

**PFLEGEWISSENSCHAFTLICHE EXPERTISE ZUM
UMGANG MIT FREIHEITSENTZIEHENDEN
MAßNAHMEN (FEM) IN DER
STATIONÄREN PFLEGE**

Dr. Manfred Borutta
Pflegerwissenschaftler (MScN)
Dipl. Pflegerwirt

Aachen, April 2012

Gliederung

1.	Anlass und Zielsetzung der Expertise	05
1.1	Novellierung des WTG und des LPfG NRW.....	05
1.2	Forderungen nach Verzicht der Anwendung von FEM	08
1.3	Zielsetzung der Expertise.....	
2.	Relevanz des Themas in Pflegepraxis und Pflegewissenschaft.....	10
3.	Studienergebnisse zur Situation in bundesdeutschen Heimen.....	13
3.1	Prävalenz- und Inzidenzdaten zur Anwendung von FEM.....	13
3.2	Gründe für die Anwendung von FEM.....	17
3.3	Studienergebnisse zu Schulungsinterventionen	20
3.4	Wirksamkeit von Leitlinien, Standards und (gesetzlichen) Rahmenvorgaben zu FEM und Entscheidungshilfen in der Praxis	25
3.5	Wirksamkeit pflegerischer Interventionen	26
3.6	Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen, Betreuern und Betreuungsgerichten	31
3.6.1	Betreuungsgerichte und die Brüchigkeit des Genehmigungsverfahrens	31
3.6.2	Gewährleistung der Kooperation durch die Pflegeeinrichtungen	32
3.6.3	Gemeinsam Verantwortung übernehmen – der ‚Werdenfelser Weg‘	33
4.	Rechtliche Bewertung der Anwendung und des Verzichts auf FEM	36
4.1	Grundrechtliche, zivilrechtliche und strafrechtliche Implikationen	36
4.2	Rechtliche und pflegepraktische Unsicherheiten	41
4.3	Typologisierung der von FEM betroffenen Bewohner	45
4.4	Abwägungsgebot und Ressourcenbezug in den Urteilen und Kommentaren	47
4.4.1	Die Pflicht zur sachgerechten Abwägung nach dem Erforderlichkeitsgrundsatz und dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz	47
4.4.2	Der Bezug zu den Ressourcen	51
4.5	Zwischenfazit zur rechtlichen Situation	53
5.	Zusammenfassende Bewertung der vorliegenden Studienergebnisse	54
6.	Systemtheoretische Analyse des Problems der FEM in der Pflege	56
6.1	Die Suggestion einer fixierungsfreien Pflege demenziell veränderter Menschen	56
6.2	Polykontexturale Perspektive auf das Phänomens FEM.....	57
6.3	Notwendigkeit einer umfassenden pflegewissenschaftliche Beobachtung des Phänomens der FEM	59
7.	Handlungserfordernisse.....	61
7.1	Erfordernis der weiteren pflegewissenschaftlichen Untersuchung von FEM.....	61
7.2	Politische und rechtliche Erfordernisse	62
7.3	Einrichtungsbezogene Erfordernisse	63

Literaturverzeichnis 66

Anlage (zu Kap. 4.3):

Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Praxis:

Was ist zu beachten und wer ist anzusprechen?..... 69

Tabellen:

Tab. 1: Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege	09
Tab. 2: Bewertung der Interventionen zur Reduktion von FEM.....	25

1. Anlässe der Expertise

1.1 Novellierung des WTG und des LPfG NRW

Die Landesregierung NRW beabsichtigt eine Reform des Landespflegegesetzes (LPfG) und des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG). In diesem Zusammenhang hat das Landeskabinett mit Beschluss vom 07.02.2012 ein Eckpunktepapier zur „Weiterentwicklung des Landespflegerechts und Sicherung einer demographiefesten Infrastruktur für Alte, Pflegebedürftige und deren Angehörige“ und zur „Reform des Wohn- und Teilhabegesetzes“ vorgelegt.¹ Das bestehende Landespflegegesetz gibt aus Sicht der Landesregierung Anlass zur Reform in den Bereichen

- Rahmenbedingungen für Investitionen der Pflegeeinrichtungen
- Pflegewohngeld
- Partizipation
- Neue Wohnformen
- Pflegeplanung und
- Pflegeberatung

Das Wohn- und Teilhabegesetz soll insbesondere in den Feldern

- Geltungsbereich/Einrichtungstypen
- Personelle Anforderungen
- Wohnqualität/Teilhabe/Mitwirkung
- Prüfungsverfahren/Qualitätssicherung
- Prüfungsinhalte/-ergebnisse

überarbeitet und den aktuellen Anforderungen entsprechend angepasst werden.²

Bei ihren Reformbemühungen und –absichten verweist die Landesregierung wiederholt auf den Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen ‚Situation und Zukunft der Pflege in NRW‘ (Drs. 13/6666)³ und auf die Konvention der

¹ Ergänzend hierzu siehe u..a: Bericht der Landesregierung über die Evaluierung des Landespflegegesetzes (Drs. 14/3100 vom 21.12.2009); Ergebnisse der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Drs. 14/1060 vom 27.01.2010); MGEPA: Bericht über Evaluation und Reform des Landespflegegesetzes und des Wohn- und Teilhabegesetzes vom 08.07.2011 (Vorlage 15/741) und Bericht des Ministeriums zum Thema ‚Evaluation und Reform des Landespflegegesetzes bzw. des Wohn- und Teilhabegesetzes‘ vom 25.11.2011

² Vgl. Bericht des MGEPA vom 25.11.2011

³ Vgl. u.a. Bericht des MGEPA vom 08.07.2011, S. 3

Vereinten Nationen über die Recht von Menschen mit Behinderungen⁴. Im Kontext der vg. Schwerpunkte stehen für die Landesregierung die Themen *Selbstbestimmung und das Verwirklichen individueller Lebensentwürfe, Lebensqualität, Weiterentwicklung der Lebensumwelt, eine neue Kultur der Aufmerksamkeit, der Toleranz und Wertschätzung* im Vordergrund der Reformbemühungen.⁵

Die Landesregierung beabsichtigt mit der Reform des Landespflegegesetzes u.a. „...das sensible und schwierige Thema ‚Gewalt in der Pflege‘ ebenso wie den Umgang mit physischen und psychischen Gewalterfahrungen ... tabufrei und ohne Stigmatisierung von Pflegenden, Pflegebedürftigen und Institutionen aufzuarbeiten.“⁶ In diesem Zusammenhang ist auch die kritische Beobachtung und Bewertung freiheitseinschränkender (also sowohl freiheitsbeschränkender wie auch freiheitsentziehender)⁷ Maßnahmen gegenüber demenziell veränderten pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen zu verorten. Bereits das bestehende WTG verlangt eine Anzeige-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht im Hinblick auf die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen (§ 9 Abs. 4 WTG). In den Prüfberichten der zuständigen überwachenden Behörden ist die Anzahl freiheitseinschränkender Maßnahmen und freiheitsentziehender Maßnahmen zu dokumentieren und zu veröffentlichen (§ 20 Abs. 1 Pkt. 10 WTG).

1.2 Forderungen nach Verzicht der Anwendung von FEM

Zunehmend sehen sich Heime und Pflegende mit Forderungen konfrontiert, auf die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gänzlich zu verzichten. Die Formen dieser an die Einrichtungen und pflegenden Akteure herangetragenen Erwartungen reichen von fachlich unzureichend recherchierten und in ihrer sprachlichen Darstellung kritikwürdigen Medienberichten⁸ bis hin zu Fachbeiträgen aus dem direkten Umfeld der Pflege bzw. aus der Pflege selbst. Diese lassen jedoch in aller Regel

⁴ Vgl. u.a. Eckpunktepapier vom 07.02.2012, S. 3

⁵ Vgl. Eckpunktepapier vom 07.02.2012, S. 2, 4 u. 6

⁶ Vgl. Eckpunktepapier vom 07.02.2012, S. 13

⁷ Wir verwenden den Begriff ‚Freiheitseinschränkung‘ in dieser Expertise als Oberbegriff für die beiden zentralen Formen Freiheitsbeschränkung (i.S. kurzfristiger bzw. einmaliger Eingriffe in die Freiheitsrechte) und Freiheitsentziehung (i.S. wiederholter bzw. dauerhaft angewandter Eingriffe nach § 1906 Abs. 4 BGB)

⁸ Vgl. als aktuelles Beispiel die ARD-Sendung Kontraste vom 13.04.2012: Festgeschnallt und ausgeliefert. Zwangsfixierungen im Pflegeheim

eine polykontexturale Betrachtungsweise des Problems vermissen.⁹ So werden für die zahlreichen Anwendungen freiheitsentziehender Maßnahmen zwar multifaktorieller Ursachen gesehen und ebenso Vorschläge zu multifaktoriellen Interventionen unterbreitet¹⁰. Diese lassen aber bislang eine fundierte Mehrebenenanalyse bzw. eine polykontexturale Perspektive¹¹ auf das Phänomen durchweg vermissen. Damit wird die Problematik zunehmender Fixierungen in der Altenpflege bzw. signifikanter regionaler Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit wird im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückgeführt:

1. Mangelndes Wissen der pflegenden Akteure im Hinblick auf Alternativen (hier insb. über die Anwendung technischer Hilfsmittel)
2. Probleme auf der Interaktionsebene unterschiedlicher Akteure (Pfleger, Ärzte, Betreuer, Angehörige, Richter etc.)

Demzufolge konzentrieren sich die Vorschläge zu Interventionen häufig darauf, das „Wissen im Umgang mit FEM“ zu verbessern und „den Einsatz von technischen Hilfen zur Reduktion von sturzbedingten Verletzungen“ zu gewährleisten.¹²

Aus einer polykontexturalen Perspektive wird das Problem somit nicht nur *eindimensional* betrachtet, sondern die Verantwortung für eine vorzunehmenden – und fachlich sicherlich gebotene – Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen konzentriert sich weitestgehend auf die operative Ebene der Pflegenden als Adressaten für Interventionsbemühungen. So verwundert es nicht, wenn Kliniken und Pflegeeinrichtungen – dem (fach-)öffentlichen Druck zur Reduktion von FEM folgend – im Kontext von Qualitätsmanagementbemühungen als internes *Benchmarking* normative Vorgaben zur Reduktion von FEM durch die Pflegenden als Druckpotenzial einsetzen.¹³

⁹ Vgl. bspw. Vortrag von U. Brucker (MDS, Essen) „...doch, doch es geht. Lasst es halt sein... vom 18.02.2010 auf der Fachtagung ‚Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Vermeidungsstrategien und Empfehlungen‘ am 18.02.2010 in Münster

¹⁰ Vgl. RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohner‘ Stuttgart, Freiburg 2008, S. 22

¹¹ Vgl. Vogd, W.: Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung, Opladen u. Farmington Hills, 2009 sowie ders.: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerswist 2011

¹² Vgl. Koczy, P.; Klie T. et al.: Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernahen Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38. Jg. (2005), S. 33-39

¹³ So müssen die Mitarbeiter/innen einer Klinik in Düsseldorf innerhalb eines Jahres eine Reduktion von 20 Prozent der bisherigen Fixierungen vornehmen, ohne dass es hierzu einen Leitfaden i.S. des shared decision making (SDM) o.ä. gibt.

Dabei bleibt es dann in aller Regel den Pflegenden überlassen, wie sie das dabei zu beachtende und auszubalancierende Spannungsfeld der Vermeidung von Selbstgefährdung (Schutz der körperlichen Unversehrtheit) und der Gewährung von Handlungs- und Bewegungsfreiheit gestalten. Im Kern kommt eine solche Reduktion von Komplexität einer Trivialisierung des Problems gleich, die im Sinne der Gouvernamentalität (Foucault) jede/r Mitarbeiter/in zum „Unternehmer seiner selbst“¹⁴ macht. Im Umkehrschluss wird so Misserfolg (das Scheitern der Reduktionsvorgaben) als individuelles Versagen zurechenbar. Kollektive Verantwortung wird hierdurch personalisiert; die Relevanz der durch das Management etablierten organisationalen Spielregeln gerät ebenso in den blinden Fleck der Betrachtung wie gesellschaftliche Rahmenvorgaben bspw. aus dem Leistungsrecht.

1.3 Zielsetzung der Expertise

Die Expertise soll den BPA NRW darin unterstützen, eine eigenständige pflegfachliche und rechtliche Position im Rahmen der anstehenden Diskussionen auf Landesebene zur Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes und weiterer Rechtsnormen zu vertreten. Sie soll sich durch eine differenzierte Darstellung, welche der Komplexität des Themas gerecht wird, auszeichnen. Zunächst sollen der derzeitige Stand der pflegewissenschaftlichen Diskussion und die wesentlichen Befunde der hierzu vorliegenden Studien zusammengefasst werden. Auf der Grundlage dieser der Bewertung der Studienergebnisse werden zentrale Empfehlungen herausgearbeitet, die auf mehreren Ebenen expliziert werden:

- a) pflegewissenschaftliche Erfordernisse
- b) pflegepolitische Erfordernisse
- c) pflegepraktische Erfordernisse.

Die Expertise geht von folgenden Prämissen aus:

1. Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB stellt die ultima ratio pflegerischen Handelns dar,

¹⁴ Vgl. Bröckling, U.: Totale Mobilmachung. Menschenführung und Qualitäts- und Selbstmanagement. In: ders. et. al. (Hrsg.), Gouvernamentalität der Gegenwart, Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a. M. 2000, 131-167

d.h. sie muss nicht nur stets (betreuungsrechtlich) legalisiert sein, sondern ebenso fachlich und ethisch legitimiert sein.

2. Als Eingriffe in die Grundrechte pflegebedürftiger Menschen sind FEM stets polykontextural¹⁵ zu betrachten. D.h., neben der fachlichen Verantwortung und Kompetenz der pflegenden Akteure sind die organisationalen und die gesellschafts-politische Kontexte mit einzubeziehen.
3. Die prinzipiell anzustrebende Möglichkeit einer Reduktion von FEM ist nicht ausschließlich von der jeweiligen Kompetenz der Pflegenden abhängig, sondern ebenso von den organisationalen und gesellschaftspolitische Rahmenvoraussetzungen unter denen Pflege derzeit realisiert werden muss. Beispielsweise sind leistungsrechtliche Vorgaben nicht ausblendbar, sondern bei der Frage der Häufigkeit der Anwendung von FEM grundsätzlich mit zu berücksichtigen.
4. Ziel aller Bestrebungen einer weitestgehenden Vermeidung von FEM sollte es deshalb sein, die Ursachen der Entstehung FEM in der Pflege zu analysieren (und damit nicht nur auf eine unreflektierte Reduktion bestehender FEM hinzuwirken).
5. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ist ein kompletter Verzicht auf FEM in der stationären Pflege nicht nur schwer realisierbar, sondern im Einzelfall dort kontraindiziert, wo eine akut drohende erhebliche Selbstgefährdung bzw. Selbsttötung nicht ausgeschlossen werden kann.
6. Die fachgerechte und ethisch begründete Abwägung zwischen den sich aus dem Einzelfall ergebenden Belange ist Ausdruck eines fallorientierten professionellen Handelns. Dieses kann sich immer nur interdisziplinär (im Zusammenwirkung von Pflegenden, Betreuern, Betreuungsrichtern u.a.) verwirklichen.

¹⁵ Zur Polykontexturalität (bzw. dem polykontexturalen Ansatz) vgl. Kap. 6

2. Relevanz des Themas in Pflegepraxis und Pflegewissenschaft

Die Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Freiheitsentziehende Maßnahmen‘ in der Pflege ist nicht neu. „Seit den (19)80er Jahren ist die Aufmerksamkeit für Freiheits Einschränkungen in der stationären Pflege deutlich gestiegen und diese Maßnahmen wurden, ähnlich wie in der Psychiatrie, als Eingriff in die Menschen- und Freiheitsrechte interpretiert.“¹⁶ In der Fachliteratur findet das Thema spätestens seit den 1990er Jahre verstärkt Beachtung.¹⁷ Der Gesetzgeber reagierte mit der Verabschiedung des Betreuungsrechts auf das Erfordernis einer verfassungskonformen gesetzlichen Regelung.¹⁸ Pflegewissenschaftlich wurde das Thema in Deutschland erst nach 2000 verstärkt aufgegriffen und untersucht.¹⁹ Während insbesondere im anglo-amerikanischen Raum bereits seit längerem zum Umfang und zur Wirkung der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen geforscht wird, startete die Erforschung dieses Phänomens in Deutschland mit erheblicher Verzögerung. Einen datenbankgestützten Überblick über vorliegende internationale und nationale Studien zum Thema liefert Kap. 3 der aktuellen evidenzbasierten Leitlinie ‚Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege‘²⁰ (im Folgenden: FEM-Leitlinie). Die vom Deutschen Institut für Menschenrechte herausgegebene Studie ‚Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege‘ problematisierte FEM im Zusammenhang mit internationalen Menschenrechten „...wie etwa dem Recht auf menschenwürdige Pflege, auf angemessenes Wohnen, auf körperliche Integrität und auf Gesundheit“²¹.

