

> Trotz besseren Wissens versuchen Pflegende immer wieder, mittels FEM Verhalten zu kontrollieren. Deren Einsatz ist auch eine Frage der Haltung.

## Automatismen hinterfragen

NICOLE OSTERHOLZ

**Könnten Sie einnässen, wenn man es Ihnen erlaubt? Und ist es in Ihren Augen mit der Würde des Menschen vereinbar, sturzgefährdeten Personen mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen das Umherlaufen zu verbieten? Nicole Osterholz geht diesen und ähnlichen Fragen im Folgenden nach. Ihr Artikel ist ein Plädoyer für den Verzicht auf freiheitseinschränkende Maßnahmen und verteidigt das Bedürfnis der Betroffenen nach Autonomie und ihr Recht auf Lebensrisiko.**

Stellen Sie sich vor, Sie wachen auf und müssen ganz dringend zur Toilette. Aber Sie können nicht, etwas hindert Sie daran. Könnten Sie es einfach „laufen lassen“? Welche Kräfte würden Sie mobilisieren, um nicht „in die Hose“ zu machen? Wie viel Schmerz ertragen Sie, bevor Sie sich die Blöße geben, dem Druck fernab einer geschützten Toilette nachzugeben?

Es gehört zu den ersten Dingen, die wir in unserem Leben lernen: Darm und Blase kontrollieren. Wenn wir körperlich-organisch dazu in der Lage sind, werden wir an dieser Kontrolle auch bis zuletzt intuitiv festhalten, dafür ist kein bewusster Denkprozess erforderlich. Noch mehr: Dieser Prozess ist bewusst auch nicht einfach auszuschalten. „Machen Sie sich keine Sorgen, sie haben eine Einlage in der Hose, die können wir nachher wechseln.“ Ist es jetzt für Sie eine Option, in die Hose zu machen?

Menschen mit Demenz haben mit Sicherheit noch viele andere große Ideen und Bedürfnisse, die in ihnen ungeahnte Kräfte freizusetzen wissen und sie manchmal in prekäre Situationen bringen. Das Beispiel „Hühner füttern“ oder „Kinder in die Schule bringen“ ist aber nicht annähernd so nachvollziehbar für Pflegende und Angehörige, die natürlich wissen, dass die Kinder längst erwachsen und die Hühner gegessen sind. Viele Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz haben gar nichts mit dem Krankheitsbild zu tun, sie sind einfach zutiefst menschlich. Manchmal fehlt ihnen nur die kulturelle/gesellschaftliche Schranke, sie han-

deln sozusagen unvoreingenommen in der Verfolgung ihrer Bedürfnisse. Und uns fehlt das Verständnis.

Grundsätzlich ist davon auszugehen: Niemand will vorsätzlich in seiner Freiheit eingeschränkt werden und jeder hat das Recht auf Freiheit. Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich. Kollidiert das Recht auf Freiheit mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, dann sollte Artikel 1 des Grundgesetzes in den Vordergrund rücken: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Bilder von ausgewachsenen Menschen in Gitterbetten (ein Bett mit hochgezogenen Gittern ist ein Gitterbett), von sedierten und festgebundenen Menschen sind mit menschlicher Würde nicht zusammenzubringen, auch wenn die Maßnahmen richterlich genehmigt sind und korrekt (nach Herstellerangaben) angewendet werden. Im Schadensfall spielt die rechtliche Legitimation übrigens nur eine untergeordnete Rolle, relevant sind der aktuelle Stand des Wissens und die Angemessenheit der Maßnahme.

In der Präambel des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ spricht sich die Expertenarbeitsgruppe bereits gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus. Rechtlich gesehen müssen freiheitsentziehende Maßnahmen nicht nur erforderlich, sondern auch geeignet sein, um eine erhebliche Gesundheitsgefährdung abzuwenden. Die Entscheidung habe sich am Stand des Wissens zu orientieren. Erwiesenermaßen stürzen von

Fixierungsmaßnahmen Betroffene tendenziell häufiger und die Ernsthaftigkeit der sturzbedingten Verletzungen nimmt zu. Trotzdem wird weiterhin fixiert.

