“ Äußerung einer gesetzlichen Betreuerin.

„*Frau X ist die reinste Katastrophe.*“ Äußerung einer Pflegekraft, im Rahmen eines Antrags auf körpernahe Fixierung im Bett.

„*Wir brauchen Sie gar nicht mehr. Nach dem Besuch der Richterin haben wir uns Gedanken gemacht und eine Lösung gefunden.*“ Äußerung einer Pflegedienstleitung, als ich zum Gesprächstermin kam.

„*Aus unserer Sicht braucht man die Fixierung nicht, aber die Tochter möchte es so.*“ Äußerung einer Pflegekraft. Für den Betroffenen war eine Fixierung im Rollstuhl beantragt

„*Nein Aufstehversuche macht Herr X nicht, aber er bewegt sich.*“ Häufe Antwort von Pflegekräften auf die Frage, ob der Betroffene konkrete Aufstehversuche macht.

„Wissen Sie, meine Mutter braucht das Bettgitter, sie ist doch dement.“ Häufiges Argument von Angehörigen, bei Anträgen auf die Genehmigung von Bettgittern.

„Wir hatten eine MDK-Prüfung.“ Antwort einer Pflegekraft, auf die Frage warum die Genehmigung des Bettgitters beantragt wurde.

„Wenn man ins Zimmer kommt, bekommt man erst mal einen Schreck, weil das Bettgitter unten ist. Daran muss man sich erst gewöhnen.“ Äußerung einer Pflegefachkraft nach erfolgreicher Entfixierung.

„Wissen Sie, am Tag mag das funktionieren, aber in der Nacht sind nur 2 Pflegekräfte da.“ Äußerung sowohl von Pflegenden, als auch von Angehörigen, im Zuge von Vorschlägen zur Optimierung der individuellen Betreuung.

An einem Tag trafen 8 Bestellungen zur Verfahrenspflegerin ein, wobei die Betroffenen alle in derselben Einrichtung wohnten. Bei den Gesprächsterminen ergab sich, dass die Pflegedienstleitung gewechselt hatte. Dabei ist anzumerken, dass es sich in 6 Fällen nicht um eine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des Gesetzes handelte. Die Aktion der Pflegedienstleitung löste sowohl bei den Betroffenen, als auch bei den bevollmächtigten Angehörigen große Verwirrung aus.

In einem Fall machte die Reinigungskraft, jedes Mal wenn sie im Zimmer tätig war, das Bettgitter hoch, weil sie dachte es wurde vergessen hochzuziehen.

## **7. Die Lücke zwischen Wissen/Theorie und Praxis**

### **7.1. Umgang mit demenzkranken Menschen**

Mittlerweile ist hinreichend bekannt, dass im Rahmen einer Demenzerkrankung zunehmend das Gedächtnis beeinträchtigt ist, die Menschen in ihrer eigenen Welt leben, sich auf Grund der Erlebenswelt die situative Wahrnehmung verändert, die verbale Ausdrucksfähigkeit schwindet und biografische Aspekte an Bedeutung gewinnen.

Alle zugelassenen Einrichtungen haben Pflegeleitbilder, in denen die Achtung der Menschenwürde und die individuelle Betreuung thematisiert sind. Alle Pflegeeinrichtungen haben ein Konzept zum Umgang mit demenzkranken Menschen, das in der Regel den wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht.

Mit Ausnahme eines Pflegeheims, sind für alle Pflegeeinrichtungen, die ich im Laufe der Verfahrenspflegertätigkeit kennenlernen durfte, Transparenzberichte der MDK-Prüfungen abrufbar. Die Prüfungen haben im Zeitraum zwischen Ende 2012 und Ende 2013 stattgefunden. Der Landesdurchschnitt der sogenannten Pflegenoten lag im Jahr 2013 in Baden-Württemberg bei 1,0 und in Rheinland-Pfalz bei 1,4. Ein Blick in die Bewertung des Abschnitts „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ offenbarte bei 53 von 64 Einrichtungen die Note 1,0. Und keine der 11 übrigen Einrichtungen wurde in diesem Bereich schlechter als 1,3 bewertet.

Darüber hinaus fanden sich bei einigen Einrichtungen Auszeichnungen zur Verbraucherefreundlichkeit (sogenannter Grüner Haken) und ein Aushang mit dem Hinweis, dass sie laut FOCUS zu den Top Pflegeheimen Deutschlands gehören.

Der Grüne Haken ist ein Siegel für Verbraucherefreundlichkeit und Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Betreuung. Die Prüfung erfolgt durch ehrenamtliche, geschulte Gutachter der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und

Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA). Die Einrichtungen melden sich hierzu freiwillig zur Prüfung an. Die Prüfkriterien umfassen die Bereiche Autonomie, Teilhabe und Menschenwürde.

