NürnbergStift –
Qualitätssicherung

Pflegestandard
Freiheitsentziehende Maßnahmen[1]

Nr. 17

Implementiert am: 01.05.2005

Überprüfen am: Februar 2008

NÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg
Qualität ist unsere Stärke.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind immer ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des/der Bewohners/in. Sie sind nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn Gefahr für die Gesundheit des/der Betroffenen oder anderer besteht. Eine sorgfältige Prüfung aller Alternativen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Einbeziehung aller Beteiligten und Betroffenen ist daher dringend erforderlich. Das Recht des/der Bewohners/in auf Eigenständigkeit, Bewegungsfreiheit und Sicherheit sollen geachtet und geschützt werden. Der/die Bewohner/in soll sich frei bewegen und entfalten können, solange er/sie sich selbst und andere nicht an Leib und Leben gefährdet. (vgl. Artikel 2, Abs.1 GG)

Grundsatz: Eine freiheitsentziehende Maßnahme darf nur angewendet werden, wenn sie notwendig ist.

1. Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen? [2]

Wird ein/e Bewohner/in über längere Zeit oder wiederholt gegen seinen/ihren Willen durch mechanische Vorrichtungen oder auf andere Weise in seiner/ihrer Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt, die er/sie **ohne fremde Hilfe** nicht überwinden kann, spricht man von freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Als freiheitsentziehend sind zu betrachten:

Fixierung durch mechanische Maßnahmen wie:
- Bettgitter
- Sitz-, Liege- oder Bauchgurte
- Stecktische und Sicherheitsgurte am Rollstuhl
- Anlegen von Hand-, Fuß- oder Körperfesseln (z.B. zur Sicherung einer liegenden Infusion)
- Schlafsäcke, das Festbinden mit Tüchern, Pflegeoveralls
- Blockieren des Stuhles, um den/die Bewohner/in am Aufstehen zu hindern
- Lagerung mit der Matratze auf dem Boden (u. U. wird der/die Bewohner/in am eigenständigen Aufstehen gehindert)

Einsperren des/der Betroffenen:
- Absperren des Pflegebereichs oder des Bewohnerzimmers
- komplizierte Schließmechanismen an Türen
- Entziehen von Hilfsmitteln, die der/die Betroffene benötigt, um sich fortzubewegen.
- Entziehen von Kleidung und/oder Schuhen

Verabreichung sedierender Medikamente wie Schlafmittel oder Psychopharmaka, wenn diese eingegeben werden:
- um den/die Bewohner/in an der Fortbewegung im Heim oder am Verlassen des Heimes zu hindern
- um die Pflege zu erleichtern

Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen das letzte Mittel der Wahl dar, daher sind im Vorfeld alle Alternativen und die Risiken der beabsichtigten Maßnahme zu prüfen und durchzuführen. (z.B. Gespräche, Ursachenforschung bei Unruhe und Verwirrtheit, Absenken der Betthöhe etc.)

Dieser Standard ist auch bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht anzuwenden, da Bevollmächtigte ohne richterliche Genehmigung keine freiheitsentziehenden Maßnahmen anordnen dürfen.

[1] Dieser Standard ist an den Ausführungen des MDK Bayern, der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern und der Beschwerdestelle München angelehnt

[2] Quelle: Beispiele zum Vollzug des Heimgesetzes – Fixierungsmaßnahmen, WEKA Media GmbH & Co. KG, Qualitätsmanagement in der Altenpflege, Juni 2003

2. **Wann können freiheitsentziehende Maßnahmen angebracht sein?**
Beim Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen sind folgende Fälle zu unterscheiden:

Fall	Erläuterung	Richterliche Genehmigung
Fall 1	Der/die Betroffene ist einwilligungsfähig und entscheidet selbst	nicht erforderlich
Fall 2	Der/die Betroffene ist einwilligungsunfähig und fortbewegungsunfähig	nicht erforderlich
Fall 3	Der/die Betroffene ist einwilligungsunfähig aber fortbewegungsfähig	**erforderlich**
Sonderfälle Einsatz von Psychopharmaka	Einsatz von Psychopharmaka mit dem Ziel der Freiheitsentziehung	**erforderlich**
	Einsatz von Psychopharmaka mit vorrangig therapeutischer Wirkung	nicht erforderlich
Akute Selbst oder Fremdgefährdung	Maximal für **3 Tage**	nicht erforderlich

3. **Erklärung der einzelnen Fälle:**

➢ **Fall 1: Der/die Betroffene ist einwilligungsfähig und entscheidet selbst:** (z.B. Bettgitter auf eignen Wunsch)

Maßnahmen der Pflegenden:

- Alternativen prüfen (gemeinsam mit dem Betroffenen)
- Prüfung der Einwilligungsfähigkeit durch eine Pflegefachkraft. In einem Gespräch mit dem Betroffenen ist zu prüfen, ob Sinn und Zweck sowie Folgen einer freiheitsentziehenden Maßnahme erfasst werden und der/die Bewohner/in in der Lage ist, einen klaren Willen zu äußern.
- Bei Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit, sowie bei der Diagnose Demenz ist eine ärztliche Stellungnahme (Bescheinigung) einzuholen. Bestätigung durch den/die Arzt/Ärztin erfolgt auf dem Formblatt „Fall 1" (blau)
- Benachrichtigung des/der Betreuers/in (falls vorhanden) , Dokumentation der Benachrichtigung auf dem Formblatt „Fall 1" unter dem Punkt „Betreuer" und auf der Fixiermeldung.
- **Fixiermeldung per Fax an die PDL**
- Der/die Bewohner/in unterschreibt die Einwilligungserklärung (alle 6 Monate) auf dem Formblatt „Fall 1". Bei Betroffenen, die aufgrund von motorischen Einschränkungen nicht mehr schreiben können wird die Zustimmung durch die Unterschrift eines Zeugen (z.B. Betreuer, Angehörige) bestätigt.
- Ärztliche Bestätigung **alle 6 Monate** auf Aktualität prüfen und erneuern lassen. Nur erforderlich, wenn weiterhin Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit bestehen. Ansonsten kann die weitere Überprüfung mind. alle 6 Monate durch eine Pflegefachkraft erfolgen.
- **Dokumentation der Maßnahme** im Leistungsnachweis (unter „Mobilität"), in der Pflegeplanung (unter „Sicherheit"), auf dem Stammblatt (unter Hilfsmittel: Maßnahme eintragen und Markieren)
- **Sofortiges erfassen und beachten von Willensänderungen des Betroffenen** (bei einem vorübergehenden oder dauerhaften Widerruf) auf dem Formblatt „Fall 1"

➢ **Fall 2: Der/die Betroffene ist einwilligungsunfähig und fortbewegungsunfähig:**
d.h., der/die Betroffene ist entweder nicht fähig, gezielte vom Willen gesteuerte Bewegungen auszuführen oder kann nicht ohne fremde Hilfe (auch nicht mit Hilfsmitteln) seinen Aufenthaltsort ändern. Mechanische Maßnahmen bedeuten hier keinen Freiheitsentzug. Bettgitter z.B. dienen zum Schutz, damit der/die Bewohner/in durch unwillkürliche Drehbewegungen nicht aus dem Bett fällt.