Wissenschaftliche Erhebungen wie die in der Hamburger Pflegeheimstudie (Meyer & Köpke 2008) weisen auf massive einrichtungsbezogene Unterschiede hin. Es gibt Einrichtungen, in denen gerade mal ein Bettgitter hochgezogen wird und andere Einrichtungen, in denen unter gleichen Bedingungen mehr als 50 Prozent der Bewohner mechanisch in ihrer Freiheit eingeschränkt werden. In der Zusammenfassung der Leitlinie zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege wird hierzu auf Seite 30 Stellung genommen: „Demnach begründen vielmehr interne Faktoren, die menschlichen Haltungen, Verhaltensweisen und Interaktionen betreffend, als externe Faktoren, die Institution, Strukturen und das Recht betreffend, den Einsatz von FEM.“

Wissenschaftliche Erhebungen können das Ausmaß der Problematik darstellen und bestenfalls Evidenz zur Wirksamkeit einzelner Interventionen schaffen. Mit Schulungsprogrammen lassen sich die Erkenntnisse in die Praxis transferieren, im Idealfall mit vielen Ideen, wie es anders besser zu machen wäre und der Einladung zum Perspektivwechsel. Denn Wissen allein reicht nicht aus. Eine Teilnehmerin brachte es einmal auf den Punkt: „Ich habe das verstanden, ich weiß das jetzt. Ich werde trotzdem nicht anders handeln.“ Wir kennen das. Die Raucher wissen, dass rauchen ungesund bis tödlich ist. Die meisten Trinker wissen, dass ihre Leber Grenzen hat. Adipöse Menschen wissen, was sie noch dicker macht und wie sehr sie das zumindest langfristig einschränkt. Wir wollen es auch nicht immer wieder gesagt bekommen. Wir wollen überzeugt werden, dann können wir unsere Haltung dazu ändern. Und brauchen in den meisten Fällen



Foto: Kzenon/Fotolia

„Machen Sie sich keine Gedanken. Sie können es einfach laufen lassen, Sie haben ja eine Schutzhose an.“ Gerade im Stress ist dieser Satz schnell ausgesprochen, aber so richtig wohl fühlt sich wohl kein Pflegender damit.

aber noch Unterstützung, um gewohnten Konzepten und gewohntem Verhalten zu entkommen.

Es geht darum, jegliche Aktionen, die die Freiheit pflegebedürftiger Menschen einschränken – und diese lassen sich nicht pauschal definieren –, zu vermeiden. Genau genommen ist ein Bettgitter, das regelmäßig überstiegen wird, keine freiheitsentziehende Maßnahme, denn der Betroffene lässt sich durch das Bettgitter ja die Freiheit nicht nehmen. In diesem Fall ist das Bettgitter aber eine Gefahrenquelle, die aus haftungsrechtlichen Gründen abzuschaffen ist. Andersherum kann schon ein halbes Bettgitter oder der vom Bett entfernte Rollstuhl eine Freiheitseinschränkung sein, die somit ein Grundrecht nimmt und damit einer richterlichen Genehmigung bedarf – wenn es nicht dem Wunsch des Betroffenen entspricht. Freiheitsentzug ist auch eine Freiheitseinschränkung

und pflegfachlich betrachtet hat es keine Relevanz, ob es genehmigungsfähig oder genehmigungspflichtig ist. Nicht jede Freiheitseinschränkung ist für einen Außenstehenden erkennbar – und doch ist sie unbedingt zu vermeiden, aus menschlicher Sicht.