Das Nachrichtenmagazin FOCUS erstellte im September 2012 eine Liste mit Pflegeheimen, die im Jahr 2011 in allen Kategorien der Überprüfung der MDK-Transparenzkriterien eine „glatte“ 1,0 erhielten. Übertitelt wurde diese Liste mit „Top-Pflegeheime“. Zahlreiche Einrichtung schmücken sich mit dieser „Auszeichnung“. Ein Träger schreibt sogar dazu: „*Ein vom Focus erhaltenes Siegel würdigt die hervorragende medizinische und pflegerische Betreuung der Bewohner.*“ (Quelle: Internetauftritt des Trägers, Stand 17.02.2014)

Und wie sieht in Teilen die Praxis dazu aus?

- Bei 142 Anträgen von 208 waren die Betroffenen Demenzkrank - das sind 68,27%.
- Für 63 von 142 Betroffenen wurden körpernahe Fixierungen beantragt - das sind 44,37%.
- Für 49,18 % der beantragten Maßnahmen wurden Alternativen gefunden. Dabei stand ein großer Teil der Interventionen im Zusammenhang mit der Optimierung der sozialen Betreuung und der direkten Umgebung des Betroffenen.
- Aussagen, wie sie im Kapitel 6.7 dargestellt sind.
- In den ärztlichen Attesten wird zur Unterstreichung der Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen Verwirrtheit, Unruhe und fehlende Absprachefähigkeit ins Feld geführt.
- Es wird zur Mittagsruhe fixiert.
- Personen, die nicht im Bett bleiben wollen, werden dazu zu überreden versucht.
- Personen, die sich häufig über die Rufanlage melden, wird die Rufglocke ausgesteckt.
- Seitens der Träger werden Siegel suggeriert, die gar keine sind. (Top Pflegeheim 2012)

## 7.2. Förderung der Bewegung und Mobilität

Zahlreiche Recherchen bestätigen - es gibt keinen Nachweis für den positiven Effekt von Fixierungen. Im Rahmen der Redufix-Studie konnte aufgezeigt werden, dass die Sturzhäufigkeit nicht als alleiniges Merkmal im Zusammenhang mit der Entfixierung als Bewertungskriterium herangezogen werden kann, sondern die Häufigkeit von Verletzungsfolgen.

Im Zuge der 1. Aktualisierung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe in der Pflege (2012), ist auch die Expertengruppe zur klaren Aussage gegen Fixierungen gekommen.

*„Der Expertenstandard hat zum Ziel [...], Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren. Dieses Ziel ist allerdings nicht durch die Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu erreichen, sondern vielmehr durch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität von Bewohnern/Patienten, verbunden mit einer höheren Lebensqualität. Die Expertengruppe spricht sich daher gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus.“*

Im Forschungsbereich hat man sich bereits seit 1998 in einigen Studien mit der Frage nach der subjektiven Bedeutung von Mobilität beschäftigt. Dabei wurde festgestellt, dass Mobilität im Alter eine multidimensionale Bedeutung mit sechs Qualitäten hat:

- Sich ungezwungen und frei bewegen zu können
- Autonomie
- Selbstverständlichkeit
- Zielgerichtetheit
- Die Lage des Selbst in der Umgebung
- Kontinuität

Insbesondere pflegebedürftige Menschen in Langzeiteinrichtungen verbanden Mobilität damit, nicht warten zu müssen damit etwas passiert oder ohne Hilfe aus dem Bett aufzustehen. (Bourret et al., 2002)

Internationale Studien zeigen auf, dass die Wirksamkeit von Sturzprävention in verschiedenen Aspekten nicht eindeutig nachgewiesen ist. Erkennbar ist allerdings, dass multifaktorielle Sturzpräventionsprogramme sinnvoller sind, als eindimensionale Interventionen. Dem gegenüber steht die wissenschaftliche Erkenntnis, dass sich Pflegenden hinsichtlich der Mobilität an Defiziten und Risiken orientieren. Mobilität wird seitens der Pflegenden nur auf den Körper fokussiert und damit nicht als eigenständige Zieldimension für Wohlbefinden und Lebensqualität berücksichtigt.

Und wie sieht in Teilen die Praxis dazu aus?