Die FEM-Leitlinien verweist auf drei nationale Studien mit aktuell erhobenen Daten zum Thema:

¹⁶ Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; Haut, A.; Meyer, G.: Leitlinien FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie ‚Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege‘, Hamburg, Witten 2012, S. 13

¹⁷ Vgl. u.a. die insg. neun Auflagen (zw. 1983 und 2009) des Fach- und Lehrbuches von Klie, Th.: Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen (hier: Kap. III), Hannover sowie Borutta, M.: Fixierung in der Pflegepraxis. Alternativen kennen – Selbstbestimmungsrecht achten, Hannover 1994 und ders.: Pflege zwischen Schutz und Freiheit, Hannover 2000, Henke, F.: Fixierungen in der Pflege, Stuttgart 2006

¹⁸ Bereits seit dem Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags im Jahr 1975 stand fest, dass das (noch bis 1991 geltende) Vormundschaftsrecht in seinen Zielen und in seinen konkreten Bestimmungen verfassungswidrig war.

¹⁹ Vgl. Literaturangaben zu Kap. 1 und 3 der ‚Evidenzbasierten Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege‘ in: Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, Hamburg und Witten 2012, S. 258ff

²⁰ Vgl. Köpke; S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 259-269

²¹ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, ebd. S. 14

1. Meyer, G. u. Köpke, S.: Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer, D.; Behrens, J., Görres, St. (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, Weinheim und München 2008, S. 333-352
2. Isfort, M. u. Borutta, M.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und StädteRegion Aachen (Hrsg.): Fixierungsfallgeschichten. Reduktion körpernaher Fixierung bei demenziell verändertern Menschen in stationären Einrichtungen des Kreises Aachen', Köln/Aachen 2008
3. Koczy, P., Klie, Th. et al.: Robert-Bosch-Gesellschaft für medizinische Forschung und Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der evangelischen Fachhochschule Freiburg: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzkranken Heimbewohnern, Stuttgart/Freiburg 2008

Eine Zusammenstellung nationaler Dokumente, die für die Anwendung in der Pflegepraxis bestimmt sind, liefern Köpke et al. (2012) im Anhang 7.6 Anhang (Tab. 56-69, S. 212-225) der evidenzbasierten Praxisleitlinie ‚Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege‘ (Übersicht vgl. Tab. 1).

Die von der Bundesgeschäftsstelle des BPA in der Sonderausgabe des ‚bpa intern‘ den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellte *Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses* aus 2006 ‚*Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege*‘ findet sich in der Tabelle 1 in Position 3. Ihr kommt eine für die Pflegepraxis herausragende Stellung zu, weil sie neben rechtlichen Aspekten der Entscheidung für oder gegen Fixierungsmaßnahmen Abwägungsprozesse und Entscheidungswege zu einer fachlich und ethisch vertretbaren Entscheidung im Einzelfall aufzeigt.²²

²² Vgl. Flussdiagramme 1 und 2 des Leitfadens des Bayerischen Landespflegeausschusses, S. 8 u. 22

Tab. 1: Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege [vgl. Evidenzbasierten Praxisleitlinie ‚Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege‘ (7.6 Anhang Tab. 56-69, S. 212-225)]

Typ	Titel	Jahr	Herausgeber	Auftraggeber/Sponsor
Empfehlung zu FEM bei Demenz	Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen	2008	Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS)	Bundesland Berlin
Empfehlung zu FEM bei Demenz	Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker	2008	Deutsche Expertengruppe Demen-tenbetreuung (DED e.V.)	Keine Angaben
Leitfaden des bayrischen Lan-despflegeausschusses	Verantwortungsvoller Umgang mit freiheits-entziehenden Maßnahmen in der Pflege	2006	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen	Bundesland Bayern
Empfehlung	Empfehlung zum Umgang mit freiheitsentzie-henden Maßnahmen (FEM)	2005	MDK, Heimaufsicht der Reg. von O-berbayern, Kreisverwaltung München	Bundesland Bayern
Pflegestandard Altenpflegeein-richtung	Pflegestandard Freiheitsentziehende Maß-nahmen, Nürnberg Stift Qualitätssicherung	(2005) 2008	Nürnberg Stift	Bundesland Bayern
Positionspapier	Zur Betreuung demenzkranker in Tagespfle-geeinrichtungen	2008	Deutsche Expertengruppe Demen-tenbetreuung e.V. c/o Alzheimer Ge-sellschaft Bochum	Bundesland NRW
Artikel/Initiative	Damit Fixierungsgurte Staub ansetzen	2007	Kreis Aachen (Amt für Altenarbeit)	Kreis Aachen
Initiative	Dokumentation des Landeswettbewerbs „FreiMut“ – Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege	2007	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen	Bundesland Bayern
Initiative	Menschen pflegen, Dreyer: Freiheitsentzie-hende Maßnahmen in der Pflege vermeiden	2007	Ministerium für Arbeit, Soziales, Ge-sundheit, Familie und Frauen RP	Bundesland Rheinland-Pfalz
Broschüre	Alternativen zu freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen	2007	AG: Schutz und Freiheit, Wandsbeker Pflegekonferenz, Hamburg	Keine Angaben
Bericht	Tagungsbericht zum Modellvorhaben ‚Reduk-tion von körpernaher Fixierung bei demenz-erkrankten Heimbewohnern‘	2006	Robert Bosch Gesellschaft für medizi-nische Forschung mbH (RBMF), Evgl. Fachhochschule Freiburg	BMFSFJ
Information zur Pressekonferenz	Pflege menschenwürdig gestalten - Fixierun-gen vermeiden GRÜNE für mehr Kontrolle und Transparenz in der Pflege	2006	Partei Bündnis 90/Die Grünen	Partei Bündnis 90/Die Grünen
Politischer Antrag im Kreistag Aachen	Körpernahe Fixierung bei demenziell erkrank-ten Menschen reduzieren	2005	CDU und Bündnis 90/Die Grünen im Kreistag Aachen (Land)	Kein Sponsor
Informationsblatt	Fixierung als ‚letzte‘ Möglichkeit	2004	Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.	Keine Angaben

3. Studienergebnisse zur Situation in bundesdeutschen Heimen

3.1 Prävalenz- und Inzidenzdaten zur Anwendung von FEM

Trotz einer zunehmend medialen Darstellung des Themas²³ lagen lange nur wenige verlässliche Daten über das Phänomen der freiheitseinschränkende Maßnahme in der Pflege vor. Klie et al. gingen 2003 davon aus, dass „derzeit zwischen 5-10% der Heimbewohner gurtfixiert“ sind. Darüber hinaus werden bei 20-30% der Bewohner andere Formen der Bewegungseinschränkung angewandt.“²⁴ Sei die Entscheidung über die Anwendung von bewegungseinschränkende Maßnahmen einmal gefallen, „...werden sie zumeist längerfristig und dauerhaft über viele Stunden durchgeführt.“²⁵ Nach einer Münchener Untersuchung wurden mehr als 90% der Fixierungen mit Sturzgefahr begründet²⁶. In einer Kölner Befragung wurde von einer Prävalenz von 30% Bewohnern mit FEM berichtet.²⁷

Ein zentraler Befund der in 2004 in 30 der insgesamt 150 Hamburger Pflegeheime durchgeführte Erhebung war „...der ausgeprägte Unterschied zwischen den Pflegeheimen in der Häufigkeit der Anwendung von FEM.“²⁸ Köpke et al. schließen daraus, dass Pflege offenkundig auch mit sehr wenig FEM auskommen kann.

Offenkundig ist, dass den Pflegenden selbst eine zentrale Rolle bei der Frage der Häufigkeit der Anwendung von FEM zukommt. Denn, „(o)wohl freiheitseinschränkende Maßnahmen einer Kontrolle durch Ärzte und Gerichte unterliegen, geben Pflegende häufig den Anstoß zur Sedierung und Fixierung. Fixierungsmaßnahmen wer-

²³ Vgl. bspw. Stern vom 20.02.2004: ‚Wenn Senioren verhungern‘; ARD-Report Mainz vom 29.03.2004: ‚Das Elend alter Menschen im Heim‘; ARD-Monitor vom 01.09.2005: ‚Pflegeheime – abgezockt und totgepflegt‘, ARD-Kontraste vom 13.04.2012: ‚Festgeschnallt und ausgeliefert. Zwangsfixierungen im Pflegeheim‘

²⁴ RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohner‘ Stuttgart, Freiburg 2008, S. 5

²⁵ RBMF et al.: ebd., unter Bezugnahme auf Bredhauer, D.: Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie, Ulm 2002 (Dissertation) und Ljunggren, G., Phillips C. D.; Sgadari, A.: Comparisons of restrained use in nursing homes in eight countries. Age Ageing Suppl.2, 43-47, 1997

²⁶ Vgl. Klie, T.; Pfundstein, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen. In: Hoffmann, B.; Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis, Heidelberg 2004, S. 75-130

²⁷ Vgl. Pfundstein, T.: Pflegen ohne Gewalt, Köln 2008

²⁸ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 14

den vor allem mit einem Schutz vor Stürzen gerechtfertigt, Pflegende erleben hier einen Konflikt zwischen Aufsichtsverletzung und Freiheitsberaubung.“²⁹

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die qualitativ angelegte Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP e.V.) Köln und des Amtes für Altenarbeit der StädteRegion Aachen (im Folgenden: „Aachener Studie“): „In den Teams wurde immer wieder sehr frei geäußert, dass sie die eigentlichen Initiatoren für eine Fixierung oder eine Entfixierung sind! (...) Weder die Betreuer noch die Angehörigen spielen in der überwiegenden Zahl der Fälle bei den Bewertungen der Situation eine zentrale Rolle. Ausschlaggebend sind (vielmehr) die Einschätzungen, Beobachtungen und auch die Befürchtungen, das kollegiale Miteinander sowie die ‚Betriebskultur‘“³⁰ Die Autoren bezeichnen dies als „...das wesentlichste Ergebnis“³¹ ihrer Studie.

Aus den Ergebnissen der Untersuchung in acht der (seinerzeit) insgesamt 32 Heimen im (alten) Kreis Aachen³² lassen sich weitere bedeutsame Faktoren ableiten, die als abhängige Faktoren gelten im Hinblick auf die – der Studie zugrunde liegende – beiden Fragestellungen:

- a) Wie kommt es zu Fixierungen?
- b) Wie kommt es zu Entfixierungen (Aufhebung von Fixierungen)?

Zu diesen Faktoren zählen:

- die beruflichen Vorerfahrungen und die Kreativität der Pflegenden
 - Umgang und Systematisierungsgrad der Bewohnerbeobachtung
 - Systematisierung des Abwägungsprozesses im Pro und Contra der Anwendung einer FEM

²⁹ BMFSFJ (Hrsg.): Sachverständigenkommission: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002

³⁰ Isfort, M. u. Borutta, M.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und StädteRegion Aachen (Hrsg.): Fixierungsfallgeschichten. Reduktion körpernaher Fixierung bei demenziell veränderten Menschen in stationären Einrichtungen des Kreises Aachen', Köln/Aachen 2008, S. 27

³¹ Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, ebd.

³² Der Kreis Aachen ist durch Landesgesetz und entsprechende einstimmige Beschlüsse der kommunalen Gremien (Kreistag Aachen und Stadträte) seit dem 21.10.2009 in die neu gegründete StädteRegion Aachen überführt worden. Neben den früher bereits zum Kreis Aachen gehörenden neun kreisangehörigen Kommunen gehört nun auch die kreisfreie Stadt Aachen zur StädteRegion Aachen. In der StädteRegion Aachen gibt es aktuell 72 stationäre Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe.

↳ Anhand der „...eingesehenen Dokumentationen konnte ein Abwägungsprozess nur sehr selten festgestellt werden.“³³

- Teamstrukturen
- Nachwachenproblematik
- Risikobereitschaft von Pflegenden und ihren Leitungskräften

Diese Aspekte bedingen sich gegenseitig,

Insgesamt lässt sich als Ergebnis der Aachener Studie feststellen, dass

- a) die Qualifikation, die Berufserfahrung, die Risikobereitschaft und die Haltung von Leitungskräften (Heimleitungen, Pflegedienstleitungen etc.) und Pflegenden
- b) die Teamdynamiken in den Pflgeteams
- c) die Kultur der Pflegeeinrichtungen

hochgradig auf die Entscheidung für oder wider eine Fixierung einwirken.

Dass die Häufigkeit der angewendeten FEM abhängig ist von der jeweiligen (*Pflege-*) *Kultur in den Einrichtungen* stellen auch Köpke et al. in ihrer Metaanalyse unterschiedlicher Studien zum Thema fest.³⁴

Pflegende selbst erleben die Anwendung von Fixierungen als extrem belastend. „Man ist froh, wenn so was nicht in der eigenen Schicht passiert.“³⁵ Insbesondere Pflegende in der Nachtwache fühlen sich bei der Frage, ob ein Bewohner in einer konkreten Situation zu fixieren ist oder nicht oft auf sich allein gestellt. In einem der durchgeführten teilstandardisierten Interviews brachte eine Pflegekraft es wie folgt auf den Punkt: „So einfach, wie die da draußen denken, machen wir es uns hier drinnen nicht!“³⁶

Die Hamburger Studie zur Prävalenz und Inzidenz³⁷ von freiheitseinschränkenden Maßnahmen mit insgesamt 30 Heimen und 2.367 Bewohnern (Köpke et al. 2012)

³³ Kreis Aachen (Hrsg.): Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht des Kreises Aachen, Aachen 2007

³⁴ Vgl. Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 25

³⁵ Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 34

³⁶ Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 2

³⁷ Die *Prävalenz* gibt als Maßzahl an, wie viele Personen bzw. welcher Anteil einer Zielpopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt von einer bestimmten Maßnahme (hier: FEM) betroffen sind. Die *Inzidenz* gibt die Anzahl der neu hinzugekommenen Maßnahmen während eines (vorher) bestimmten Zeitraums an.

stellt methodenkritisch fest, dass bislang vor allem Prävalenzen erhoben wurden, nicht jedoch Inzidenzen. Diese seien bislang weitgehend unberücksichtigt geblieben. „In Gruppen mit sehr hoher Morbidität und Mortalität erlaubt die Darstellung der Prävalenzen ohne gleichzeitige Betrachtung der Inzidenzen jedoch nur einen begrenzten Einblick in die Praxis.“³⁸ Gesetzliche und organisatorische Interventionen mit verschiedenen politischen und professionellen Bemühungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Prävalenz von FEM, wie Köpke et al. mit Bezug auf eine US-amerikanische Untersuchung feststellen.³⁹

In Bezug auf die Prävalenz kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der mindestens im Untersuchungszeitraum einmal fixierten Bewohner bei 26,2% lag. Bettgitter stellten mit 24,5% die häufigste FEM dar. Stecktische (2,1%), Gurte am Stuhl und Bett (2,7%) sowie andere FEM wie Rollstuhl am Tisch mit festgestellten, durch die Bewohner nicht lösbare Bremsen oder ‚Siestaliegen‘, waren vergleichsweise selten anzutreffen (2,3%).⁴⁰

„Ein wichtiger Befund der Prävalenzerhebung waren die ausgeprägten Zentrumsunterschiede. Der Anteil der Bewohnerinnen mit mindestens einer FEM am Stichtag variierte zwischen 4% und 59%. In vier Einrichtungen betrug die Prävalenz 4%-8%. In acht Einrichtungen 10%-20%, in sieben Einrichtungen 22%-30%, in drei Einrichtungen 30%-37%; in weiteren sieben Einrichtungen 41%-49% und in einer Einrichtung 59%.“⁴¹

Diese Ergebnisse decken sich mit der der Aachener Studie als ‚Auslöser‘ zugrunde liegenden Untersuchung der Heimaufsichtsbehörde der StädteRegion Aachen. Auch hier gab es einerseits ca. 5 – 8% der Heime, in denen auffällig häufig FEM angewendet werden andererseits eine vergleichbaren Anteil an Heimen, die über Jahre keine FEM anwenden. Diese Unterschiedlichkeiten in der Beobachtung der Heimaufsicht führten zur politischen Intervention, die Anlässe für Fixierungen und für Entfixie-

³⁸ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 25

³⁹ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, ebd. (mit Bezug auf Castle, N; Mor, V.: Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform act of 1987. Med Care Res Rev 1998; 55, S. 139-170)

⁴⁰ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 26

⁴¹ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, ebd.

rungen pflegewissenschaftlich im Rahmen der vg. Aachener Studie untersuchen zu lassen.