Ganz ohne Freiheitsentzug? Es gibt auch freiheitsentziehende Maßnahmen, die Freiheit geben. Menschen, die ihren Körper nicht unter Kontrolle haben und ohne einen Bauchgurt im Rollstuhl gar nicht zu mobilisieren wären. Ein Gehfrei ist auch eine freiheitsentziehende Maßnahme, da der Betroffene nicht ohne Hilfe aussteigen kann – ohne ihn könnte er sich aber nicht selbstbestimmt fortbewegen. Auch eine Klingelmatte vor dem Bett kann eine freiheitsentziehende Maßnahme und doch für den Betroffenen ein Segen sein, weil er alleine nicht weiterkommt und vielleicht nicht in der Lage ist, den Schwesternnotruf zu

bedienen. Liegt die Marke allerdings bei über fünf Prozent (prozentualer Anteil der Bewohner mit mindestens einer mechanischen Maßnahme am Stichtag), ist Misstrauen angebracht.

Lösen wir uns also von der Definitionsfrage und der rechtlichen Legitimation und beschäftigen uns mit den internen Faktoren. Es gibt Menschen, die einmal so gestürzt sind, dass sie sich seitdem nur noch in Begleitung fortbewegen mögen. Die Entscheidung, das Risiko eines weiteren Sturzes nicht noch einmal auf sich nehmen zu wollen, ist selbstbestimmt. Ihnen sollten wir Mut zusprechen und verraten, dass das Sturz- und Verletzungsrisiko steigt, wenn sie sitzen bleiben.

Und dann gibt es Menschen, die schon unzählige Male gestürzt sind. In vielen Fällen mag die Blessur nicht erwähnenswert gewesen sein, vielleicht waren aber auch schon schwerwiegende Frakturen dabei. Das ist für

sie noch lange kein Grund, liegen oder sitzen zu bleiben. Das Bedürfnis nach Autonomie ist größer und das Recht auf Lebensrisiko wird voll in Anspruch genommen.

Vor allem Menschen mit demenziellen Erkrankungen besitzen die Fähigkeit, den Schmerz und den Schrecken zu vergessen. Leider vergessen sie häufig auch, wo ihre körperlichen Grenzen sind, das erhöht das Sturzrisiko in vielen Fällen. Die sich sorgenden Menschen drum herum können das Sturzereignis jedoch nicht ausblenden und haben das nachvollziehbare Bedürfnis, weitere Stürze und Verletzungen zu verhindern. Es wird vergeblich versucht, mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen Verhalten zu kontrollieren.

In vielen Köpfen hat sich die Geschichte der alten Tante festgebissen, die sich nach einer Oberschenkelhalsfraktur nie wieder erholt hat. Angehörige haben Angst davor, ihnen fehlt der fachliche Hintergrund, sie kennen die Risiken nicht, sind aufzuklären und an die Hand zu nehmen.

Als Pflegende hinterfrage ich nicht jeden Tag meine eingespielten Wege und Arbeitsweisen. Manche Dinge tun wir tatsächlich nur aus Gewohnheit, weil wir das immer schon so gemacht haben. Diese Automatismen sind regelmäßig zu hinterfragen, mit den eigentlichen Zielen abzustimmen. So können wir neue Sichtweisen und Möglichkeiten entdecken, die den Alltag sogar leichter machen.

Ein Beispiel für Automatismus: Der Arbeitsweg. Wir sind mit den Gedanken ganz woanders und nehmen den gewohnten Weg. Dafür müssen wir nicht nachdenken, halten automatisch an roten Ampeln, achten auf unser Umfeld und sind eigentlich gar nicht bei der Sache (dem Arbeitsweg).

Haltungen werden in Kindertagen mitgegeben, durch Erfahrungen geprägt und können durch die gezielte Reflexion bestimmter Handlungen weiterentwickelt werden.