- In 63 Fällen wurden Fixierungsmaßnahmen im Bett, in Kombination mit Fixierungsmaßnahmen während des Sitzens beantragt - d.h. bei 30,29% der Betroffenen war eine Fixierungszeit von 24 Stunden geplant.
- Personen, die zur Bewältigung längerer Wege einen Rollstuhl benötigen, werden den ganzen Tag in den Rollstuhl gesetzt.
- Betroffene, bei denen eine Sitzhose beantragt wurde, waren während der gesamten Zeit des Sitzens fixiert.
- Bewegungsübungen finden sich in den Pflegeplanungen, nicht aber im Pflegealltag.
- Personen, die ihre Gelenke noch aktiv bewegen können, sollen laut Pflegeplanung passiv durchbewegt werden.
- Für Personen, die sich bei einem Sturzereignis im Verlauf des Tages eine Schenkelhalsfraktur zugezogen haben, wird die Genehmigung von Bettgittern zur Nacht beantragt.
- Mit der Begründung, dass der Betroffene auf Grund von Sturzfolgen Schmerzen hat, wird die Teilnahme an Bewegungsübungen ausgesetzt.
- Personen, die noch eine Stehfähigkeit haben, werden mit sogenannten Stehhilfen (bei denen der Betroffene in der Regel kaum Gewicht auf die Beine bekommt) oder Patientenliftern mobilisiert.
- Betroffenen, deren Mobilität ohne Hilfsmittel sehr unsicher und mit Hilfsmittel immer noch unsicher ist, wird das Hilfsmittel außer Reichweite gestellt, in der Hoffnung, dass sie dann nicht selbständig aufstehen.
- Auf die Äußerung von Bewohnern, dass sie zur Toilette müssen, wird nicht individuell bzw. zeitnah reagiert.
- Seitens der Kostenträger wird die Ausstattung mit Hilfsmitteln durch primäre Ablehnung oder Diskussionen zur Erforderlichkeit/Wirksamkeit erheblich verzögert.

### **7.3. Das Wissen um die negativen Folgen der Fixierung**

Fixierungsmaßnahmen haben sowohl physisch, als auch psychisch negative Auswirkungen auf Betroffene. Der Verlust von Kraft, Balancefähigkeit und Ausdauer, Sekundärerkrankungen durch die Immobilisation (z.B. Dekubitalulcera, Pneumonie, Kontrakturen), die immer größer werdende Abhängigkeit bei weiteren AEDLs (z.B. Essen und Trinken, Toilettengänge), Verstärkung von Unruhe bis hin zur Aggression, schließlich aber die Resignation und Verlust des Selbstwertgefühls.

Darüber hinaus wirken sich Fixierungsmaßnahmen auch negativ für die Pflegenden aus. Die Pflegeintensität steigt - damit die Arbeitsbelastung, das Verhalten unruhiger, fixierter

Personen zehrt an den Nerven und schließlich haben Pflegende, gerade im Zusammenhang mit körpernahen Fixierungen mitunter ein schlechtes Gewissen.

Und wie sieht in Teilen die Praxis dazu aus?

- Es werden zu alternativen Maßnahmen kaum Überlegungen angestellt.
- Es wird damit argumentiert, dass es nicht anders geht.
- Gewohnte Organisationsroutinen/Abläufe werden nur schwerfällig geändert.
- Wenn festgestellt wird, dass die Maßnahme nicht die angedachte Wirkung hat, wird dies tatenlos akzeptiert.
- Seitens der Träger werden Rahmenbedingungen nicht, unzureichend oder nur zögerlich geschaffen.
- Im Zuge der durchaus gut gemeinten Sorge und dem Vermeiden wollen von körperlichen Schmerzen, wird das psychische Leid des Betroffenen eher selten registriert.
- Gesetzliche Vertreter, die einer Fixierung nicht zustimmen, haben keine gute Lobby.
- Gesetzlichen Vertretern werden keine Alternativen zur Fixierung vorgeschlagen oder erläutert.
- Gesetzlichen Vertretern wird unterstellt, dass sie in Alternativen zur Fixierung nicht investieren wollen.

## 8. Über den Tellerrand geschaut

Besuch im AWO Seniorenwohnpark in Moosburg und im Haus Johanna am Park in Eschelbronn. Diese Einrichtungen zeigen, dass es auch ohne Fixierung geht. Was wird dort anders gemacht?

- Ein ruhiger freundlicher Umgang im Team, bei gleichzeitig klargestellten Anforderungen.
- Konzepte, die nicht nur auf dem Papier stehen, sondern in der Praxis gelebt werden.
- Geschäftigkeit von Bewohnern und Personal - ohne dass Unruhe verbreitet wird.
- Die ernsthafte Auseinandersetzung mit biografischen Aspekten des Menschen.
- Die echte Akzeptanz von biografischen Aspekten des Menschen - sehr bemerkenswert fand ich die Berücksichtigung der Lebensweise eines ehemals Obdachlosen, der zunächst sein Zuhause in einem Busch im Garten fand - von dort lief er nicht weg.
- Keine gekünstelte Beschäftigungstherapie - sondern individuelle Freizeitgestaltung.
- Eine an den Bedürfnissen des Menschen ausgerichtete Betreuung - in Zeit und Raum.
- Bewegungsgruppen, bei denen die TeilnehmerInnen mit Spaß an den Angeboten teilnehmen.
- Enger Kontakt zu den Angehörigen und regelmäßiger Informationsaustausch.
- Gemeinsame Fallbesprechung mit Ärzten, Therapeuten und Angehörigen.