In der prospektiven Studie zur Ermittlung der Inzidenzrate kommen Köpke et al. nach 12 Monaten in der Hamburger Studie⁴² zu dem Ergebnis, dass im Vergleich zu den erhobenen Prävalenzdaten sich während des Gesamtverlauf der Untersuchung ein clusteradjustierter⁴³ Anteil der Bewohnerinnen mit *mindestens einer* FEM von 39,8% (dabei lagen 95% der Angaben in den Einrichtungen zwischen Prozentwerten von 33,6% und 45,9%) über die Beobachtungszeit von 12 Monaten ergab. „Bettgitter stellten auch hier mit 38,5% die häufigsten FEM dar; Stecktische mit 9,9% und Gurte mit 8,9% finden sich ebenfalls häufiger als in der Prävalenzerhebung. Die Dauer der Anwendung wurde anhand der Tage mit mindestens einer FEM erfasst. In der Gruppe, bei denen FEM zum Einsatz kamen, wurden Bettgitter an 70,4% der Beobachtungstage eingesetzt, Gurte an 33,8% und Stecktische an 22,9 der Tage. Auch hier zeigten sich wiederum ausgeprägte Zentrumseffekte. In der Gesamtgruppe der Bewohnerinnen lagen die relativen Häufigkeiten von Beobachtungstagen mit mindestens einer FEM in den einzelnen Einrichtungen zwischen 4,9% und 64,8%.“⁴⁴

Diese Ergebnisse decken sich erneut mit den der Aachener Studie zugrunde liegenden Untersuchungsbefunden der Heimaufsichtsbehörde der StädteRegion Aachen.

3.2 Gründe für die Anwendung von FEM

Im Hinblick auf die Gründe für die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen haben Köpke et al. in einer Aktualisierung der systematischen Übersichtsarbeit von Evans et al.⁴⁵ folgende vier Hauptkategorie synthetisiert:

⁴² Am Ende der Untersuchung wurde die Gültigkeit der pflegerischen Dokumentation der FEM durch den Vergleich mit einer neuerlichen direkten Beobachtung durch die externen Untersucher geprüft. Hierzu wurden sechs der an der Studie beteiligten Einrichtungen zufällig ausgewählt und unangekündigte Besuche zum Zwecke der Dokumentation der mechanischen FEM durchgeführt.

⁴³ Clusterung bedeutet, dass die Untersuchungsobjekte (hier von FEM betroffene Bewohner) nach Maßgabe der Ähnlichkeit ihrer Merkmalsausprägungen in Gruppen (Cluster) aufgeteilt werden. In sich sind die Cluster weitestgehend homogene (z.B. Bewohnergruppen, die mindestens einmal fixiert wurden), untereinander möglichst heterogen.

⁴⁴ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 27

⁴⁵ Evans, D. u. Fitzgerad, M: Reasons for physically restraining patients an residents: a systematic review and content analysis. Int J Nurs Stud 2002, S. 735-743

1. Patientenorientierte Gründe:

- Sicherheit vor Sturz und Verletzung (9 von 10 Studien)
- Agitation (9 von 10 Studien)
- Umherwandern (6 von 10 Studien)
- Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (3 von 10 Studien)
- Kontrolle von Verhalten (2 von 10 Studien)

2. Personal- und organisationsorientierte Gründe:

- rechtliche Verantwortung des Personals (5 von 10 Studien)
- strukturelle Merkmale wie Personalbesetzung (5 von 10 Studien)

3. Behandlungsorientierte Gründe:

- Verhinderung der Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung (5 von 10 Studien)

4. Sozialorientierte Gründe:

- Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung (3 von 10 Studien)

Diese Aktualisierung – so Köpke et al. – „...bestätigt weitestgehend die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit von Evans et al.: Es handelt sich vor allem um *patienten- und personenorientierte Gründe* für den Gebrauch von FEM im stationären Setting der beruflichen Altenpflege. Demnach begründen vielmehr interne Faktoren, die menschliche Haltungen, Verhaltensweisen und Interaktionen (der Bewohner, Anm. M.B.) betreffend als externe Faktoren, die Institution, Strukturen und das Recht betreffend, den Einsatz von FEM.“⁴⁶ Bei den *personal- und organisationsorientierten Gründen* nennen Köpke et al. beispielsweise eine „...negative oder paternalistische Haltung“ von Pflegenden oder der Glaube, dass FEM nur schaden, wenn sie falsch angewendet werden und die Bewohnerinnen sie als solche nicht wahrnehmen würden. Der Einsatz von FEM wird auch auf die von Bequemlichkeit und Zweckmäßigkeit geprägte Haltung des Personals zurückgeführt und vor allem als Teil der täglichen Routine betrachtet.“⁴⁷ Bei den *behandlungsorientierten Gründen* steht vor allem die notwendige Pflege und Behandlung im Vordergrund. So soll mit Hilfe von FEM verhindert werden, dass sich Bewohnerinnen eine Magensonde ziehen. In diesem Kontext kommen FEM besonders dann zum Einsatz, wenn Bewohnerinnen sich gegen für erforderlich gehaltene pflegerische oder medizinische Behandlungen wehren.

⁴⁶ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 30

⁴⁷ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 31

Die *sozialorientierten Gründe* beinhalten „...das soziale Umfeld mit den Mitbewohnerinnen und Angehörigen sowie die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung.“⁴⁸ Auch der Wunsch von Angehörigen spielt hier eine entscheidende Rolle, weshalb Bewohnerinnen fixiert werden.

Alle in das Review einbezogenen Studien belegen den Zusammenhang zwischen FEM und herausforderndem Verhalten. Kognitive Beeinträchtigungen von Bewohnern führen demnach signifikant zur Anwendung von FEM.

Bei den Ergebnissen zu personellen sowie institutionellen Merkmalen und FEM fällt eine stark ausgeprägte Heterogenität auf, die dazu führe, dass „...mitnichten eine eindeutige Aussage“ möglich ist.⁴⁹

Gerade letzteres verdeutlicht die Problematik einer (in den zugrunde liegenden Studien vorgenommenen) Kategorisierung, die zwischen personalen und organisationsorientierten Gründen die zur Anwendung von FEM führen nicht differenziert und damit – unzulässig – interne und externe Faktoren vermischt. Pflegewissenschaftliche und pflegepraktisch bedeutsam wäre hier die Klärung der Frage, welche unmittelbaren Korrelationen zwischen der kritisch angesprochenen „paternalistischen Haltung“ von Pflegenden und Faktoren wie Organisationskultur, i.S. v. (manifesten wie latenten) Organisationsregeln, der Qualifikation und des Entscheidungsverhaltens des jeweiligen Managements etc. bestehen.

So blendet die Redufix-Studie eben diese möglichen Wechselwirkungen zwischen personalen und organisationalen Faktoren vollkommen aus: „Die bisherigen statistischen Analysen sind noch nicht auf die Bewohner und nicht auf die Merkmale der Einrichtungen bezogen (sog. Clusteradjustierung).“⁵⁰

Geradezu trivial sind in diesem Zusammenhang formulierte Erkenntnisse wie sie im Abschlussbericht zum Redufix-Projekt formuliert sind: „Fixierung kann ohne negative

⁴⁸ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 32

⁴⁹ Vgl. Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 37

⁵⁰ RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernahen Fixierungen bei demenzkranken Heimbewohnern, a.a.O., S.22

Konsequenzen reduziert werden. Es stehen zahlreiche Alternativen zur Verfügung.“⁵¹ Für die überwiegende Zahl der Pflegefachkräfte in den Alten- und Pflegeheimen besitzt eine solche Feststellung über keinen relevanten Neuigkeitswert. Dass die Mitarbeiter in der Pflege durchaus selbstkritisch mit dem Thema umgehen zeigen die Interviews, die das DIP im Rahmen der Aachener Studie durchführte.⁵²

Vollkommen ausgeblendet sind in allen der FEM-Leitlinie zugrunde liegenden Studien die Wirkungsweisen gesellschaftlicher bzw. funktionssystemspezifischer Faktoren wie rechtliche, wirtschaftliche und andere Implikationen. Diese, als mittelbare ‚abhängige Variablen‘ mitzudenkenden Aspekte finden sich in keine der Studien, die im Rahmen der FEM-Leitlinie begutachtet wurden, berücksichtigt.

3.3 Studienergebnissen zu Schulungsinterventionen

Mitarbeiter/innen in der Pflege werden in Fragen freiheitsentziehender Maßnahmen mehr oder weniger systematisch und regelmäßig geschult. Eingeführt im Rahmen von Einarbeitungskonzepten wird hingegen nur jede/r zweite Mitarbeiter/in.⁵³ Wie bereits ausgeführt konnten mit der Schulungsintervention im Rahmen der Aachener Studie signifikante Entlastungen im Hinblick auf die Entscheidungsfindung der pflegenden Akteure erzielt werden. Dass damit jedoch nur eine Ebene des insbesondere durch Vogd⁵⁴ herausgearbeiteten polykontexturalen Perspektive (vgl. Kap. 5) beschrieben ist, wird von den Autoren mit Bezug auf das zugrunde gelegte Studiendesign anerkannt.

Aus den Ergebnissen der Aachener Studie hat das Amt für Altenarbeit der StädteRegion ein entsprechendes Schulungsprogramm entwickelt, indem insbesondere der **Abwägungs- und Entscheidungsprozess** zur Frage der fachlichen und ethischen

⁵¹ RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernahen Fixierungen bei demenzkranken Heimbewohnern, a.a.O., S.26

⁵² Vgl. Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O.

⁵³ Vgl. Ergebnis der ‚Münchener Studie‘ in: Hoffmann, B. und Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis, Heidelberg 2004, S. 127

⁵⁴ Vgl. Vogd, W.: Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung, Opladen u. Farmington Hills, 2009 sowie ders.: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerstwit 2011

Legitimation (auf der Basis der hermeneutischen Fallarbeit⁵⁵) der Anwendung bzw. des Verzichts auf FEM thematisiert wird.⁵⁶ Es konnte im Rahmen des Projekts nachgewiesen werden, dass auf der Ebene der Mitarbeiter/innen hiermit signifikante Entlastungen bei den Pflegenden in der Entscheidungsfindung erzielt werden können. Die Pflegenden waren nach Abschluss der Schulungsintervention⁵⁷ sehr gut in der Lage, sachgerechte und ethisch vertretbare Abwägungen vorzunehmen und die im Sinne einer *kollektiv bindenden Entscheidung* getroffenen FEM-Maßnahmen anzuwenden bzw. den Verzicht auf ihre Anwendung professionell zu begründen. Professionelle Begründung heißt hier insbesondere, die Fähigkeit zur Bearbeitung der widersprüchlichen Einheit aus vorhandenem und genutztem Regelwissen und dem Fallerfordernissen.

Die Aachener Studie verdeutlicht, dass es in Bezug auf die Schulung von Pflegekräften eindeutig nicht um Fragen der Anwendung von Hilfsmitteln wie Stoppersocken, Signalsystemen etc. geht. Der Einsatz dieser Hilfsmittel ist den Pflegekräften und Pflegeteams vertraut.⁵⁸ „Das Thema der Alternativen über technische Hilfsmittel (wie Sensormatten, rutschfeste Socken, Hüftprotektoren, geteilte Bettgitter etc.) ist den Pflegenden hinreichend bekannt. Die Hilfsmittel werden in der Pflegepraxis regelmäßig miteinbezogen.“⁵⁹

Bei anderen Schulungsansätzen ist nicht immer eindeutig erkennbar, ob die Vermarktung von technischen Hilfsmitteln oder eine andragogischer Auftrag im Vordergrund stehen. So kritisieren die Autoren der Aachener Studie, dass sich einzelne Firmen, „...die in einem anderen Projekt zum Thema Fixierungen bereits mitgewirkt hatten, ... aufgrund der Veröffentlichung des Projekts auf der Internetseite www.pflege-regio-aachen.de mehrfach angeboten (hatten), während des laufenden

⁵⁵ Vgl. Lennefer, J. u. Borutta, M.: Hermeneutische Fallarbeit. In: Saßen, S., Borutta, M., Lennefer, J.: Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche, Hannover 2007, S. 166-200 sowie Perrar, K.M.; Sirsch, E.; Kutschke, A.: Gerontopsychiatrie, 2. akt. Aufl., Stuttgart, New York, S. 312

⁵⁶ Vgl. Isfort, M. u. Borutta, M.: Projektbericht Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 39-59

⁵⁷ Messbar und damit überprüfbar wurden die Wirkung der Schulung durch zwei zeitlich versetzte (fallbezogene) Befragungen: t_1 vor Beginn der Schulungsintervention und t_2 nach Abschluss der Intervention. Die Zeitstabilität der Intervention ließe sich mit einem weiteren Prüfpunkt (t_3) nach einem festgelegten Zeitrahmen (ca. 8 – 12 Wochen) erneut überprüfen.

⁵⁸ Einzelne Pflegekräfte äußerten deutlich ihr Befremden darüber, dass ihnen durch entsprechende Firmenvertreter unterstellt wurde, dass sie die Einsatzmöglichkeiten solcher Hilfsmittel (noch) nicht kennen würden. (In Anlehnung an Goethe: „Man merkt die Absicht und ist verstimmt...“)

⁵⁹ Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 43

Forschungsprojekts Schulungen (zu technischen Hilfsmitteln) in den Projekteinrichtungen im Kreis Aachen anzubieten. Eine der Firmen verwies auf entsprechend positive Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen des Redufix-Projekts. Von einer entsprechenden Zusammenarbeit mit den Produzenten von technischen Hilfsmitteln haben sowohl das Amt für Altenarbeit als auch das dip mit Rücksicht auf die Einrichtungen und die beteiligten Mitarbeiter/innen, aber insbesondere auch unter Berücksichtigung des Projektauftrags und der Zielsetzung des Projekts Abstand genommen.“⁶⁰

Die Vertreter des Redufix-Ansatzes halten den Einsatz von technischen Hilfsmitteln hingegen – trotz erklärter Erkenntnis zur Notwendigkeit einer multifaktoriellen Intervention⁶¹ – für durchaus relevant: „Der Einsatz technischer Hilfen zur Personenüberwachung, Kommunikation und Unfallfolgeprävention spielt eine wichtige Rolle in den zukünftigen Überlegungen. (...) Wir denken, dass hier weitere Entwicklungspotenziale vorhanden sind.“⁶² Entsprechend empfiehlt Redufix den Einsatz von so genannten ‚Schulungskoffern‘ in Pflegeschulen.⁶³

Als durchaus hilfreich erleben die Pflegeteams in der Praxis hingegen die Auseinandersetzung mit *systematischen Abwägungs- und Entscheidungshilfen zur Legitimation des Einsatzes von FEM* im Einzelfall. Hierbei hat sich – wie erwähnt – die Methodik der hermeneutischen Fallarbeit als zielführend erwiesen.⁶⁴

Die FEM-Leitlinie empfiehlt Schulungsprogramme; hält aber die Qualität der Evidenz zu den von ihr bewerteten Schulungsprogrammen für „gering“.⁶⁵ Hier bedürfe es zunächst weiterer empirischer Untersuchungen, um eine entsprechende Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der unterschiedlichen Ansätze überhaupt bewerten zu können.

⁶⁰ Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 43 Fn 49

⁶¹ Vgl. Koczy, P. et al.: Effections of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. In: JAGS 59; S. 333-339, 2011

⁶² RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern‘, Stuttgart, Freiburg 2008, S. 35, S. 36 u. S. 45

⁶³ RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern‘, a.a.O., S. 42

⁶⁴ Vgl. Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 54f

⁶⁵ Vgl. Köpke, et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 86-92

Die „Redufix-Studie“ konnte von den Autoren der FEM-Leitlinie nicht in die Analyse der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen mit eingeschlossen werden, „...da bislang keine ausführlichen Ergebnisse publiziert sind und die Autoren (der Redufix-Studie, Anm. Verf.) auf Anfrage mitteilten, dass die Daten zurzeit nicht zur Verfügung gestellt werden können.“⁶⁶

Trotz der mangelnden Evidenzbasierung im Hinblick auf die Wirksamkeit von Schulungsinterventionen ist festzustellen, dass der Redufix-Ansatz offensiv vermarktet wird.⁶⁷ Kommunen, wie u.a. die Stadt Bergheim setzen auf diesen Ansatz⁶⁸, obschon auf der Auftaktveranstaltung am 02.04.2011 in Bergheim pflegewissenschaftlich begründete Kritik an der Wirksamkeit derartiger Schulungsinterventionen (die nicht selten mit einer massiven Vermarktung bestimmter Produkte wie Signalmatten etc. einhergehen) geäußert wurde.⁶⁹ Wirtschaftliche Implikationen können bei solchen Ansätzen nicht ausgeschlossen werden. So ist einer der angegebenen Sponsoren von Redufix⁷⁰ eine Firma, die die entsprechend angebotenen technischen Hilfsmittel vertreibt.⁷¹ In Bezug auf die auch im Rahmen des Redufix-Projekts empfohlenen Einsatz von so genannten Sensormatten kommen Heeg et al. zu der Einschätzung: „Das Reaktionszeitfenster ist sehr klein, daher eignen sich die Matten zur Sturzprophylaxe nur, wenn jemand sehr schnell auf ein Signal reagieren kann. Tagsüber ist dies im stationären Bereich (nur) aufgrund eines Primary Nursing Bezugspflegekonzeptes möglich.“⁷²

Kritisch zu sehen sind die Ergebnisse der Redufix-Studie (soweit sie im Abschlussbericht zum Modellvorhaben publiziert wurden) insbesondere im Hinblick auf Neufixierungen während des Projektverlaufs. Zwischen Interventionsbeginn und -ende wurden in den am Projekt beteiligten Einrichtungen mit 10,5% bzw. 10.1% der Bewohner in der Interventionsgruppe (die unmittelbar geschulten Pflegekräfte) ebenso

⁶⁶ Vgl. Köpke, S.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 88

⁶⁷ Unter dem Stichwort ‚Redufix‘ finden sich insg. 11.600 Einträge bei Google; siehe auch die Berichte und Zeitungsartikel unter <http://www.redufix.com/cms/website.php?id=/de/berichte/presse.html>

⁶⁸ Vgl.