Ein Beispiel zur Handlungsfrage: Nach einem Vortrag zu diesem Thema meldete sich ein älterer Herr zu Wort und erzählte von seiner 94-jährigen Mutter, die im Jahr des Vortrags schon vier Mal gestürzt sei. Die anderen Zuhörer hielten nach seinen Ausführungen förmlich die Luft an. Alle erwarteten, dass ich in diesem Fall doch zu Bettgittern und vielleicht sogar Bauchgurt rate,

### Zusammenfassung

Wir können das Verhalten von Menschen mit Demenz nicht kontrollieren, höchstens beeinflussen. Ihre Freiheit einzuschränken, ist keine gute Option. Dennoch kommt es noch immer viel zu häufig zu solchen Maßnahmen. Alternativlos ist die fachlich angemessene Haltung und die Bereitschaft der professionell Pflegenden, mit entsprechendem Know-how Verantwortung zu übernehmen. Sie sind die Experten. Kreativität hilft zusätzlich, neue Wege zu entdecken.

**Schlüsselwörter:** *Freiheitseinschränkende Maßnahmen, Demenz, Selbstbestimmung*

weil die Mutter wirklich schon sehr gebrechlich und uneinsichtig war, sie akzeptierte weder den Toilettenstuhl am Bett, noch war sie bereit, die Klingel zu betätigen. Ich fragte ihn, wann sie stürze (immer nachts beim Toilettengang) und was ihr dabei passiert sei (zwei Mal ins Krankenhaus zur Röntgenkontrolle ohne Befund, einmal hat sie sich den Ellenbogen aufgeschlagen – Pergamenthaut). Und dann fragte ich ihn, in was für einer Regelmäßigkeit sie nachts aufsteht, um zur Toilette zu gehen. Die Dame hat ein schwaches Herz, neigt zu Wassereinlagerungen und steht jede Nacht drei Mal auf. Das Jahr war am Tag des Vortrags 151 Tage alt, das heißt bei drei Toilettengängen pro Nacht, dass sie 449 Mal heil zur Toilette und wieder zurückgekommen ist. Es ist eine Handlungsfrage, ob ich die vier Stürze sehe oder die 449 Mal, die es gut gegangen ist und im zweiten Schritt feststelle, dass die Stürze ja auch relativ glimpflich ausgegangen sind.

### Interdisziplinäre Kommunikation

Pflegende orientieren sich an ihrer Leitung. Kennen die Pflegenden die Haltung der Leitung? Wird sie klar kommuniziert? Ein Praxisbeispiel:

Als Pflegedienstleitung gehe ich morgens über die Wohnbereiche. Eine Pflegefachkraft kommt auf mich zu und berichtet, dass Frau R. nach einem Sturz mit Verdacht auf Oberschenkelhalsfraktur ins Krankenhaus eingewiesen werden musste. Meine Reaktion ist wohl normal, wenn mir ein „Mist!“ entfährt und ich mit gerunzelter Stirn daran denke, was dieser Ausflug wohl mit der hochaltrigen demenziell erkrankten Dame machen wird. Ganz wichtig ist jetzt das Gespräch, in dem ich als Pflegeleitung klarstelle, dass das ein einzugehendes Risiko ist. Zwei Jahre

ist die Dame umhergelaufen und zwei Jahre ist es gut gegangen. Sie ist oft gestürzt, meistens ohne Folgen und bisher ganz ohne Frakturen. Das Pflegeteam braucht den Freispruch durch die Leitung, um sich nicht schuldig zu fühlen, denn insgeheim überlegen sie schon, ob sie es nicht doch hätten vermeiden können. Sie wissen, was ein Krankenhausaufenthalt für Frau R. bedeutet.

Wie so oft ist die Kommunikation zwischen den Disziplinen die größte Herausforderung und die Rollenverteilung ist nicht immer allen Beteiligten klar:

- Der Betreuer kennt sich wahlweise gut mit dem Recht aus und sorgt für Ordnung in seinem Aufgabengebiet oder (viel häufiger) er ist verwandt mit dem Betroffenen und wird getrieben von der Angst um ihn. (Übrigens: Auch Experten werden plötzlich unsicher, wenn es um die eigene Familie geht. Es fällt schwer, rationale Entscheidungen zu treffen, wenn man emotional involviert ist.)
- Spezialisierte Verfahrenspfleger oder Gutachter besuchen den Betroffenen, können dabei aber nicht die komplette Situation erfassen, sie sind auf die Aussage der Pflegenden angewiesen.
- Auch der Arzt, der die Notwendigkeit der Maßnahmen attestieren soll, holt sich die dafür erforderlichen Informationen bei der Pflegekraft.
- Der Richter kennt das Gesetz wie kein anderer und genehmigt die Entscheidung des Betreuers, wenn die einbezogenen Experten die Alternativlosigkeit bestätigen.