## 9. Arbeitsthesen als Denkanstöße

Die folgenden Aussagen sind bewusst so getroffen. Sie sollen provozieren und nachdem die erste Empörung verraucht ist, alle die sich angesprochen fühlen zum Reflektieren anregen. Ich freue mich, wenn ich Ansporn geben kann - meine Arbeitsthesen zu widerlegen.

1. Obwohl ein großer Teil der Menschen mit beeinträchtigter Hirnleistungsfähigkeit uns sehr genau sagen oder zeigen kann, was sie wollen oder nicht, findet ihre Aussage wenig Berücksichtigung - insbesondere, wenn sie nicht in den Organisationsrahmen passt.

2. Will ein Mensch mit beeinträchtigter Hirnleistungsfunktion nicht das, was wir wollen, kann er die Situation nicht adäquat erfassen und sein Wunsch findet wenig Berücksichtigung.
3. Vollmachten beginnen meist mit den Worten „*Wenn ich meinen Willen nicht mehr äußern kann, ...*“ - in der Regel reden Pflegende mit den gesetzlichen Vertretern über den Betroffenen, nicht mit ihm, insbesondere wenn der Willen nicht dem Erwarteten entspricht.
4. Der Beantragung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gehen in den seltensten Fällen Besprechungen im sogenannten multiprofessionellen Team voraus.
5. Die Note 1,0 bei der Prüfung der Transparenzkriterien passt nicht zur Anwendung von Fixierungsmaßnahmen.
6. Die Auszeichnung mit dem Grünen Haken passt nicht zur Anwendung von Fixierungsmaßnahmen.
- 7 Es gibt durchaus Ambitionen, den Einsatz von Neuroleptika zu reduzieren, dafür steigt allerdings die Anzahl von Fixierungsanträgen, weil eingefahrene Organisationsroutinen nicht zeitgleich verändern werden.
8. Wenn man in Deutschland in ein Pflegeheim einzieht, ...
  - ... werden einem die Medikamente „abgenommen“ und verblister
  - ... muss man einen Mittagsschlaf machen
  - ... geht man spätestens um 18.30 Uhr ins Bett
9. Wenn man eine Demenz hat, bekommt man automatisch unterstellt, dass man aus dem Bett fällt.
10. Wenn Pflegenden kein Argument mehr einfällt, warum die Vorlage eines Fallschutzsackes in Verbindung mit der Anwendung eines Niederflurbettes keine Alternative zum Bettgitter ist, wird damit argumentiert, dass der Betroffene ersticken könnte, wenn er mit dem Gesicht auf dem Fallschutzsack zu liegen kommt.
11. Es ist möglich, Menschen mit Demenz in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, so dass eine gerichtliche Genehmigung zur Verwendung von Bettgittern entbehrlich ist.
12. Die Kommunikation zwischen Pflegenden, Angehörigen und Ärzten und ist äußerst verbesserungswürdig.
13. Menschen mit einer Aphasie werden bei Entscheidungen, die sie betreffen genauso übergangen, wie Demenzkranke, weil sie in ihrer Denkfähigkeit unterschätzt werden und kaum Möglichkeit zur Kommunikation erhalten.

## **Mein Fazit im Zuge des beruflichen Alltags**

Die Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen und auch in ambulanten Versorgungsstrukturen wird dann den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht, wenn die an der Versorgung Beteiligten wieder lernen:

**Den Menschen sich selbst sein zu lassen -  
ohne ihn sich selbst zu überlassen. ©**

## Literaturhinweis

Amtsgericht Garmisch - Partenkirchen: „Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege“. URL: <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/> [Stand 19.01.2014]

Brunnett R. et. al: „Mobilität als multidimensionales Konzept: Grundlage für gesundheitsförderliche Mobilitätsförderung“ In Hasseler M./Meyer M./Fischer Th. (Hrsg.): Gerontologische Pflegeforschung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag 2013. Seite 72 – 85.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen/Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 10. Auflage. Paderborn: Bonifatius GmbH

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2012): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.

Landkreis Garmisch-Partenkirchen: „Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege“. URL: <http://www.lra-gap.de/550.0.html> [Stand 19.01.2014]