<http://www.redufix.de/cms/website.php?id=/de/termine/data4174.html&sid=nssrdb54pjhrldtbl85on0ii2>

⁶⁹ Vgl. u.a. den Vortrag von Dr. Michael H.C. Bleijlevens von der Universität Maastricht vom 02.04.2011 in Bergheim sowie den Vortrag von Manfred Borutta am gleichen Tag

⁷⁰ Vgl. www.redufix.de/cms/website.php?id=/de/sponsoren.html (Zugriff vom 06.04.2012)

⁷¹ Die Firma Vitaness wirbt auf ihrer Website mit den Schlagworten ‚Mobilitätssicherheit‘, ‚Sturzprävention‘, ‚Fußgesundheit‘, und ‚Hygiene/Pflege‘ (vgl. www.vitaness.eu)

⁷² Heeg, S. et al.: Technische Unterstützung bei Demenz. 1. Aufl., Bern: Huber (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz) / Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)

viele neu fixierte Bewohner festgestellt wie in der Wartegruppe (Kontrollgruppe, die zeitversetzt ca. drei Monate später geschult wurde).⁷³ Damit wird deutlich, dass Schulungsinterventionen, wie sie im Redufix-Projekt forciert werden, Neufixierungen nicht verhindern.

Die RCT-Studie⁷⁴ der Universität Maastricht (Huising et al. 2008) kommt im Hinblick auf die Effekte von Schulungsinterventionen mit dem Ziel der Reduktion von FEM zu dem Ergebnis, dass derartige Schulungsprogramme (die auf technische Hilfsmittel setzen) keine signifikanten Effekte auf die Reduktion von FEM bewirken.⁷⁵ Den von Huising et al. untersuchten Schulungsinhalten lagen die folgenden Charakteristika zugrunde:

- Auswirkungen von FEM
- Rechte und Autonomie der Heimbewohner/innen
- Ethische Implikationen
- Rechtliche und gesetzliche Aspekte der Anwendung von FEM
- Gefahren und unerwünschte Wirkungen infolge der Anwendung von FEM
- Umgang mit spezifischen Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner/innen, die häufig zur Anwendung von FEM führen
- Alternativen zur Anwendung von FEM
- Entscheidungsfindung im Kontext von FEM

Innerhalb eines Zeitraums von acht Monaten konnte an vier Messpunkten keine signifikanten Unterschiede zwischen den geschulten und den nicht geschulten Teams festgestellt werden. Die Frage danach, weshalb derartige Schulungen keinen relevanten Unterschied machen, beantworteten Huising et al. mit abhängigen Variablen:

- Familiäre und ähnliche Einflussfaktoren konnten in den Messungen nicht erfasst werden
- Der Einfluss von anderen Kollegen, Teams und Mitpflegenden (die nicht in den Schulungen anwesend waren) konnte nicht berücksichtigt werden
- Haltung der Akteure (wann werden FEM als notwendig erachtet)
- Organisationsblindheit und politische Einflüsse

⁷³ RBMF u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohner‘ Stuttgart, Freiburg 2008, S. 22

⁷⁴ RCT steht für randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie). RCTs stellen das nachgewiesene beste Studiendesign (Goldstandard) dar. *Randomisierung* bedeutet, dass die Zuordnung zu einer Untersuchungs- oder einer Kontrollgruppe zufallsbasiert geschieht. *Kontrolliert* bedeutet, dass die Ergebnisse in der Untersuchungsgruppe mit denen der Kontrollgruppe (also die Gruppe, ohne eine Intervention) verglichen werden.

⁷⁵ An der Studie waren 15 Stationen in sieben niederländischen Altenheimen beteiligt.

Huising et al. kommen zu dem Schluss, dass es keine „*magic bullet*“ geben kann: „...*the alternative is not available*“. Deshalb fordern sie einen „kulturellen Wandel“ im Umgang mit dem Thema FEM in der Pflege,

- i. S. eines aktiven Gestaltungsbeitrag des Managements in den Pflegeeinrichtungen,
- die Anwendung von alternativen Interventionen in den Pflegeeinrichtungen zu erleichtern,
- strenge rechtliche Regeln zur Anwendung von FEM und
- einen politischen Wandel im Umgang mit dem Thema.

Damit würden – erstmals – nicht nur die Pflegenden als Akteure in den Fokus genommen, sondern zusätzlich die Ebenen

- Organisation und Management
- Gesellschaft und ihre Funktionssysteme (Politik, Recht etc.)

3.4 *Wirksamkeit von Leitlinien, Standards und (gesetzlichen) Rahmenvorgaben zu FEM und Entscheidungshilfen in der Pflegepraxis*

„Für die klinische Wirksamkeit von Standards, Leitlinien und (gesetzlichen) Rahmenempfehlungen zur Reduktion von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegen derzeit keine Evidenzen vor.“⁷⁶ Evaluiert und gut belegt sind hingegen erhebliche Probleme im Hinblick auf die Implementierung von Expertenstandards in der Pflegepraxis. Es fehlen auch „...sorgfältig entwickelte und evaluierte Entscheidungshilfen zur Ermöglichung von SDM“⁷⁷, also von „shared decision making“ (= gemeinsame und partizipativ gestaltete Konstrukte zur Entscheidungsfindung). So hat die von Köpke und Meyer festgestellte Wirkungslosigkeit einer instrumentenbasierten Einschätzung unter Bezugnahme auf den Expertenstandard zur Sturzprophylaxe seine Ursachen auch in der Nichtbereitstellung von Implementierungshilfen für die Pflegeeinrichtungen. „International werden die Entwicklung und Bereitstellung von Implementierungshilfen in Form von Leitfäden und Dokumentationsvorlagen sowie strukturierte Schulungsprogramme als wichtige Maßnahme für die erfolgreiche Implementierung von Leitlinien

⁷⁶ Köpke, S.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 54

⁷⁷ Köpke, S.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 51

angesehen. So wird die Bereitstellung von unterstützenden Instrumenten und Materialien auch von Instrumenten zur Bewertung der Leitlinienqualität als ein Indikator erfasst.⁷⁸

3.5 *Wirksamkeit pflegerischer Interventionen*

Neben der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen zur Vermeidung von FEM haben Köpke et al. im Rahmen der Leitlinienerstellung weitere Interventionen zur Vermeidung von FEM evaluiert. Diese sind in Tab. 2 zusammengestellt. Angegeben ist jeweils die Form der Intervention, die Empfehlungen der Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG), die Qualität der Evidenz und ggf. weitere Anmerkungen.

Es zeigt sich auch hier, dass so manche in der Praxis seit Jahren etablierte Interventionsmaßnahme pflegewissenschaftlich in Bezug auf ihre tatsächliche Wirksamkeit evaluiert kaum bzw. gar nicht belegt ist. So kommen die Autoren bspw. in Bezug auf die in Fachbeiträgen empfohlene Lichttherapie oder speziellen Beleuchtungen zu dem Ergebnis, diese nicht zu empfehlen. Selbst für die regelmäßige Anwendung von vertrauten Konzepten wie Basale Stimulation®, Validation oder Snoezelen liegen keine bzw. nur geringe Evidenzen im Hinblick auf die Auswirkungen auf eine Reduktion von FEM oder auch auf herausforderndes Verhalten vor, so dass die Pflegewissenschaftler und Autoren der FEM-Leitlinie hier keine verlässliche Empfehlung abgeben können. Offenkundig ist jedoch die Haltbarkeit mancher Interventions-Mythen erstaunlich groß.

Verbindlich in Erwägung gezogen werden können demnach lediglich die folgenden Interventionen:

- Spezifische Betreuungsformen von Bewohnern mit Demenz
- Personenzentrierte Pflege
- Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

⁷⁸ Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierter Medizin: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. In: Pflegezeitschrift 1/2006, S. 37 mit Bezug auf das National Institute for clinal excellence: Supporting the implimentation of NICE guiddance (2004) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)/Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99 (2005) 8, S. 471-492

- Signalsysteme
- Tierkontakte

Aber auch hier liegen nicht immer hinreichende Evidenzen vor, weil die Studienlage zu klein oder zu uneindeutig im Hinblick auf die Wirkung auf die Reduktion von FEM ist.

Tab. 2 Bewertung der Interventionen zur Reduktion von FEM

Intervention	Empfehlung der FEM-Leitlinie	Qualität der Evidenz (lt. FEM-Leitlinie)	Anmerkungen
Spezifische Betreuung von BW mit Demenz (besondere Stationen oder Abteilungen zur Betreuung von BW mit Demenz)	kann in Erwägung gezogen werden	gering	Der Evidenzgrad zur Wirksamkeit der SCUs (special care units) auf einen FEM-reduzierenden Effekt ist gering. Die Experten der LEG plädieren eher für integrative als für segregative Konzepte.
Personenzentrierte Pflege	kann in Erwägung gezogen werden	sehr gering	Es liegt keine Evidenz für eine Wirksamkeit von personenzentrierten Ansätzen zur Reduktion von FEM vor. Bezüglich herausfordernden Verhaltens sind keine eindeutigen Aussagen zur Wirksamkeit von personenzentrierter Pflege möglich. Die LEG vertritt die Auffassung, dass einer personenzentrierten Pflege nach normativ-ethischen Gesichtspunkten prinzipiell der Vorzug zu geben ist.
Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung	können in Erwägung gezogen werden	gering	Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor.
Signalsysteme	können in Erwägung gezogen werden	keine Evidenz	Der Einsatz von Signalsystemen bei BW mit Demenz wirkt neben technischen auch ethische sowie menschen- und zivilrechtliche Fragen auf, die bei der Entscheidung über den Einsatz Beachtung finden müssen.
Spezifische Beschäftigungsprogramme	können in Erwägung gezogen werden	sehr gering	Es liegt ein schwacher Hinweis für einen reduzierenden Effekt von spezifischen Beschäftigungsprogrammen in Kleingruppen auf FEM vor.
Tierkontakte	können in Erwägung gezogen werden	sehr gering	Tierkontakte und der Einsatz von Tierattrappen zeigen positive Effekte auf die Intensität dementiell bedingter Verhaltensauffälligkeiten und legen günstige Effekte auf Agitation, Aggression und Sozialverhalten nahe. Welche Form des Tierkontakts unter welchen Bedingungen und für welche Zielgruppe wirksam sein könnte ist unklar.
Spezielle Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)	kann keine Empfehlung getroffen werden	sehr gering	Es liegt derzeit eine sehr geringe Evidenz für eine Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege vor.

Spezielle Wohnkonzepte	kann keine Empfehlung getroffen werden	keine Evidenz	Es liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit von speziellen Wohnkonzepten zur Reduktion von FEM vor. Studien von sehr geringer Evidenz deuten auf einen möglichen Einfluss von Wohngruppenkonzepten auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz hin.
Milieutherapie	kann keine Empfehlung getroffen werden	sehr gering	Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von Milieutherapie auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor.
Optische / visuelle Barrieren	kann keine Empfehlung getroffen werden	keine Evidenz	In Ermangelung relevanter Studienergebnisse kann keine Aussage getroffen werden
Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen (Bewegungsübungen, Krafttrainings u.ä.)	kann keine Empfehlung getroffen werden	gering	Direkte Evidenz, die den Effekt auf die Reduktion von FEM und herausforderndem Verhalten als primären Ergebnisparameter in der beruflichen Altenpflege untersucht, liegt nicht vor.
Spezielle institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung	kann keine Empfehlung getroffen werden	keine Evidenz	Es liegt keine Evidenz vor, ob spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung die Anwendung von FEM reduzieren können.
Individuell geplante Toilettengänge	kann keine Empfehlung getroffen werden	keine Evidenz	Es liegt kein Nachweis über die Wirksamkeit zur Reduktion von FEM vor.
Spezifische Berührung und Massagen	kann keine Empfehlung getroffen werden	gering	Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor.
Aromatherapie	kann keine Empfehlung getroffen werden	mittel	Lediglich eine RCT untersucht angemessen die Wirksamkeit von Aromatherapie auf herausforderndes Verhalten. Zur Vermeidung von FEM liegen keine Daten vor.
Basale Stimulation®	kann keine Empfehlung getroffen werden	keine Evidenz	Es liegt keine Evidenz vor.
Validation	kann keine Empfehlung getroffen werden	gering	Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor. Nur eine von drei RCTs zeigte bei einer sehr kleinen TN-Zahl (n= 20) gewisse positive Effekte auf herausforderndes Verhalten.
Snoozelen	kann keine Empfehlung getroffen werden	gering	Es liegen (bei 5 RCTs) keine Daten zur Vermeidung von FEM vor.
Realitätsorientierte Therapie und kognitive Stimulation	kann keine Empfehlung getroffen werden	keine Evidenz	Es liegen (bei 3 RCTs) keine Daten zur Vermeidung von FEM vor.
Biographieorientierte Interventionen	kann keine Empfehlung getroffen werden	sehr gering	Bei drei Übersichtsarbeiten und zwei RCTs liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor.

Spezielle Beleuchtung	kann nicht empfohlen werden	mittel	Es liegt eine RCTs vor, die die Wirksamkeit von hellem Licht in Kombination mit Melatonin auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz untersucht und <u>keinen</u> Effekt auf die Reduktion herausfordernden Verhaltens nachweist.
Lichttherapie	kann nicht empfohlen werden	gering	Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor.

3.6 Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen, Betreuern und Betreuungsgerichten

3.6.1 Betreuungsgerichte und die Brüchigkeit des Genehmigungsverfahrens

Obschon den Betreuern im Betreuungsrecht eine hohe Verantwortung in Fragen der Anwendung bzw. des Verzichts auf die Anwendung von FEM zukommt (vgl. ausführlich Kap. 4)⁷⁹, ist die Problematik der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegefachkräften und Betreuern bislang kein Gegenstand wissenschaftlicher Studien. Mit Bezug auf Mollenkopf et al. machen die Autoren der FEM-Leitlinie lediglich deutlich, dass „auch Angehörige und Betreuer sich mit dem Prüfen von Alternativen (hier zu Signalsystemen) häufig überfordert (sehen).“⁸⁰

Während in der Münchener Studie⁸¹ die Kooperation mit den Ärzten, den Betreuern und den Angehörigen von den Pflegeeinrichtungen als überwiegend gut bewertet wurde, wird die Kooperation mit den zuständigen Gerichten am schlechtesten eingeschätzt. Jede zweite Bewertung der Gerichte durch die Pflegeeinrichtungen lag im Bereich ‚schlecht‘ oder ‚sehr schlecht‘.

Klie verdeutlicht, dass in der Praxis „...nicht selten von verfahrensrechtlichen Vorgaben (des BtR und des FFG, Anm. d. Verf.) abwichen (wird).“⁸² Sie seien auch in den Vorstellungen von sachgerechten Entscheidungen weniger verankert. Die „Brüchigkeit des vormundschaftlichen Genehmigungsverfahrens“ zeige sich „...in den strafrechtlichen Verfahren gegen Vormundschaftsrichter, die auch ohne persönliche Anhörung und ohne entsprechende Sachverständigenaussagen von Betreuern und Heimen vorbereitete Entscheidungen mittragen.“⁸³ Dieser Teufelskreis schließt sich dort, wo die Aachener Studie herausarbeitet, dass Pflgeteams in aller Regel darüber entscheiden, ob und wie fixiert wird und wo hierauf verzichtet wird. Die pflegfachliche (Vor-)Entscheidung wird von Betreuern und Betreuungsgerichten in aller Regel nur noch formal legalisiert.

⁷⁹ Ebenso: Klie, T.: Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege. In: Köpke, S.: Leitlinie FEM, a.a.O., S. 69-84 und Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfallgeschichten, a.a.O., S. 10-18

⁸⁰ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 110

⁸¹ An der Münchener Studie waren insg. 32 (von 48 angeschriebenen) Heimen beteiligt. Die 32 Heime erhielten Fragebögen zur Aktivitäten, Vorkehrungen und konzeptionellen Überlegungen im Umgang mit FEM. 22 der 32 Heime nahmen zudem an einer Stichtagserhebung teil. Neben der Angabe von Maßnahmen und Verbesserungsvorschlägen, konnte in mehreren Items eine Wertung von eins (sehr wichtig) bis sechs (unwichtig) abgegeben werden (vgl. Hoffmann, B. u. Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis, Heidelberg 2004, S. 125ff)

⁸² Klie, T.: Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM, a.a.O., S. 82

⁸³ Klie, T.: Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM, ebd.