Die Pflegenden haben den größten Einfluss auf die Entscheidung und das sollte ihnen auch bewusst sein. Aufgrund ihrer Aussagen und Darstellungen und ihrer Toleranz gegenüber Menschen mit Demenz werden Entscheidungen für oder gegen freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen und genehmigt. Ihr



fachliches Know-how ist gefragt und es ist ihr Job, sich für die Rechte der alten und demenziell erkrankten Menschen einzusetzen! Kreativität ist gefragt bei der Suche nach einer Lösung, die den unmittelbar Betroffenen am wenigsten in seinen Rechten beschneidet. Und die Lösung immer wieder upzudaten. Denn was vor drei Wochen noch angemessen gewesen sein mag, kann heute kaum zu verantworten sein.

## Bessere Lösungen finden

Meine Fortbildung zur Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Demenz basiert auf dem Schulungskonzept der vom Bundesministerium geförderten Studie ReduFix. Der wissenschaftliche, medizinische, rechtliche und pflegfachliche Theorieinput wird ergänzt um die Einladung zum Perspektivwechsel, zur Entwicklung einer Haltung, die uns so versorgen lässt, wie die meisten es sich vorstellen können, selbst versorgt werden zu wollen. Erst wenn wir Menschen mit Demenz verstehen, können wir sie begleiten.

Das Problem ist mit Sicherheit nur ein Symptom, dessen Ursache in keinem Fall mit einer freiheitseinschränkenden Maßnahme zu beheben ist. Was mag dieses Verhalten bedeuten? Hat es vielleicht eine medizinische Ursache? Welches Grundbedürfnis könnte dahinter stecken und wie lässt es sich anders befriedigen? Oder können wir es vielleicht besser aushalten, wenn wir es als Grundbedürfnis erkennen?

Ein Ansatz ist die Überlegung, ob der Betroffene mit Absicht oder eher aus Versehen so gehandelt hat, weil auch das große Auswirkungen auf die (Art der) Interventionen haben kann. Beispiel nächtliches Umherlaufen: Ist der Klient zur Toilette gegangen und hat nicht zurück in sein Bett gefunden? Oder läuft er umher, weil er das Bedürfnis hat, umherzulaufen? Oder wenn ein Bewohner immer wieder vor dem Bett liegend aufgefunden wird: Wollte er tatsächlich das Bett verlassen oder ist er „aus Versehen“ rausgerutscht? Bei ersterem ist zu überlegen, warum er das Bett verlassen wollte. Harndrang? Licht ausmachen? Für die zweite Vermutung wäre eine sinnvolle Intervention zum Beispiel eine Schwimmnudel unter der Matratze, die ein versehentliches Herausrollen verhindert, aber ein bewuss-

tes Aussteigen ermöglicht – und sich außerdem viel besser anfühlt als ein Bettgitter, das in beiden Fällen gefährlich wäre.

Anhand von Sturzprotokollen lässt sich auswerten, wann und wo die Stürze passieren, so können bestimmte Bereiche bewusst entschärft werden.

Fallbesprechungen dienen der Zusammenführung von Wissen, Sorgen und Ideen, zur Findung der Vorgehensweise, die den Betroffenen am wenigsten in seinen Rechten beschneidet. Die Einbeziehung von Betreuern und Angehörigen ist wertvoll und fördert die Zusammenarbeit. Kleiner Tipp aus der Praxis: Nicht Zeitpunkt, sondern Zeitfenster der Fallbesprechung bekannt geben.