Maßnahmen der Pflegenden

- Alternativen prüfen (falls die/den Betroffene/n das Bettgitter stört z.B. Sichtbehinderung, muss über Alternativen nachgedacht werden.)
- Werden keine Alternativen gefunden, erfolgt eine **Fixiermeldung per Fax an PDL**
- Benachrichtigung des/der Betreuers/in (falls vorhanden), Dokumentation der Benachrichtigung auf dem Formblatt „Fall 2" unter dem Punkt „Betreuer" und auf der Fixiermeldung.
- Bestätigung des/der Arztes/Ärztin über die Einwilligungsunfähigkeit und Fortbewegungsunfähigkeit auf dem Formblatt „Fall 2" (grün)
- Dokumentation erfolgt auf dem Formblatt „Fall 2" , Veränderungen im Pflegebericht vermerken , ansonsten wie „Fall 1"
- Ärztliche Bestätigung **alle 6 Monate** auf Aktualität prüfen.

➢ **Fall 3: Der/die Betroffene ist einwilligungsunfähig aber fortbewegungsfähig:**
d.h. der/die Bewohner/in kann eigenständig mit oder ohne Hilfsmittel seinen/ihren Aufenthaltsort verändern.

Maßnahmen der Pflegenden:

- Alternativen prüfen
- Prüfung ob bereits eine richterliche Genehmigung vorliegt.

Ist dies nicht der Fall:

- Benachrichtigung des/der Betreuers/in (falls vorhanden), Dokumentation der Benachrichtigung auf dem Formblatt „Fall 3 " (apricot) unter dem Punkt „Betreuer" und auf der Fixiermeldung.
- **Fixiermeldung per Fax an PDL**
- Ab dem Datum der Antragstellung ist die Durchführung der Maßnahme möglich
- Die richterliche Entscheidung auf dem Formblatt „Fall 3" eintragen.
- Dokumentation der Maßnahmen (Art und Umfang, Begründung und Prüfung von Alternativen, Zeitdauer der Anwendung.) auf dem Formblattblatt „Fall 3". Ansonsten wie „Fall 1"
- Regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit und des Umfangs der Maßnahme durch eine Pflegefachkraft **(mind. alle 6 Monate).**
- Ist eine Maßnahme nicht mehr notwendig oder muss eine befristet genehmigte Maßnahme verlängert werden, erfolgt erneut eine Fixiermeldung per Fax an PDL.

4. **Sonderfälle:**

Grundsätzliches zum Einsatz von Psychopharmaka:

Eine Behandlung darf nicht ohne Einwilligung von rechtlichen Betreuern/innen oder Bevollmächtigten erfolgen. Der/die Arzt/Ärztin braucht auch für eine **Bedarfsmedikation** (unregelmäßige, bei besonderen Anlässen zu verabreichende Medikamente) **vorab das Einverständnis** des/der Bevollmächtigten oder des/der Betreuers/in. Diese müssen durch den Arzt aufgeklärt werden und zustimmen. Es ist anzuraten, dass möglichst genau (schriftlich) vereinbart und festgelegt wird, bei welchen Anlässen die Medikamente eingesetzt werden sollen und dürfen.

Es ist nicht zulässig, eine Bedarfsmedikation zur Erleichterung der Pflege oder Ruhigstellung des Betroffenen einzusetzen.

➢ **Einsatz von Psychopharmaka mit dem Ziel der Freiheitsentziehung:**
Werden Medikamente gezielt eingesetzt, um die Fortbewegungsfreiheit einzuschränken, dann liegt eine freiheitsentziehende Maßnahme vor, durch die der/die Betroffene z.B. am Verlassen des Bettes und/oder der Einrichtung gehindert wird. Der/die Betroffene kann dann z.B. nur noch kurze Wegstrecken ohne Hilfe oder nur noch mit Hilfe gehen, oder aufstehen.
Vorgehen wie im Fall 3!

➢ **Einsatz von Psychopharmaka mit vorrangig therapeutischer Wirkung:**
Medikamente, die therapeutisch (zu Heilzwecken) eingesetzt werden, können als Nebenwirkung die Mobilität, die Artikulations- und /oder Urteilsfähigkeit des/der Betroffenen beeinträchtigen und somit auch freiheitsentziehende Wirkung haben.