3.6.2 Gewährleistung der Kooperation durch die Pflegeeinrichtungen

Aus der Aachener Studie wird erkennbar, dass es in den Pflegeeinrichtungen nicht selten an den für eine solide Kooperation erforderlichen strukturellen und personalen Grundvoraussetzungen fehlt. Konkret ermangelt es an

- entsprechenden systematisierten Entscheidungsverfahren (i. S. v. shared decision making) zur Legitimität der Anwendung von FEM oder deren Verzicht,
- für die Zusammenarbeit und Kommunikation für mit externen Referenzen (Betreuern, Betreuungsrichtern etc.) verantwortlich zuständigen Personen (i. S. v. boundary role persons).

Letztere wären – in Anlehnung an vergleichbare Verantwortlichkeiten im Bereich kernpflegerischer Themen (Dekubitvermeidung, Sturzvermeidung etc.) – als ‚**Freiheitsbeauftragte**‘, in Pflegeeinrichtungen zu sehen. Zur Gewährleistung einer auf Zeit angelegten, also dauerhaften und verbindlichen Kooperation zwischen Pflegeeinrichtungen, Gerichten und Betreuern bedarf es der strukturellen Kopplung mit anderen Funktionssystemen, Organisationen und Mitarbeitern in der Umwelt der Pflegeeinrichtungen im Sinne, dessen was Stahl et al. als *boundary role persons* (BPR)⁸⁴ beschreiben; eine durch und für die Organisation legitimierte Überbrückungsfunktion, die von hierfür verantwortlichen Mitarbeitern in den Pflegeeinrichtungen wahrgenommen wird.

Mitarbeiter, die organisationsintern Aufgaben im Sinne einer BPR wahrnehmen, benötigen eine hierfür erforderliche fachliche Qualifikation, die neben pflegfachlichen auch juristische, soziale und reflexive Kompetenzen umfasst. Denn BPR verfügen über eine duale Rolle des Operierens zwischen den Einflussbereichen mehrerer Organisationen. Ihnen kommt somit eine hohe Verantwortung zu, weil sie einerseits die Imperative der „eigenen“ Organisation vertreten müssen und andererseits mit Personen agieren müssen, die wiederum , die Imperative ihrer Organisation zu vertreten haben. Hier bilden sich aus den BPR *boundary spanning units* (BSU), die netzwerkartig an bestimmten organisationsübergreifenden Themen arbeiten, wie beispielsweise Fragen der Legitimierung und Legalisierung der Anwendung bzw. des Verzichts auf FEM.

⁸⁴ Zum Konzept der *boundary role persons* und der *boundary role units* vgl. Stahl, H.K.: Dauerhafte Kunden-Lieferanten-Beziehung und ihre Einordnung in eine systemischkonstruktivistische Perspektive. In: Hejl, P.M. u. Stahl, H.K.: Management und Wirklichkeit. Das Konstruieren von Unternehmen, Märkten und Zukünften, Heidelberg 2000, S. 387-406

Wo die Zuständigkeit für Fragen ´der FEM nicht eindeutig geregelt sind oder als ‚laufendes Geschäft‘ unter vielen der Pflegedienstleitung zugeordnet sind, können auch keine verbindlichen strukturellen Kopplungen i.S.v. boundary spanning units aufgebaut werden.

Sowohl bei der Untersuchung der organisationsinternen Gründe als auch bei der der sozialorientierten Gründe für Fixierungen finden diese Möglichkeiten multidisziplinärer Zusammenarbeit, ihres Ausbleibens und der Folgen für die Häufigkeit der Anwendung von FEM bedauerlicherweise keine Berücksichtigung. Sie werden auch pflegewissenschaftlich bislang schlichtweg ausgeblendet.

3.6.3 *Gemeinsam Verantwortung übernehmen – der ‚Werdenfelser Weg‘*

Ausgehend von der Beobachtung, dass zwar „...das Wissen um die pflegerischen Möglichkeiten zur Vermeidung von Fixierungen (ständig) wächst, technische Hilfsmittel zuhauf zur Verfügung stehen und es stark ... an den Richtern und Anwälten (liegt, dass es) ein Klima des Sicherheitsdenkens in der Pflege (gibt)“⁸⁵, hat sich im Landkreis Garmisch-Partenkirchen 2008 eine Gemeinschaftsinitiative gegründet, die das Ziel verfolgt, über eine verbesserte Kooperation zwischen Pflegeeinrichtungen, Betreuungsgerichten und Betreuern zu einem professionelleren Umgang mit FEM und deren Reduktion zu gelangen.

Der *Werdenfelser Weg* möchte darauf hinwirken, dass die Pflegeverantwortlichen im Umgang mit FEM nicht mit ihrer Verantwortung allein gelassen werden.⁸⁶ Die beteiligten Amtsrichter sehen gerade sich selbst in einer zentralen Verantwortung zur Gewährleistung eines entsprechenden „Klimawandels“.

Hauptkritikpunkt stellt das derzeitige gerichtliche Verfahren dar: „Was auf dem Papier (steht) und durch den Verfahrenspfleger nach vielen Expertenmeinungen, die zusammenfließen, ist häufig nur eines: eine einzige Expertenmeinung der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung, die von vielen wiedergekaut und zum Schluss zu Papier gebracht wird. Der Ein-

⁸⁵ Kirsch, S.: *Gemeinsam Verantwortung übernehmen. Der Werdenfelser Weg zur Vermeidung freiheitsentziehender Automatismen, Gemeinschaftsinitiative im Landkreis Garmisch-Partenkirchen* (Hrsg.), Garmisch-Partenkirchen 2008, S. 2

⁸⁶ Kirsch, S.: *Werdenfelser Weg*, a.a.O., S. 3

zige der (damit) wirklich eine Entscheidung trifft, ist der Pflegeverantwortliche, ob der den Entscheidungsprozess in Gang bringen soll. Eine Genehmigung wird selten verweigert.“⁸⁷ Diese Einschätzung deckt sich mit den Ergebnissen aus der Aachener Studie, wonach die Pflegekräfte selbst äußern, sie seien die eigentlichen Entscheidungsträger im Verfahren.

Damit findet das weit verbreitete nach einem vorgegebenen Algorithmus ablaufende Genehmigungsverfahren sowohl bei Pflegenden als auch bei (einigen) Juristen seine Kritik. Was sich hier etabliert hat kann organisationssoziologisch als ein konditionalprogrammatisches Entscheidungsverhalten aufgefasst werden, wonach nach einer Impulsentscheidung (durch Pflegefachkräfte) bestimmte Automatismen ablaufen, die in der Praxis nahezu immer zur Genehmigung einer FEM führen. Der Gesetzgeber wollte etwas anderes (vgl. Kap. 4). Insbesondere das Verfahrensrecht zum Betreuungsrecht (Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit – FamFG) macht deutlich, dass in jedem Einzelfall, also zweckprogrammatisch entschieden werden soll; und zwar im Sinne einer interdisziplinäre und von allen Beteiligten geteilte Entscheidung, in der die die Belange des Einzelfalls pflegefachlich, rechtlich und ethisch begründet abgewogen sind.

Das im *Werdenfelser Weg* abgestimmte Verfahren knüpft an diese vom Gesetzgeber intendierten Vorgaben mit folgenden Zielvorgaben an:

- „Wir müssen den Einrichtungen anbieten, derartige Entscheidungen in gemeinsamer Verantwortung mitzutragen, gerade in den Fällen, in denen sich ein Restrisiko später verwirklicht.“
- „Wir müssen die Einrichtungen in unserem Landkreis anhalten, jede einzelne Fixierung immer wieder kritisch zu hinterfragen, ob und welche Alternativen es gibt, um insofern Fixierungsroutinen zu überwinden.“
- „Wir müssen uns auch mit den Einrichtungen im Landkreis gemeinsam darum bemühen, unser aller Wissensstand zu der Thematik ständig zu erweitern und Informationen auszutauschen.“⁸⁸

⁸⁷ Kirsch, S.: *Werdenfelser Weg*, a.a.O., S. 3

⁸⁸ Alle zitierten Zielvorgaben: Kirsch, S.: *Werdenfelser Weg*, a.a.O., S. 4

In mehreren gemeinsamen Sitzungen vom Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen, den Betreuungsstellen und der Heimaufsicht haben sich die Mitarbeiter „selbst geschult“ (Zitat). Danach einigte man sich auf das folgende neue Verfahren zur Gewährleistung einer einzelfallbezogenen Entscheidung mit dem Ziel der Vermeidung neuer und der Reduktion bestehender Fixierungen:

1. Beim Vorliegen eines Eilantrags wird der Pflegeeinrichtung zunächst das Vertrauen entgegen gebracht, dass eine eilige Genehmigung zur Vermeidung unmittelbarer Gefahren notwendig erscheint. Deswegen wird vom Betreuungsgericht eine vorläufige 6-Wochen-Entscheidung getroffen.
2. Gleichzeitig wird sofort ein Verfahrenspfleger vom Gericht mit dem konkreten Einzelfall beauftragt. Er soll sich im Auftrag des Gerichts kritisch mit dem Einzelantrag auseinandersetzen.
3. Der Verfahrenspfleger geht in die Einrichtung mit den rechtlichen Kriterien einerseits, dem fachlichen Wissen über Vermeidungsstrategien andererseits. Er diskutiert vor Ort jeden Einzelfall „individuell auf Augenhöhe mit den Pflegeverantwortlichen“.
4. Gemeinsam gehen Verfahrenspfleger und Pflegeverantwortliche Alternativüberlegungen durch. Im Einzelfall werden zeitlich befristete Erprobungen vereinbart, die dann später gemeinsam hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden.
5. Der Verfahrenspfleger gibt eine Einschätzung ab, wie er im konkreten Einzelfall das Risiko einerseits, die Verschlechterung und den Verlust an Lebensqualität andererseits einschätzt.
6. Der Verfahrenspfleger bestätigt danach dem Heim und dem Gericht, dass keine anderen Maßnahmen denkbar sind oder waren, als die beantragte Maßnahme oder dass eine fachliche Prüfung ergeben hat, dass man ein bestimmtes Risiko nach gemeinsamer Entscheidung und mit gerichtlicher Billigung eingehen konnte oder musste.
7. Innerhalb des 6-Wochenfensters liegt eine Empfehlung und zwar in der Regel eine gemeinsame Empfehlung der Einrichtung und des Verfahrenspflegers vor.

Die Initiatoren des *Werdenfelser Weges* kommen zur Erkenntnis, dass „Fälle, in denen man (vielleicht auch erst nach zähem Ringen) zu keiner übereinstimmenden Einschätzung kam, nicht aufgetreten sind.“⁸⁹

Mit diesem – an das Kernanliegen des FamFG anschließenden – Verfahren, ist gewährleistet, dass die Einzelfallentscheidungen „auf vielen Schultern verteilt (ist), so dass ein späteres Haftungsrisiko für die Heime ausscheidet.“⁹⁰ Damit wird die Pflegeeinrichtung unter dem Schutz eines gerichtlichen Verfahrens (genommen), bei dem wir uns um eine gemeinsame Abwägung und Prognose bemühen.“⁹¹

Das kooperativ angelegte Verfahren des *Werdenfelser Weges* wird derzeit u.a. auf Initiative des Amtsgerichts Geilenkirchen im Kreis Heinsberg und auf politische Initiative der Mehrheitsfraktionen in der StädteRegionsversammlung der StädteRegion Aachen angegangen.

4. Rechtliche Bewertung der Anwendung und des Verzichts auf FEM

*4.1 Grundrechtliche, zivilrechtliche und strafrechtliche Implikationen*⁹²

Fixierungen stellen einen fundamentalen Eingriff in das in der Verfassung garantierte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit dar (*Art. 2, Abs. 1 Satz 1 GG*). Deshalb bedarf ihre Anwendung stets der Grundlage eines förmlichen Gesetzes und der Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen (*Art. 104 Abs. 1 Satz 1 GG*). Wiederholte und regelmäßige Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen bedürfen als Freiheitsentziehungsmaßnahmen zudem der richterlichen Anordnung (Richtervorbehalt); sind also weder von Pflegenden, Angehörigen, nicht einmal von gesetzlich bestellten Betreuerinnen und Betreuern ohne Genehmigung durch das zuständige Betreuungsgericht als legal zu betrachten (*Art. 104 Abs. 2 GG*).

⁸⁹ Kirsch, S.: *Werdenfelser Weg*, a.a.O., S. 6

⁹⁰ Kirsch, S.: *Werdenfelser Weg*, a.a.O., S. 7

⁹¹ Kirsch, S.: *Werdenfelser Weg*, a.a.O., S. 8

⁹² Das folgende Kapitel ist dem Projektabschlussbericht ‚Fixierungsfallgeschichten‘ zum Projekt des DIP und der StädteRegion Aachen entnommen. Es wurde gemeinsam mit dem Direktor des Amtsgerichts Heinsberg, Dr. D. Meier, erstellt.

Die Fixierung eines Menschen erscheint dennoch in bestimmten Situationen als letzte Möglichkeit (ultima ratio), wenn Menschen sich selbst oder andere gefährden. Denn gleichwertig zum Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (dem Selbstbestimmungsrecht) hat der Grundgesetzgeber das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gesetzt (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Der Bundesgerichtshof (BGH) hat das damit einhergehende fallbezogene Abwägungsgebot in einem Urteil vom 17.07.2005 nochmals deutlich hervorgehen:

„In jedem Einzelfall ist unter Berücksichtigung des körperlichen und geistigen Zustands sowie der Würde des einzelnen Heimbewohners abzuwägen, welche seiner Sicherheit dienenden Maßnahmen als verhältnismäßig angesehen werden kann. Dabei sind stets therapeutische Zielvorstellungen zu beachten.“ (BGH Urt. V. 14.07.2005 – III ZR 391/04)

Als von Art. 104 Abs. 1 GG geforderte Gesetzesgrundlagen kommen die Landesunterbringungsgesetze (UBG/PsychKG)⁹³ sowie das Betreuungsrecht (im 4. Buch des BGB – Familienrecht) in Betracht. Im Gegensatz zum Unterbringungsrecht regelt das Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) primär das Wohlergehen des psychisch erkrankten Menschen⁹⁴. Es stellt die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen materiell (§ 1906 Abs. 4 BGB) und formell (Buch 3 des FamFG; §§ 271 ff FamFG)⁹⁵ unter hohe Auflagen.

Die Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit einer Person kann somit als freiheitsentziehende Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB juristisch durch einen Beschluss des Betreuungsgerichts zwar **legalisiert** werden. **Legitimiert** ist sie damit jedoch noch nicht. Dies ist ein bedeutungsvoller Unterschied, auf den in der Fachliteratur (vgl. u. a. Klie, Becker, Koczy sowie Saßen, Borutta, Lennefer) zunehmend hingewiesen wird.⁹⁶

Abzugrenzen davon und nicht als freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des § 1906 BGB zu werten sind Eingriffe von geringer Intensität und/oder Dauer in die persönliche Bewegungsfreiheit. Diese – einmaligen bzw. kurzfristigen – Eingriffe werden eher mit dem Begriff der freiheitsbeschränkenden Maßnahme (im Sinne des rechtfertigenden Notstands gem. § 34 StGB) bezeichnet (z. B. nur einmaliges, während der Körperpflege oder des Lagerns erfolgtes kurzfristiges Hochziehen von Bettgittern). Der Straftatbestand der Frei-

⁹³ In NRW das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.12.1999 i.d.F. vom 05.04.2005

⁹⁴ Die UBG haben sowohl den Schutz des Betroffenen (Eigengefährdung) als auch den Schutz Dritter (Nachbarn, Angehörige etc.; Fremdgefährdung) zum Ziel

⁹⁵ FamFG: Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenh. der freiwillige Gerichtsbarkeit

⁹⁶ Vgl. u.a. Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg 2006

heitsberaubung gemäß § 239 StGB entfällt jedoch nur, wenn den Maßnahmen entweder eine Einwilligung des Betroffenen oder eine Genehmigung des Betreuungsgerichts (bei einwilligungsunfähigen Menschen) zugrunde liegt. Voraussetzung zur Erteilung einer Einwilligung (im Sinne der Wahrnehmung eigener Interessen) ist dabei stets eine vorausgehende Aufklärung über die anstehende Maßnahme sowie die Klärung der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen.

Bei zu vermutender Einwilligungsunfähigkeit ist von der Pflegeeinrichtung oder dem Betreuer/Bevollmächtigten ein fachärztliches Attest (§ 321 FamFG) einzuholen, aus dem die relevanten Untersuchungsergebnisse (z.B. Feststellung einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium), eine Anamnese feststellung (Krankheitsverlaufsgeschichte) sowie eine Beurteilung der Folgen der zugrunde liegenden Erkrankung (Gründe für die Notwendigkeit der empfohlenen freiheitsentziehenden Maßnahme) hervorgehen müssen. Das Attest ist von einem Arzt (in der Regel einem Neurologen, Psychiater) auszustellen.⁹⁷ Der fachlichen Leitung der Pflegeeinrichtung (Pflegedienstleitung) steht zudem gemäß § 315 FamFG ein Mitwirkungsrecht bei diesem Klärungsprozess zu; dieses kann von der Pflegedienstleitung auf z.B. die Bezugspflegekraft jederzeit delegiert werden. Die Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit ist damit eine interdisziplinäre Aufgabe, an der (Fach-)Ärzte, Pflegefachkräfte, Betreuer/innen und das Betreuungsgericht mitwirken.