Was ist das Problem? Was genau ist das Risiko? Bei der Abfrage greifen Pflegende gerne zurück auf die auslösende Situation. Auf der Suche nach angemessenen Lösungen zum Wohle des Bewohners ist aber nur die wirklich aktuelle Situation relevant. Nicht: Wie war es letzte Woche, warum haben wir überhaupt damit angefangen? Sondern: Wie sieht es heute aus? Was ist die aktuelle Situation?

Ein anerkanntes Grundbedürfnis der Pflege ist „handeln“, Pflegende halten sich nicht gern mit der Zielformulierung auf. An dieser Stelle ist sie unverzichtbar. Das Ziel „nicht stürzen“ ist ein genauso abwegiges Ziel wie „nicht sterben“. Neugierig nachfragen! Was wäre denn das Problem bei einem Sturz? Der Kandidat, der sich schon mehrfach den Kopf aufgeschlagen hat, braucht andere Interventionen als der, bei dem eine OSH-Fraktur befürchtet wird.

Wenn das Ziel klar definiert wurde, im besten Fall unter Einbeziehung der Angehörigen/des Betreuers, dann erst lohnt die Aufstellung einer Alternativliste. In meinen Fallbesprechungen liegt das kleinste Maß bei zehn Alternativen, denn meist dauert es ein paar Alternativen lang, bis die dafür erforderliche Kreativität in Wallung kommt. Dafür sollten die Regeln des Brainstormings eingehalten werden: Alle Ideen werden aufgenommen, keine wird bewertet, Killerphrasen („geht sowieso nicht“) sind tabu. Wichtig ist der Blick in verschiedene Richtungen: Hilfsmittel, Umgebung und andere Strategien, die in Richtung Ziel führen könnten.

Ist das Flipchart voll mit Ideen zur Vermeidung von FEM, dann entscheidet

die Bezugsperson, welcher Ansatz sich für sie am erfolgversprechendsten anhört und markiert ihn durch unterstreichen. Da wir in der Arbeit mit Menschen mit Demenz die Rechnung immer ohne den Wirt machen, ist es wichtig, auch Plan B, C und D parat zu haben. Der beste Maßnahmenplan muss gelegentlich schon nach wenigen Stunden über den Haufen geworfen werden – und dann brauchen wir kurzfristig Plan B.

## Fazit

In der Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Versorgung von Menschen mit Demenz geht es vor allem um die Mobilisation der Betroffenen, damit sie den Verlust kognitiver Fähigkeiten mit Bewegung kompensieren können. Je mobiler sie sind, desto weniger gravierend sind die Sturzfolgen – und die gilt es zu vermeiden. Und es geht um die Stärkung der Pflegenden: Sie sind die Experten! Unterstützen wir sie dabei, die Verantwortung anzunehmen und neue Sichtweisen zu entwickeln, getreu dem Slogan des Projektes ReduFix: Neu sehen. Anders handeln.

PS: Frau R. wurde übrigens noch am Tag ihres Sturzes operiert, wenige Tage später aus dem Krankenhaus entlassen und lief drei Wochen später wieder ihre Runden über den Wohnbereich. <<



### Literatur

Köpke S. & Meyer G. (2008) *Zwickmühle der Altenpflege*. Pflegezeitschrift 61, S. 556–559.

*Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013*. DNQP, Osnabrück, S. 20–21.

*Leitlinie FEM: Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege (2009)* Hamburg & Witten.

### Autorenkontakt:

**Nicole Osterholz** ist ReduFix-Multiplikatorin, Coach & systemische Organisationsberaterin und Autorin von „Mehr Zeit für die Pflege! Ein Workbook für die stationäre Altenhilfe“  
**Kontakt:** Altonaer Straße 66,  
 20357 Hamburg  
[www.osterholz-projektmanagement.de](http://www.osterholz-projektmanagement.de)  
[mail@osterholz-projektmanagement.de](mailto:mail@osterholz-projektmanagement.de)