Maßnahmen der Pflegenden

- **Sorgfältige Beobachtung der Wirkungsweise von Medikamenten durch die Pflegekräfte**
  Gerade bei Psychopharmaka ist die Beobachtung auf paradoxe (entgegengesetzte Wirkungen) von Bedeutung. Bei Zweifeln an der Wirkungsweise muss eine Abklärung durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen.
- Die Pflegekraft bespricht die aufgetretenen Nebenwirkungen der Medikamente mit dem Arzt/der Ärztin, mit dem Ziel einer Anpassung der Dosierung.
- Mindestens alle 6 Monate sollte eine Fachkraft zusätzlich zur fortlaufenden Dokumentation die Wirkungsweise der verabreichten Psychopharmaka im Einzelfall in der Pflegeplanung einschätzen. (Einschränkung der Artikulations- und/oder Urteilsfähigkeit, Sturzgefahr)
- **Besonders sorgfältige Dokumentation bei Bedarfsmedikation**
  Grundsätzlich sollte die Verordnung, Verabreichung und Wirkungsweise der Psychopharmaka aus der Pflegedokumentation ersichtlich werden, d. h., die Verordnung durch den Arzt ist auf dem Medikamentenblatt festzuhalten. Der Anlass und die Wirkungsweise wird im Berichtsblatt durch die Pflegekraft dokumentiert.

➢ **Akute Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand):**

Liegt vor, wenn:[3]

- ein/e Bewohner/in aufgrund starker Aggressivität deutliche Anzeichen direkt drohender und erheblicher Gefahr für sich (z.B. Suizid) oder andere erkennen lässt, und diese Gefahr nur durch Fixierungen o. ä. abgewendet werden kann oder
- die Gefahr besteht, dass ein/e Bewohner/in im momentanen Zustand unkontrolliert krankhafter Bewegungsunruhe sich oder anderen einen Schaden zufügt, z.B. akute Verwirrtheit infolge von Herz-Kreislauf-Störungen.

In diesem Fall muss die **Pflegefachkraft selbstverantwortlich** handeln und über freiheitsentziehende Maßnahmen (mechanisch oder medikamentös) entscheiden. Die Maßnahmen dürfen nur **einmalig** und höchstens für die Dauer von **3 Tagen** durchgeführt werden. Ist absehbar, dass die Maßnahme längerfristig oder dauerhaft notwendig ist, wird evtl. eine richterliche Genehmigung notwendig. Fall 1-3 prüfen!

Maßnahmen der Pflegenden:

- Einschätzung der Situation einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung
- Prüfung von Alternativen und deren Dokumentation
- Veranlassung notwendiger Maßnahmen durch die diensthabende **Fachkraft** (z.B. vorübergehende Fixierung, Bedarfsmedikation, alternative Möglichkeiten zur Entspannung/Beruhigung, Verständigung des Arztes, evtl. Benachrichtigung der Polizei)
- Benachrichtigung des/der Betreuers/in (falls vorhanden),
- **Fixiermeldung per Fax an PDL**
- Dokumentation der Situation im Pflegebericht mit Beginn, Anlass, Dauer, Ausmaß der Gefährdung und Art und Weise der Maßnahmen.
- Eintrag über die Aussage des Arztes im Pflegebericht (Falls beim behandelnden Arzt nachgefragt wurde)

5. **Pflegerische Probleme bei freiheitsentziehenden Maßnahmen:**

Durch Fixierung oder Sedierung können unterschiedlichste Pflegeprobleme entstehen z. B.:

- Dekubitus-, Kontrakturen- und Scheuerläsionsgefahr
- Pneumonie- und Thrombosegefahr
- Gefahr der Ödem- und Druckstellenbildung durch zu feste Fixierung
- Gefährdung durch unangemessene Fixierung
- Gefährdung durch nicht sachgerechte Fixierung
- Zusätzliche Verstärkung von Angst- und Unruhezuständen
- psychische Veränderungen (Teilnahmslosigkeit, Aggression usw.)
- Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Probleme mit der Ausscheidung (auftretende Inkontinenz)

Einer Beobachtung des/der Bewohners/in auf:

- Wesensveränderungen
- verstärkte Unruhe
- Sitz der Fixierungen
- Hautzustand
- Ein-Ausfuhr
- Notwendigkeit der weiteren Fixierung / Sedierung

kommt daher besondere Bedeutung zu.