Für die Legalisierung stellt stets das örtlich zuständige Betreuungsgericht die entscheidungsbefugte Instanz dar. Dort ist die Genehmigung vom Betreuer/Bevollmächtigten zu beantragen. Für die Legitimierung der Maßnahmen – auf der Grundlage einer vorliegenden betreuungsrechtlichen Genehmigung – sind bestellte Betreuer/innen/Bevollmächtigte, Pflegefachkräfte und ggf. Ärzte zuständig.

⇒ Ein weit verbreiteter Irrtum besteht in diesem Zusammenhang darin, dass eine einmal vorliegende betreuungsgerichtliche Genehmigung bestimmter freiheitsentziehender Maßnahmen stets auch ihre dauerhafte Anwendung zur Folge haben muss. Nach § 329 FamFG kann die Maßnahme auf maximal zwei Jahre befristet werden. Die Entscheidung über den „Gebrauch“ der Genehmigung obliegt im Rahmen des Legitimierungsprinzips

⁹⁷ Es sei in diesem Zusammenhang zur Begründung des gesetzgeberischen Anliegens, primär auf einen Facharzt abzustellen, auf die in verschiedenen Studien dargelegten bedenklich erscheinenden Diagnose- und Therapiefähigkeiten von Allgemeinmediziner (Hausärzten) im Umgang mit Demenzerkrankungen (vgl. im Überblick: BMG: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2002, S. 232 – 236

den o.g. Personen. Diese können fall- und situationsbezogen von einer erteilten Genehmigung Gebrauch machen, andererseits müssen sie die Maßnahme beenden, wenn ihre Voraussetzungen entfallen.

Festzuhalten ist: Fixierungen von Menschen sind per se juristisch bedeutsame Tatbestände und stellen nicht eine, bereits durch eine medizinisch oder pflegerisch formulierte Diagnose, hinreichend begründete Maßnahme dar. Sie bedürfen nur in ganz seltenen und eher als Ausnahme zu betrachtenden Fällen keiner richterlichen Genehmigung!

Obwohl sie dies weder selbst anordnen noch ärztlich dauerhaft verordnet bekommen können, fallen die Durchführungen von Fixierungen in das Aufgabengebiet von Pflegenden.^{98 99} Damit stellt dieser Tätigkeitsbereich eine absolute Besonderheit dar und deswegen herrscht hier, wie bei keiner anderen Maßnahme, eine große Unsicherheit bezüglich des richtigen Umgangs. Während eine Medikamentengabe klar ärztlich verordnet wird oder pflegerische Prophylaxen (Tätigkeiten, die dazu dienen, dass eine Krankheitsfolge nicht auftritt) selbstständig erbracht werden, ist in diesem Bereich eine dritte Instanz im Spiel: Das Betreuungsgericht. Und das regelt nur die potenzielle Möglichkeit zur Einschränkung der Freiheit in klar beschriebenen Grenzen und mit entsprechenden Methoden; es bestimmt nicht, dass dies immer und zu jeder Zeit so zu geschehen hat.

In pflegfachlichen Veröffentlichungen wird bemängelt, dass Fixierungen durch beständige Wiederholung und Regelmäßigkeit in der Ausübung schnell zu einer „regulären Pflegemaßnahme“ werden, die einfach durchgeführt und nicht mehr reflektiert angewendet wird. Nicht selten wird dies sogar im Pflegeplan dokumentiert (also geplant) und somit zu einer wiederkehrenden verschrifteten „pflegerischen Tätigkeit“. Dies steht in einem krassen Widerspruch zu einer sorgfältigen und immer wieder neu zu treffenden Abwägung der Situation und dem Treffen einer begründeten Einzelfallentscheidung. Dies gilt auch, wenn eine richterliche Legalisierung oder eine ärztliche Anordnung besteht (die nicht für einen längeren Zeitraum gelten darf!).

„Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie das Einschließen, das Angurten oder das Verabreichen ruhigstellender Medikamente, können eine schwerwiegende Belastung darstellen und gesundheitliche Gefahren mit sich bringen. Deshalb muss während der Dauer

⁹⁸ Korte-Pötters, U. u. Wingenfeld, K.: Referenzmodelle. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege. Abschlussberichte der beteiligten Institute. Herausgegeben von Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. (Referenzmodelle, 2), Düsseldorf 2005

⁹⁹ Borutta, M.: Pflege zwischen Schutz und Freiheit, Hannover 2000

der Maßnahme eine kontinuierliche Beobachtung durch dafür qualifizierte Personen gewährleistet sein. Ferner ist regelmäßig zu prüfen, ob die Maßnahme noch erforderlich bzw. gerechtfertigt ist.¹⁰⁰

Doch auch, wenn immer und überall eine Einzelfallprüfung angewendet werden würde: Von einem vollständigen Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen in der gesamten Pflege- und Versorgungslandschaft kann nicht ausgegangen werden. Das Problem der Freiheitseinschränkung betrifft schließlich neben der Versorgung von Bewohnern in den vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe, auch Patienten in Psychiatrien, in Rehabilitationseinrichtungen oder in Akutkrankenhäusern. Überall, wo therapiert und gepflegt wird, können Menschen von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sein.

Einschlägige Ratgeber aus Ministerien weisen daher begründet schon im Titel darauf hin, dass ein vollständiger Verzicht von freiheitsentziehenden Maßnahmen kaum zu realisieren ist (i.S.e. verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen).¹⁰¹

Bei dieser Thematik ist vielmehr relevant, dass vor einer möglichen Fixierung alle nur erdenklichen medizinisch-pflegerischen Alternativen erörtert und systematisch ausgeschlossen werden, denn eine freiheitsentziehende Maßnahme stellt stets die letzte aller Möglichkeiten (ultima ratio) dar.

Dieses Vorgehen kann als **ABWÄGUNGSPROZESS** beschrieben werden, der bei einem derart schwerwiegenden Eingriff in das Persönlichkeitsrecht sorgsam und auch transparent nachvollziehbar gemacht werden muss. In der (bereits zitierten) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heißt es dazu: „Nicht selten kommt es zu Konflikten zwischen dem Anspruch, das Recht auf Selbstbestimmung des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu beachten, und bestimmten Fürsorgepflichten der Pflegenden und Behandelnden (beispielhaft sind Situationen wie Nahrungsverweigerung oder Sturzgefährdung). Sollte eine solche Situation auftreten, können Sie erwarten, dass mit allen Beteiligten abwägende Gespräche geführt werden.“¹⁰²

Hier scheinen Pflegeeinrichtungen noch einigen Nachholbedarf zu haben:

¹⁰⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Charta der Rechte pflege- und hilfsbedürftiger Menschen, Berlin 2006

¹⁰¹ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006

¹⁰² Bundesministerium für Familie 2006

„(...) doch konnte anhand der eingesehenen Dokumentation ein Abwägungsprozess nur selten festgestellt werden.“¹⁰³

4.2 Rechtliche und pflegepraktische Unsicherheiten

Daneben gibt es aber auch einen dringenden Klärungsbedarf, der bereits früher entsteht: *Was ist eine Fixierung und was nicht?* Dies ist nicht einfach zu beantworten. Hier sind sich nicht nur Praktiker unsicher, es gibt keinen einheitlichen und vollständig abgrenzbaren Katalog über verschiedene Maßnahmen, ihre Anwendungsart und -dauer und eine unterschiedliche Klassenbeschreibung der vorhandenen Instrumente und Verfahren. Eine freiheitsentziehende Maßnahme ist in der Beurteilung nicht selten ebenso eine Einzelfallinterpretation, wie sie eine Einzelfallentscheidung ist. Dennoch lassen sich bestimmte Verfahren und Methoden identifizieren, die in jedem Falle als eine Maßnahme oder technische Hilfe zur Freiheitseinschränkung angesehen werden können.

Der Gesetzgeber spricht in § 1906 Abs. 4 BGB) von Eingriffen durch „mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise“. In der amtlichen Begründung¹⁰⁴ werden beispielhaft (aber nicht abschließend) Leibgurte in einem Bett oder an einem Stuhl, Bettgitter, ungewöhnlich komplizierte Schließmechanismen, Wegnahme eines Haustürschlüssels, gezielte Gabe von Schlafmitteln oder anderen (vergleichbaren) Medikamenten, das Hindern am Verlassen der Einrichtung genannt. Die Literatur diskutiert vier Fallsetzungen unter denen sich jedoch unterschiedliche Einzelmaßnahmen verbergen:

- (1) Fixierung einer Person durch mechanische Vorrichtungen
- (2) Einsperren eines Betroffenen
- (3) Einsatz von Medikamenten, die primär der Ruhigstellung dienen (nicht als Nebenwirkung)
- (4) Sonstige Vorkehrungen

Die unterschiedlichen eingesetzten Verfahren und Materialien reichen bei dem Punkt (1) beispielsweise von „Therapietischen“ vor Stühlen (so genannte Stecktische), von besonderen Sesseln, aus denen ein eigenes Aufstehen nicht mehr möglich ist (z.B. durch das Legen in eine Rückenlage), der Anschaffung eines besonders niedrigen Sofas, (wo die Beinkraft nicht ausreicht, um sich zu erheben), bis hin zu Bauch- und Schultergurten oder

¹⁰³ Kreis Aachen (Heimaufsicht) 2007

¹⁰⁴ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 11/4528 vom 11.05.1989

Fixierungsmaterialien, die die Handbeweglichkeit einschränken. Ebenso zählen hier Bettgitter zu einer eindeutigen mechanischen Fixierungshilfe. Darüber hinaus sind auch spezielle Bettdecken (mit fixierenden Halterungen) darunter zu verstehen, spezielle „Schlafsäcke“ oder aber auch ein stramm eingezogenes Betttuch, das unter der Matratze so fixiert wird, dass der Patient oder Bewohner sich nicht „freistrampeln“ kann.

Einsperren (Punkt 2) kann verstanden werden als eine räumliche Isolierung, aus der der Betroffene nicht mehr selbsttätig herauskommen kann. Dazu zählt in jedem Falle das Versperren einer Tür ohne Öffnungsmöglichkeit (ggf. auch das Anbringen komplizierter Schließmechanismen oder aber das Verdecken und Verstecken von Türeingängen, die der Betroffene aufgrund seiner Einschränkung nicht selbst findet.) Hier wird deutlich, wie kompliziert eine eindeutige Beschreibung und Definition ist, denn das Anbringen eines Vorhangs kann entweder eine optische Verschönerung vor einer Eingangstür sein oder aber ein Einsperren. Erst die Zielrichtung der Maßnahme lässt genauer erkennen, welchen Zweck sie hat und wie sie gewertet werden kann. Parallel dazu existieren auch unterschiedliche Bewertungen zu einzelnen Maßnahmen, was Pflegenden eine Eindeutigkeit in der eigenen Positionierung erheblich erschwert. So wird beispielsweise in Studien empfohlen, dass ein Vorhang in der Farbe der Tür gerade bei demenziell veränderten Bewohnern angewendet werden sollte, damit diese nicht zum „Weglaufen“ animiert werden.¹⁰⁵ Eine solche positive Einschätzung steht aber im Widerspruch zu anderen Aussagen.

Nicht unbedingt eindeutiger in der Beurteilung ist der Einsatz von Medikamenten (Punkt 3), wenn hier auch internationale pharmakologische Klassifizierungen dabei helfen können, zu unterscheiden, was die Hauptwirkung eines Medikamentes und was die Nebenwirkung ist. Medikamente, die in der Hauptwirkung der Ruhigstellung dienen (psychotrope Medikamente), sind demnach als „chemische“ Fixierung zu betrachten, stellen damit regelmäßig freiheitsentziehende Maßnahmen dar und werden auch von Pflegenden als einschränkende Maßnahme verstanden. In der Kombination mit der Diagnose des Patienten oder Bewohners kann dies also relativ stabil bestimmt werden. Während der Gesetzgeber (vgl. BT-Drucksache 11/4528, S. 149) darauf verweist, dass er in der rechtlichen Bewertung auf den *Heilzweck eines Medikaments* abstellt [„Medikamente, die zu Heilzwecken gegeben werden, aber als Nebenwirkung den Bewegungsdrang des Betreuten ein-

¹⁰⁵ Namazi, K. H.; Rosner, T. T.; Calkins, M.P. (1989): Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. In: The Gerontologist, Jg. 29, H. 5, S. 699–702

schränken, fallen nicht unter die Regelung (des § 1906 Abs. 4 BGB, Anm. d. Verf.)“] finden sich in der Fachliteratur- mit Bezug auf entsprechende Gerichtsurteile – nicht selten anders lautende rechtliche Hinweise. So machen Hoffmann et al. deutlich, dass nicht die Intention (Heilzweck) entscheidend für die Beurteilung einer freiheitsentziehenden Maßnahmen durch Medikamente (im wesentlichen Neuroleptika) sei, sondern vielmehr die tatsächliche Anwendung und Wirkung auf den Betroffenen.¹⁰⁶ Demnach wäre ein Einsatz von Psychopharmaka, die keine Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit nach sich ziehen, stets durch den Betroffenen selbst (wenn dieser einwilligungsfähig ist) oder seinen Betreuer zu entscheiden. Kommt es hingegen als Nebenwirkung zu körperlichen Bewegungseinschränkungen, bedarf die Gabe des Medikaments stets der Zustimmung durch den Betroffenen oder (bei vorliegender Einwilligungsunfähigkeit) der Genehmigung durch das Betreuungsgericht. Liegt überhaupt keine therapeutisch begründete Indikation vor und soll das Medikament zur gezielten Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit verabreicht werden, wäre diese Maßnahme nicht genehmigungsfähig und sogar strafbar (vgl. Hoffmann, Klie 2004, S. 91):

„Es kommt bei der Bewertung einer Maßnahme als freiheitsentziehende nicht darauf an, ob sie als solche bezweckt ist oder nicht, die tatsächliche potenzielle Wirkung reicht zur Qualifizierung als freiheitsentziehende Maßnahme in der rechtlichen Bewertung als unterbringungsähnliche Maßnahme i.S.d. § 1906 Abs. 4 BGB aus.“¹⁰⁷

Klie stellt zur Medikation mit Psychopharmaka weiterhin fest:

„Wird die Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit durch die Medikamentengabe intendiert, ohne dass eine therapeutische Indikation für die Maßnahme vorliegt (Vergabe von Psychopharmaka zur Ruhigstellung, zur Vermeidung von Störungen anderer Patienten bzw. zur Pflegerleichterung,) so verbietet sich schon aus arzneimittelrechtlichen Gründen die Verordnung und erscheint eine solche Maßnahme als nicht mit dem Wohl des Patienten vereinbar und von daher auch nicht als genehmigungsfähig gemäß § 1906 Abs. 4 BGB.“¹⁰⁸

Sehr unterschiedlich hingegen kann der Punkt (4) ausgelegt werden (sonstige Vorkehrungen). Hierunter wird eine Fülle unterschiedlicher Maßnahmen subsumiert. Z.B. ist die Wegnahme benötigter Gehhilfen (Rollator, Gehstock etc.) eine Fixierung, die Ausstattung

¹⁰⁶ Hoffmann, B. u. Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und –praxis, Heidelberg 2004, S. 91

¹⁰⁷ Hoffmann, B. u. Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen, ebd.

¹⁰⁸ Hoffmann, B. u. Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen, ebd.

von Patienten mit technischen Hilfsmitteln (Funksendern) etc. ebenso. Aber auch Drohen, Einschüchtern und das Ausüben anderer Formen von psychischem Druck können hierunter verstanden werden. Dies macht es schwierig solche Maßnahmen zu bewerten.

Zur tatsächlichen Freiheitsentziehung im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB aber werden viele der genannten Maßnahmen erst dann, wenn die Maßnahmen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig und wiederkehrend (Turnus) angewendet werden. Doch ist auch dies keine klare Definition und eindeutige Beschreibung, denn was bedeuten ein langer Zeitraum und die Definition „wiederkehrend“? Wie häufig und in welchen Abständen ist wiederkehrend?

Was den *längeren Zeitraum* betrifft, so wird dieser sehr unterschiedlich gesehen: von „während des Tages zwischen 2 Mahlzeiten“ und „während der Nacht zwischen dem Beginn der Nachtruhe und dem Wecken“ bis zu „maximal drei Tage“. Die überwiegende Meinung und Rechtssprechung lehnt sich jedoch an Art. 104 Abs. 2, S. 3 GG an und definiert den Zeitraum auf höchstens zwei Tage. *Wiederkehrend* und damit regelmäßig ist die Maßnahme dann, wenn sie aus einem bestimmten Anlass mehrmals wiederholt wird bzw. werden soll.

Im Gegensatz zu den Unsicherheiten und Widersprüchen bei den Formen und dem Turnus freiheitsentziehender Maßnahmen ist der Ort der Maßnahme vom Gesetzgeber eindeutig geregelt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind demnach nur genehmigungspflichtig, wenn sich der zu fixierende Mensch „in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung“ (z.B. gerontopsychiatrisches Krankenhaus) aufhält, ohne dort untergebracht zu sein. Mit Rücksicht auf den besonderen Schutz der Familie (Art. 6 GG) hat der Gesetzgeber auf eine Legalisierung dieser Maßnahmen durch das Betreuungsgericht bei zu Hause lebenden Menschen verzichtet. D.h. im Umkehrschluss, dass freiheitsentziehende Maßnahmen, die im häuslichen Bereich bei demenziell veränderten Menschen aus Gründen der Vermeidung einer Selbstgefährdung angewendet werden, vom Betreuungsgericht nicht genehmigt werden. Der Straftatbestand des § 239 StGB bleibt allerdings davon unberührt.

4.3 Typologisierung der von FEM betroffenen Bewohner¹⁰⁹

Problematisch ist daneben nicht nur die Frage, welche Maßnahmen freiheitsentziehend sind, sondern auch die Frage, wer über welche Form der Selbstbestimmung verfügt. Unterschieden werden können daher unterschiedliche Personengruppen, für die auch jeweils andere Anforderungen hinsichtlich einer Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme gelten:

Typ A	Selbst einwilligungsfähige Betroffene	Keine richterliche Genehmigung, aber schriftliche Einwilligung der/des Betroffenen
Typ B	Betroffene, die nicht einwilligungsfähig sind und keinen Willen bzw. keine Möglichkeit zur Fortbewegung haben	Keine richterliche Genehmigung, aber ärztliches Attest über die Bewegungsunfähigkeit sinnvoll, mindestens jedoch Dokumentation durch die Pflegeeinrichtung
Typ C	Nicht einwilligungsfähige aber bewegungsfähige Betroffene	Nur mit richterlicher Genehmigung
Typ D	Akute Gefährdungssituation	Keine richterliche Genehmigung, sorgfältige Dokumentation und Prüfung von Alternativen

Das bedeutet, dass ein Betroffener in seinem Zimmer eingesperrt werden darf, wenn er einwilligungsfähig ist und dies selbst wünscht. Dieser **Typus A** kann in der konkreten Diskussion mit dem Bewohner ausgehandelt werden. Häufig wird (und wurde auch in dem Projekt) berichtet, dass dies vor allem den Aspekt der Sicherheit berührt, wenn ein Bewohner Bettgitter während der Nacht wünscht, um nicht aus dem Bett zu stürzen. Diese Form der legalen freiheitsentziehenden Maßnahme ist aber die Ausnahme! Wenn ein Betreuer für den Bereich Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen (Fixierungen) durch das Betreuungsgericht bestellt wurde und die Selbstbestimmung des Betroffenen nicht mehr gänzlich gesichert ist, bedarf eine freiheitsentziehende Maßnahme der betreuungsgerichtlichen Genehmigung. Verfügt der Betroffene jedoch noch über einen natürlichen Willen, d.h. die natürliche Fähigkeit, den Sinn der betreffenden Maßnahme zu erkennen (allgemeine Geschäftsfähigkeit ist nicht erforderlich!) bedarf es keiner richterlichen Genehmigung. Eine Dokumentation ist jedoch zwingend! Die Einwilligung eines solchen Betroffenen kann aber jederzeit durch schlüssiges Verhalten (z.B. Rütteln am Bettgitter als Zeichen des Unbehagens) widerrufen werden.

Der **Typ B** stellt eine Besonderheit dar, denn so widersinnig es klingen mag: Die Entziehung der Freiheit setzt entweder den Willen oder die Möglichkeit der Fortbewegung vor-

¹⁰⁹ Vgl. entsprechende tabellarische Zusammenstellung in den Anlagen

aus. Liegt ein Mensch beispielsweise im Koma, so kann er nicht mehr selbst entscheiden, er hat in diesem Falle aber auch keine eigene Bewegungsfreiheit mehr. Man kann ihm diese also nicht entziehen. Das heißt, dass z.B. das Anbringen von Bettgittern hier lediglich eine Schutzmaßnahme darstellt, die keiner richterlichen Genehmigung bedarf. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Betroffene weder weg kann (z.B. gelähmt ist) noch willentlich das Bett verlassen möchte (Schutz vor unwillentlichem Herausfallen). Die Feststellung einer vollständigen Bewegungsunfähigkeit sollte jedoch im Zweifelsfall durch eine gesicherte ärztliche Diagnose und Bescheinigung geklärt werden.

Eindeutiger ist **Typ C** geregelt, nämlich dass jemand, der seiner Freiheit beraubt und in seiner Bewegung eingeschränkt wird, aber nicht einwilligungsfähig ist, in jedem Falle nur mit richterlichen Genehmigung in seiner Freiheit eingeschränkt werden darf (z.B. desorientierter Mensch, der an seinem Sitzgurt zerrt, weil er aufstehen und herumlaufen will oder die so genannten „beschützten Bereiche“ durch Rütteln an der Tür verlassen möchte). Angehörigenwünsche oder aber der Wille des Betreuers/Bevollmächtigten oder ein Befürworten durch einen (Haus-)Arzt reichen in keinem Falle dazu aus, eine solche freiheitsentziehende Maßnahme zu legitimieren.

Der **Typ D** ist in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sehr selten, denn nur bei Gefahr im Verzug, das heißt in einer absoluten Notsituation, in der eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt (rechtfertigender Notstand), darf jemand ohne richterliche Genehmigung in seiner Freiheit eingeschränkt werden. Dies wird durch § 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB legitimiert, weil die Einrichtung gegenüber dem Bewohner einer Betreuungspflicht nachkommen muss, die eine Beaufsichtigung und den Schutz von Leib und Leben mit einschließt. In einem solchen Falle ist es jedoch unablässig, dass der Vorfall sowie eine Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen dokumentiert werden. Das Betreuungsgericht ist hiervon durch den Betreuer (!) unverzüglich, d.h., ohne schuldhaftes Zögern (Beantragung der Genehmigung am nächsten Arbeitstag genügt) zu informieren. Steht jedoch von vorneherein fest, dass die Maßnahme über einen längeren Zeitraum (mehr als 2 Tage) erforderlich ist, bedarf es der richterlichen Genehmigung unter Vorlage eines ärztlichen Attests. Gleiches gilt, wenn die Maßnahme wiederkehrend ist. Denn für den Wiederholungsfall reicht die beim ersten Mal bestehende und das Handeln rechtfertigende Gefahrenlage nicht mehr aus.

Es zeigt sich, dass sowohl bei den Maßnahmen als auch bei den Regelungen zum Umgang mit Einwilligungen viele unterschiedliche Möglichkeiten bestehen und zu einer Irritation beitragen können. Erst die vollständige Betrachtung von möglichen Maßnahmen und den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bewohner gemeinsam erlauben die verwendete Klassifizierung und Definition dessen, was genau vorliegt. Nicht selten sind auch die Leitungen der Einrichtungen unsicher bei der Frage, welche Maßnahmen sie sich nun genehmigen lassen müssen und welche nicht.

Wie aber verhält sich die Einrichtung, wenn der Betreuer/Bevollmächtigte in die Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB nicht einwilligt, obwohl dies aus ärztlicher und pflegerischer Sicht zum Schutz des/der Betroffenen für erforderlich angesehen wird? Die Einrichtung sollte sich dann an das örtlich zuständige Betreuungsgericht wenden. Denn hält das Gericht die Einstellung des Betreuers/Bevollmächtigten für falsch, das Nichtstun bzw. die ablehnende Haltung mithin für eine Pflichtwidrigkeit, kann das Gericht gegen den Betreuer/Bevollmächtigten im Falle der Weigerung nach § 1837 Abs. 2 und 3; § 1908 i Abs. 1 Satz 1 BGB ein Zwangsgeld festsetzen oder den Betreuer wegen Ungeeignetheit (vgl. § 1901 BGB) aus dem Amt entlassen.

4.4 *Abwägungsgebot und Ressourcenbezüge in den Urteilen und Kommentaren*

4.4.1 *Die Pflicht zur sachgerechten Abwägung nach dem Erforderlichkeitsgrundsatz und dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz*

Die Anwendung von FEM in der Pflege demenziell veränderter Menschen ist pflegfachlich und rechtlich als ultima ratio zu verstehen. Dies macht es erforderlich, dass alle medizinisch-pflegerischen Interventionen bezogen auf den Einzelfall und systematisiert vorher abgewogen werden müssen. Hier haben sich in der Praxis entsprechende Algorithmen zur Legitimation von FEM, die sich an die hermeneutische Fallarbeit anlehnen, bewährt.

Dodegge und Roth heben in ihrem Systematischen Praxiskommentar Betreuungsrecht die Grundsätze der *Erforderlichkeit* und der *Verhältnismäßigkeit* hervor.

Der *Erforderlichkeitsgrundsatz* verlangt, dass bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen (FEM) Sicherungsmaßnahmen unterbleiben, „...die in der Form überhaupt nicht oder nur

in weniger belastender Form eingesetzt werden müssen. Reicht also ein Abfangen am Ausgang durch das Personal aus, bedarf es nicht des Einschließens oder des Angurtens. Das mildere Mittel muss aber gleich geeignet sein.“¹¹⁰ In einer Fußnote verweisen die Autoren darauf, dass beispielsweise ein Bettgitter während der Nachtruhe regelmäßig nicht durch häufige Kontrollen einer Nachtwache gleich gut ersetzt werden können, weil dies Stürze in den unbeobachteten Zeiten nicht sicher genug ausschließen würde.¹¹¹

Der *Verhältnismäßigkeitsgrundsatz* gilt unabhängig vom im Gesetz verankerten Erforderlichkeitsgrundsatz.¹¹² Er verlangt ebenfalls ein Übermaßverbot und gleichzeitig ein Abwägungsgebot mit einem möglichst schonenden Ausgleich der beteiligten Rechtsgüter (Recht auf körperliche Unversehrtheit und Freiheitsrecht). Auch hier spielen erneut Fragen der Erforderlichkeit mit hinein. „Es gilt mit anderen Worten der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit von Erfolg und angewandten Mitteln bei geringst möglichem Eingriff. Die Freiheitsentziehung muss immer ‚ultima ratio‘ sein. Bei Zweifeln ist der grundrechtlich geschützten Freiheit der Vorzug zu geben (‚in dubio pro libertate‘).“¹¹³ Ähnlich argumentiert auch der BGH in seinen Urteilen vom 28.04.2005 und vom 14.07.2005.

Unmissverständlich machen Dodegge und Roth deutlich, dass wirtschaftliche Erwägungen hier keine Rolle spielen. „Andere Hilfen, die ausreichen, den mit der Unterbringung erwünschten Erfolg herbeizuführen, sind ohne Rücksicht auf wirtschaftliche Erwägungen einzusetzen. Sie müssen aber realistisch und durchführbar sein.“¹¹⁴ Auch können tatsächliche Vorgaben, „...wie Bausubstanz der Einrichtung, pflegerische Ausstattung, Personalsituation etc. beachtet und auch hingenommen werden. Kostenintensive Maßnahmen wie z.B. eine nächtliche Sitzwache oder Einstellung zusätzlichen Personals, können im Rahmen des § 1906 Abs. 4 BGB nicht verlangt werden. (...) Alternativen müssen realisierbar sein.“¹¹⁵ Leistungsrechtliche Erfordernisse und leistungsrechtlich begründbare Lücken können in so fern nicht durch betreuungsrechtliche Implikationen kompensiert werden. (In

¹¹⁰ Dodegge, G. u. Roth, A.: Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht, 2. Aufl., Köln 2005, S. 563 Rdnr. 63

¹¹¹ Vgl. Dodegge, G. u. Roth, A.: Betreuungsrechtskommentar, a.a.O., S. 563 Fn 183

¹¹² Vgl. Dodegge, G. u. Roth, A.: Betreuungsrechtskommentar, a.a.O., S. 550 Fn 116 (mit Bezug auf BVerfG BtPrax 1998, 144; BayOLG BtPrax 1999, 794)

¹¹³ Dodegge, G. u. Roth, A.: Betreuungsrechtskommentar, a.a.O., S. 550 Rdnr. 31

¹¹⁴ Dodegge, G. u. Roth, A.: Betreuungsrechtskommentar, a.a.O., S. 550, Rdnr. 31 (mit Bezug auf das Bayerische OLG BtPrax 1994, 211). Das Gleiche gilt für unterbringungsähnliche Maßnahmen (vgl. dies.: a.a.O., S. 563)

¹¹⁵ Dodegge, G. u. Roth, A.: Betreuungsrechtskommentar, a.a.O., S. 564, Rdnr. 64

wie fern leistungsrechtliche Bestimmungen dennoch einen Beitrag zu einer pflegefachlich anerkannten und erforderlichen Maßnahme leisten können, dazu weiter unten).

Insbesondere die beiden grundlegenden Urteile des BGH vom 28.04.2005 (III ZR 399/04) und vom 14.07.2005 (III ZR 391/04) machen erneut deutlich, dass die Anwendung von FEM nicht verboten sind, jedoch eine *entsprechende Abwägung* zwischen den grundrechtlich verbrieften Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und dem Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 S. 1 GG) – also zwischen gebotener Fürsorge und zu gewählender Freiheit – erforderlich machen. So muss auch (und gerade!) „...bei Einschränkungen im geistig-seelischen Bereich abgewogen werden, ob dem Wunsch des Heimbewohners, (eine) in Rede stehende Verrichtung selbständig auszuführen, nicht weitgehend Rechnung zu tragen ist.“¹¹⁶ Dies entspricht im Übrigen einer Leistungserbringung nach allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse, wie der BGH am 14.07.2005 urteilte.¹¹⁷

Ein Sturz in der Pflegeeinrichtung begründet für sich alleine noch keine Beweiserleichterung zu Gunsten des Klägers (hier: Krankenkasse). Geschieht ein Sturz zu einem Zeitpunkt, in welchem der Bewohner alleine ist bzw. kein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang besteht, geht es auch nicht um den – eine Haftungspflicht begründenden – vollbeherrschbaren Gefahrenbereich.¹¹⁸

Das OLG Düsseldorf (Beschluss vom 02.03.2006, I – 8 U 163/04) macht mit Bezug auf den Expertenstandard ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘ des DNQP deutlich, dass die Verwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Sturzprävention unbedingt vermieden werden sollten, zumal der Effekt und die Nützlichkeit von Fixierungen bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Das schliesse allerdings nicht aus, dass gleichwohl im Einzelfall eine Fixierung erforderlich werden kann, aber nicht als Dauermaßnahme, sondern nur bezogen auf die konkrete Situation. „Geschieht der Unfall eines Patienten im üblichen, alltäglichen Gefahrenbereich, hat der Geschädigte den vollen Beweis zu führen, dass der Träger der Pflegeeinrichtung Obhutspflichten verletzt hat.“¹¹⁹

¹¹⁶ BGH-Urteil vom 14.07.2005, S. 9

¹¹⁷ BGH-Urteil vom 14.07.2005, S. 6

¹¹⁸ Vgl. BGH-Urteil vom 28.04.2005, S. 6

¹¹⁹ OLG Düsseldorf, Beschluss vom 13.07.2010 (I – 24 U 16/19)

Andererseits stellt die betreuungsrechtliche Genehmigung wiederkehrender freiheitsentziehender Maßnahmen keinen an die Leitung der Pflegeeinrichtung gerichteten ‚Befehl zum Handeln‘ dar, „...sondern eine gerichtliche Erlaubnis zu derartigen Maßnahmen nach pflichtgemäßen Ermessen des Betreuers“¹²⁰, wie das OLG Düsseldorf betont. Das Pflegeheim ist allerdings bei der Ermessenentscheidung mit einzubeziehen, wie sich nachvollziehbar aus § 315 FamFG ergibt.

Der Gesetzgeber hat die Anwendung von FEM als „...im Einzelfall sinnvoll und dem Wohl des Betreuten dienlich“ bezeichnet, „...vor allem, wenn die Gefahr besteht, daß ein altersverwirrter Betreuer ziellos umherirrt, ohne auf den Straßenverkehr zu achten oder Vorsorge gegen Hunger, Durst und Kälte zu treffen.“¹²¹ Im Kontext der Grundsätze der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit listen Dodegge und Roth¹²² eine ganze Reihe von praxisrelevanten Maßnahmen auf, die allesamt gerichtlich als FEM anerkannt sowie im jeweiligen Einzelfall für erforderlich gehalten wurden.¹²³ Hierzu zählen u.a. durch:

- nächtliches Abschließen des Zimmers
- das Festbinden des Betreuten durch einen Leibgurt am Stuhl oder Bett,...
- das Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter oder besondere Schutzdecken
- das Anbringen eines Therapietisches am Stuhl oder Rollstuhl
- das verhindern des Verlassens der Einrichtung durch besonders komplizierte Schließmechanismen
- das Arretieren des Rollstuhl, ohne die Möglichkeit des Betroffenen, diese zu lösen
- das verhindern des Verlassens der Einrichtung durch das Personal oder einen Pförtner
- das Verhindern des Verlassens der Einrichtung durch Gabe von Medikamenten, Schlafmitteln und Psychopharmaka
- Wegnahme der Straßenbekleidung oder Verwenden von Schutzhemden
- Ausüben psychischen Drucks sowie Verwendung von Verboten, List, Zwang und/oder Drohungen
- Ausstattung von Heimbewohnern mit Signalgebern/Chips.