Die entsprechenden Standards sind zu beachten. (Pneumonieprophylaxe, Thromboseprophylaxe etc.)

Bei jeder Unterbrechung der Maßnahme besteht erhöhte Aufsichtspflicht!

[3] Klie, T.: Rechtskunde, Vincentz Verlag 1997, 6.Auflage, S.158

NÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg
Qualität ist unsere Stärke.

Freiheitsentziehende/ - beschränkende Maßnahmen
Fall 1 (einwilligungsfähig)

Grund der Maßnahme	**Art der Maßnahme/ geprüfte Alternative** (bzw. Veränderungen der Maßnahme o. des Umfangs)	Dauer der Maßnahme			**Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit des Bewohners** Begründung der Pflegekraft (Bestätigung d. Arztes siehe Rückseite)	Datum/ Hz	**Einwilligung/ Widerruf des/der Bewohners/in**
		Datum	Überprüfen am: (max. nach 6 Mon.)	Hz			

Name: Vorname: geb.: Pflegebereich: Blatt -Nr.:

Grund der Maßnahme	**Art der Maßnahme/ geprüfte Alternative** (bzw. Veränderungen der Maßnahme o. des Umfangs)	Dauer der Maßnahme			**Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit des der Bewohner/in** Begründung der Pflegekraft (Bestätigung d. Arztes siehe unten)		**Einwilligung/ Widerruf des/ der Bewohner/in**
		Datum	Überprüfen am: (max. nach 6 Mon.)	Hz		Datum /Hz	

Name: Vorname: geb.: Pflegebereich: Blatt -Nr.:

Formulierungshilfen:

Grund der Maßnahme	**Art der Maßnahme**	**geprüfte Alternativen**
1. motorische Unruhe	Bettgitter	Gespräche
2. Verwirrtheitszustand	Fixierung an:	Spaziergänge
3. Erregungszustand mit selbst- oder fremdgefährdender Tendenz	Stecktisch	Halb- bzw. Schrägbettgitter
4. zum Schutz liegender Sonden/Katheter/Tubi / Infusionen	Bauchgurt	Matratze vor dem Bett
5. im Rahmen der Notwehr oder des Notstandes (s. Bericht)	Sitzgurt	
weitere Gründe:	Medikamente (siehe Med.-Blatt)	andere Alternativen:
	andere Maßnahmen:	

Stand 27.02.2007

Bestätigung des Arztes über die **Einwilligungsfähigkeit** des Bewohners:
Nur bei Zweifel der Pflegekraft oder Diagnose Demenz **(gültig für max. 6 Monate)**

Einwilligungsfähig:
Ja Datum/ Unterschrift d. Arztes

Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

wurde informiert

konnte nicht erreicht werden

Datum/ Handzeichen:

NÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg

Qualität ist unsere Stärke.

Freiheitsentziehende/ - beschränkende Maßnahmen
Fall 2 (einwilligungsunfähig **und** fortbewegungsunfähig)

Grund der Maßnahme	**Art der Maßnahme/ geprüfte Alternative** (Bestätigung d. Arztes über die Einwilligungsunfähigkeit und Bewegungsunfähigkeit siehe Rückseite)	**Dauer der Maßnahme**		
		Datum	Überprüfen am: (max. nach 6 Mon.)	Hz

Name:	Vorname:	geb.:	Pflegebereich:	Blatt -Nr.:

Grund der Maßnahme	Art der Maßnahme/ geprüfte Alternative (Bestätigung d. Arztes über die Einwilligungsunfähigkeit und Bewegungsunfähigkeit siehe unten)	Dauer der Maßnahme		
		Datum	Überprüfen am: (max. nach 6 Mon.)	Hz

Name:	Vorname:	geb.:	Pflegebereich:	Blatt -Nr.:

Formulierungshilfen:

Grund der Maßnahme

1. motorische Unruhe
2. Verwirrtheitszustand
3. Erregungszustand mit selbst- oder fremdgefährdender Tendenz
4. zum Schutz liegender Sonden/Katheter/Tubi / Infusionen
5. im Rahmen der Notwehr oder des Notstandes (s. Bericht)

weitere Gründe:

Art der Maßnahme

Bettgitter
Fixierung an:

Stecktisch
Bauchgurt
Sitzgurt
Medikamente (siehe Med.-Blatt)
andere Maßnahmen:

geprüfte Alternativen

Gespräche
Spaziergänge

Halb- bzw. Schrägbettgitter
Matratze vor dem Bett

andere Alternativen:

Bestätigung d. Arztes **über die Einwilligungsunfähigkeit und Fortbewegungsunfähigkeit** des/der Bewohners/in:

Gültigkeit für max. 6 Monate

Datum	Unterschrift
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

wurde informiert

konnte nicht erreicht werden

Datum/ Handzeichen:

_____

Stand 27.02.2007

HÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg
Qualität ist unsere Stärke.

Freiheitsentziehende/ - beschränkende Maßnahmen
Fall 3 (einwilligungsunfähig **aber** fortbewegungsfähig)

Grund der Maßnahmen (einmaliger Eintrag, ansonsten nur bei Veränderungen)	**Art der Maßnahme/ geprüfte Alternative** (bzw. Veränderungen der Maßnahme o. des Umfangs)	Dauer der Maßnahme			**Fachliche Überprüfung und Beurteilung** der Notwendigkeit und Wirksamkeit der Maßnahmen durch eine Fachkraft (mind. alle 6 Monate) (richterliche Genehmigung siehe Rückseite)	Datum /Hz
		Datum	Überprüfen am: (max. nach 6Mon.)	Hz		

Name: Vorname: geb.: Pflegebereich: Blatt -Nr.:

Grund der Maßnahme (einmaliger Eintrag, ansonsten nur bei Veränderungen)	**Art der Maßnahme/ geprüfte Alternative** (bzw. Veränderungen der Maßnahme o. des Umfangs)	Dauer der Maßnahme			**Fachliche Überprüfung und Beurteilung** der Notwendigkeit und Wirksamkeit der Maßnahme durch eine Fachkraft (mind. alle 6 Monate) (richterliche Genehmigung siehe unten)	Datum /Hz
		Datum	Überprüfen am: (max. nach 6 Mon.)	Hz		

Name: Vorname: geb.: Pflegebereich: Blatt -Nr.:

Formulierungshilfen:

Grund der Maßnahme

1. motorische Unruhe
2. Verwirrtheitszustand
3. Erregungszustand mit selbst- oder fremdgefährdender Tendenz
4. zum Schutz liegender Sonden/Katheter/Tubi / Infusionen
5. im Rahmen der Notwehr oder des Notstandes (s. Bericht)

weitere Gründe:

Art der Maßnahme

Bettgitter
Fixierung an:
Stecktisch
Bauchgurt
Sitzgurt
Medikamente (siehe Med.-Blatt)
andere Maßnahmen:

geprüfte Alternativen

Gespräche
Spaziergänge
Halb- bzw. Schrägbettgitter
Matratze vor dem Bett
andere Alternativen:

Die o. g. freiheitsentziehende Maßnahme ist vom **Vormundschaftsgericht** mit

Erstentscheidung vom:

genehmigt worden:

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r

wurde informiert

konnte nicht erreicht werden

Datum/ Handzeichen:

_____

Stand 27.02.2007