¹²⁰ Vgl. OLG Düsseldorf, Beschluss vom 13.07.2010

¹²¹ BT-Drs. 11/4528, S. 148f

¹²² Vgl. Dodegge, G. und Roth, A.: Betreuungsrechtskommentar, a.a.O., S. 559, Rdnr. 51

¹²³ Vgl. auch Jürgens, A.; Kröger, D.; Marschner, R.; Winterstein, P.: Das neue Betreuungsrecht. Systematische Darstellung mit den Änderungen zum 01. Januar 1999, 4. Aufl., 1999, S. 202-205 (Rdnr. 514-520)

Sobald diese Maßnahmen den Zweck erfüllen, die Freiheit zu entziehen, ist der Tatbestand der Genehmigungspflichtigkeit nach § 1906 Abs. 4 BGB gegeben.

4.4.2 *Der Bezug zu den Ressourcen*

Die Forderung (der Klägerin im BGH-Verfahren vom 28.04.2005) einer Bewohnerin jedes Mal beim Aufstehen (unaufgefordert) Hilfe zu leisten, würde auf eine lückenlose Überwachung durch die Mitarbeiter des Pflegeheims hinauslaufen. „Dies würde über das einem Pflegeheim wirtschaftlich zumutbare hinausgehen und zudem den Interessen der Heimbewohner an der Wahrung ihrer Privatsphäre widersprechen.“¹²⁴

Die vgl. BGH-Urteile aus 2005 machen damit deutlich, dass die Anwendung von FEM durchaus auch *im Kontext der zur Verfügung stehenden Ressourcen* in den Pflegeeinrichtungen zu bewerten sind. Denn die Pflichten der Pflegeheime „...sind begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind.“¹²⁵ Der vernünftige finanzielle und personelle Aufwand wird dabei durch die entsprechenden Versorgungsverträge und die Vergütungsvereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und Leistungsfinanzieren (Pflegekassen und Träger der Sozialhilfe) bestimmt.

Deutlicher noch wird dies im Beschluss des Sozialgericht Freiburg vom 15.12.2011 (S 9 SO 5771/11 ER). Das SG Freiburg hatte entschieden – zunächst vorläufig, bis zur bestandskräftigen Entscheidung über einen möglichen Widerspruch – einer demenziell veränderten Heimbewohnerin mit Verhaltensauffälligkeiten die Bereitstellung einer personenbezogenen Nachwache zu gewähren. Die Kosten seien im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) zu übernehmen. Ob schon eine betreuungsrechtliche Genehmigung zur Anwendung von FEM vorlag, sah das SG Freiburg ein Erfordernis, eine nächtliche 1:1-Betreuung bei der Bewohnerin sicherzustellen, da die Bewohnerin den Vorgang der nächtlichen Fixierung mittels Bettgurt voll wahrnehmen und hierunter erheblich leiden würde und darum bittet, von der Fixierung Abstand zu nehmen. Die rechtliche Notwendigkeit zur Finanzierung dieser nächtlichen 1:1-Betreuung sieht das SG Freiburg in der Öffnungsklausel des § 61 Abs. 1 S. 2 SGB

¹²⁴ BGH-Urteil vom 28.04.2005, S. 9

¹²⁵ BGH-Urteil vom 28.04.2005, S. 4 (mit Bezug auf OLG München VersR 2004, 618, 619 und LG Essen VersR 2000, 893)

XII. Die Gewährleistung einer nächtlichen 1:1-Betreuung gehöre zu den „sonstigen Vorrichtungen“ und seien zur Verhinderung selbstgefährdenden Verhaltens erforderlich.

Das SG Freiburg erkennt richtig, dass die „...von den Pflegekassen zuerkannten Maßnahmen bereits dem Grunde nach nicht aus(reichen), den Bedarf an Hilfe zur Pflege für solche sonstigen Verrichtungen zu decken, (deshalb) gibt die Öffnungsklausel dem Pflegebedürftigen nach Teilen der Kommentarliteratur unmittelbar einen Anspruch auf Bedarfsdeckung z.B. im Wege der Kostenerstattung.“¹²⁶ Der Anordnungsgrund sei vom Pflegeheim glaubhaft gemacht worden. Denn „(d)ie derzeit praktizierte allnächtliche Fixierung der Antragstellerin stellt einen Eingriff in ihrer von Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Grundgesetzes (GG) garantierten Grundrechte dar, der durch die Erfüllung des Anordnungsanspruchs auf Leistungen für eine Nachtwache vollständig vermieden werden könnte. Dieser Eingriff ist nach Intensität, Häufigkeit und Dauer so schwerwiegend, dass der Antragstellerin nicht zugemutet werden kann, ihn bis zur bestandskräftigen Entscheidung über ihren Antrag hinzunehmen.“¹²⁷

Auch die Tatsache, dass die Fixierung bereits seit geraumer Zeit praktiziert wurde, vom Betreuer beantragt und vom zuständigen Betreuungsgericht gerichtlich genehmigt worden ist, ändert nichts daran, dass es sich um einen durch die Anwendung der vg. leistungrechtlichen Vorschrift (Öffnungsklausel in § 61 Abs. 1 S. 2 SGB XI) vermeidbaren Eingriff in die grundrechtlich verbrieften Freiheitsrechte handelt. Denn, das „...Betreuungsgericht konnte seinen Beschluss – anders als das Sozialgericht – nicht auf eine Güterabwägung zwischen dem Grundrechtseingriff durch Fixierung einerseits, dessen Vermeidung durch Sozialhilfeleistungen andererseits stützen, denn es stand ihm nicht zu, den Antragsgegner zu entsprechenden Leistungen zu verpflichten. (...) Der Betreuer betrieb (in so fern) die gerichtliche Gestattung der Fixierung nicht etwa alternativ zur verfahrensgegenständlichen Sozialhilfeleistung, sondern weil er damit rechnen musste, dass bis zur bestandskräftigen Entscheidung über seinen Antrag auf Leistungen für eine Nachtwache geraume Zeit vergeht, in der ohne Fixierung eine erhebliche Selbstgefährdung der Antragstellerin bestünde. Er war daher gehalten, bis dahin eine Selbstverletzung der Antragstellerin mit dem einzigen bereiten Mittel – der nächtlichen Fixierung – abzuwenden.“¹²⁸

¹²⁶ Beschluss des SG Freiburg vom 15.12.2011 (S 9 SO 5771/11 ER), S. 5

¹²⁷ SG Freiburg, Beschluss vom 15.12.2011, a.a.O., S. 5

¹²⁸ SG Freiburg, Beschluss vom 15.12.2011, a.a.O., S. 5f

Der Freiburger SG-Beschluss geht damit konform zur vgl. Aussage von Dodegge und Roth zur Nicht-Berücksichtigung wirtschaftlicher Erwägungen innerhalb eines Abwägungsprozesses zur Frage der Anwendung bzw. des Verzichts auf FEM.

4.5 Zwischenfazit zur rechtlichen Situation

Die o.a. Maßnahmen, die im Einzelfall rechtskonform zur Anwendung kommen können greifen „...in ganz erheblicher Weise in rechte der Betroffenen“¹²⁹ ein. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden von der bundesdeutschen Rechtsordnung als schwerwiegende Eingriffe in die Grund- und Menschenrechte demenziell veränderter Menschen verstanden. Auf FEM „...soll in jedem Einzelfall nach Möglichkeit verzichtet werden.“¹³⁰

Sowohl die beiden Urteile des BGH aus 2005 als auch die hier zitierten Beschlüsse des OLG Düsseldorf und des SG Freiburg aus Dezember 2011 und die Kommentierungen machen deutlich, dass jede Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen stets eine sachgerechte Abwägung bezogen auf den Einzelfall und die konkrete Situation erforderlich machen. Der BGH betont dieses Erfordernis mehrfach und verdeutlicht gesetzeskonform (vgl. § 1906 Abs. 4 BGB) damit, dass die Anwendung von FEM durchaus eine Maßnahme zur Vermeidung von Selbstgefährdung darstellt, die als ultima ratio anzusehen ist. Dabei sind die beiden Grundsätze

- der Erforderlichkeit und
- der Verhältnismäßigkeit

stets zu beachten.

Insbesondere der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verweist auf ein Übermaßverbot und auf ein Abwägungsgebot. Wenn aber diesen rechtlichen Grundsätzen eine hohe Geltung im Betreuungsrecht zukommen, dann impliziert dies, dass die Anwendung von FEM für den Gesetzgeber *eine* (allerletzte) Möglichkeit darstellt, demenziell veränderte Menschen vor eine akut drohenden erheblichen Selbstgefährdung bzw. vor einer Selbsttötung zu schützen.

¹²⁹ BT-Drs. 11/4528, S. 149

¹³⁰ Klie, T.: Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege. In: Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 83

5. Zusammenfassende Bewertung der vorliegenden Studienergebnisse

Köpke et al. kommen in ihrer FEM-Leitlinie zu der Vermutung: „Die ‚wahren Gründe‘ für die Anwendung von FEM sind ... eher außerhalb der Pflegewissenschaft und Pflegefachlichkeit zu suchen.“¹³¹ In Bezug auf die im Rahmen der FEM-Leitlinie ausgewerteten RCTs aber ebenso mit Bezug auf die in dieser Expertise darüber hinaus angesprochenen Studien können folgende generalisierten Feststellungen getroffen werden:

1. Es liegen hinreichende Prävalenzdaten zu FEM vor, aber kaum Inzidenzdaten (vgl. Kap. 3.1)
2. Wissenschaftlich gut belegt ist der Zusammenhang zwischen Verhaltensweisen demenziell veränderter Menschen (herausforderndes Verhalten) und der daraus resultierenden Anwendung von FEM (vgl. Kap. 3.2)
3. Die Kenntnisse im Hinblick auf die Anwendung von technischen Hilfsmittel durch Pflegenden stellt in der Pflegepraxis kein zentrales Thema zur Vermeidung von FEM dar (vgl. Kap. 3.3)
4. Bei der Häufigkeitsverteilung in der Anwendung von FEM können regionale Unterschiede beobachtet werden (vgl. Kap.3.1)
5. Es gibt ausgeprägte Unterschiede zwischen den einzelnen Alten- und Pflegeheimen (vgl. Kap. 3.1)
6. Betriebskulturen und die Dynamik der Pflgeteams spielen offenkundig eine relevante Rolle im Hinblick auf die Anwendung bzw. den Verzicht auf die Anwendung von FEM (vgl. Kap. 3.1)
7. Problematisch ist die regelmäßig anzutreffende Vermischung von personalen und institutionellen Faktoren in den vorliegenden Untersuchungen zur Anwendung von FEM (vgl. Kap. 3.2)

¹³¹ Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 14

8. Die Qualifikation und Kompetenz des Managements (Heimleitungen etc.) ist als abhängige Variable bislang im Zusammenhang mit der Häufigkeit von FEM in Pflegeeinrichtungen kaum erforscht (vgl. Kap. 3.3)
9. Die Relevanz der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Betreuern und Betreuungsgerichten im Hinblick auf die Häufigkeit bzw. den Verzicht auf die Anwendung von FEM ist (pflege-)wissenschaftlich bislang nicht hinreichend untersucht (vgl. Kap. 3.6)
10. Der Einfluss von organisationalen und gesetzlichen Interventionen auf die Anwendung von FEM ist bislang in Deutschland nicht untersucht und pflegewissenschaftlich bislang kein Thema (vgl. Kap. 3.2)
11. Die Ergebnisse der Reduffix-Studie wurden von den Autoren der FEM-Leitlinie aufgrund ihrer mangelnden Validität und Reliabilität nicht einbezogen. Sie lassen – soweit sie im Abschlussbericht publiziert wurden – bei den hier verwendeten Schulungsinterventionen den Schluss zu, dass hiermit Neufixierungen nicht verhindert werden konnten und damit die Nachhaltigkeit der gewählten Interventionen nicht gegeben ist (vgl. Kap. 3.3)
12. Die formulierten ‚Erkenntnisse‘ mancher Studien zum Thema lassen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive den Schluss zu, dass es sich hierbei um Trivialisierungen handelt, die in der Pflegepraxis nicht selten auf Unverständnis stoßen (vgl. Kap. 3.2)
13. Die gesetzliche und rechtliche Bewertung der FEM verweist auf die in jedem Einzelfall vorzunehmenden Prüfungen der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit. Dies macht die Kenntnis und Anwendung entsprechender Abwägungsverfahren (bspw. hermeneutische Fallarbeit) in der Pflegepraxis notwendig (vgl. Kap. 4.4.1)
14. Zunehmend treten in den Urteilen Fragen einer menschenwürdigen und fachgerechten Pflege demenziell veränderter Menschen unter den gegebenen leistungsrechtlichen Vorgaben auf. Hier tendieren die Gerichte zu einer Gewährleistungspflicht nicht nur der Leistungserbringer, sondern auch der Leistungsfinanzierer (vgl. Kap. 4.4.2)

15. Auf FEM soll weitestgehend verzichtet werden. Im Einzelfall gilt es jedoch stets – i.S.e. einer kollektiv bindenden Entscheidung – zwischen der Grundrechtsgütern der Selbstbestimmung und der körperlichen Unversehrtheit abzuwägen (vgl. Kap. 4.5)
16. Einige der (pflege-)wissenschaftlich formulierten Erkenntnisse und Interventionsvorschläge (wie den verstärkten Einsatz technischer Hilfsmittel) lassen einen bedenklichen paternalistischen Haltung der Wissenschaft gegenüber der (untersuchten) Praxis deutlich werden.

6. Systemtheoretische Analyse des Problems der FEM in der Pflege

6.1 Die Suggestion einer fixierungsfreien Pflege demenziell veränderter Menschen

Die Suggestion einer fixierungsfreien Pflege stellt aus machttheoretischer Perspektive in der derzeitigen leistungsrechtlichen und organisationalen Wirklichkeit einen Euphemismus dar, der nur aufrecht erhalten werden kann, weil die polykontexturalen Zusammenhänge und Wirkungsweisen – also organisationale, managerielle und beispielsweise leistungsrechtliche Kontexturen – in den vorliegenden Studien nahezu regelmäßig und umfangreich ausgeblendet werden. **Hier zeigt sich ein kritikwürdiges pastorales Verständnis¹³² der schleichenden Verschiebung der Gesamtverantwortung für die Anwendung bzw. den Verzicht auf FEM auf die pflegenden Akteure, bei gleichzeitiger Ausblendung managerieller, politischer, rechtlicher und fiskalischer Verantwortlichkeit anderer – mitverantwortlicher – Referenzebenen.** Erst hierdurch kommt es zu jener Verknüpfung von Herrschaftstechniken (der „Führung der Führung“) und Selbsttechnologien (der Selbstführung), die der Pflegewissenschaftler Friesacher (in Anlehnung an Foucault) zutreffend mit dem Begriff der Gouvernamentalität beschreibt. Oder, um es unmittelbar mit Foucault zu formulieren:

*„Man muss die **Wechselwirkungen** zwischen diesen beiden Technikformen – Herrschaftstechniken und Selbsttechniken – sehen. Man muss die Punkte analysieren, an denen die Techniken der Herrschaft über Individuen sich der Prozesse bedienen, in denen*

¹³² Unter einem pastoralen Verständnis versteht Friesacher (in Anlehnung an Foucault): Der gute Hirte weiß, was die ihm Anvertrauten brauchen und ist stets auf ihr Wohl bedacht, auf das keiner verloren gehe... (vgl. Friesacher, H.: Foucaults Konzept der Gouvernamentalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft, Pflege, 17, (6), 364-374

das Individuum auf sich selbst einwirkt. Und umgekehrt muss man die Punkte betrachten, in denen die Selbsttechnologien in Zwangs- und Herrschaftsstrukturen integriert werden. Der Kontaktpunkt, an dem die Form der Lenkung der Individuen durch andere mit der Weise ihrer Selbstführung verknüpft ist, kann nach meiner Auffassung Regierung (i.S. v. Gouvernamentalität) genannt werden.“¹³³

Tut man dies, so wird erkennbar, wie mit Hilfe der derzeit propagierten Schulungs- und anderen Interventionsversuchen zur (vorgeblichen) Reduktion von FEM Pflegekräfte durch Selbst-Normalisierung und Selbst-Adjustierung zu „Unternehmern ihrer selbst“ (Bröckling) gemacht werden. Im Umkehrschluss (wenn die propagierte absolute Fixierungsfreiheit nicht erreicht wird) wird die als Misserfolg dem individuellen Versagen der Pflegekräfte zugerechnet, also Personalisierung als Befreiung von kollektiver Verantwortung.

6.2 Polykontexturale Beobachterperspektive auf das Phänomen FEM

Organisationale und gesellschaftliche Kontexturen wirken sozusagen „...aus der Tiefe des Raums auf den Prozess (der Pflege) ein. (...) Medizin, Wissenschaft, Recht, Wirtschaft, Politik etc. greifen hier durch Organisationen und Interaktionen hindurch...“¹³⁴ Intervention zur Reduktion von FEM, die sich nahezu ausschließlich an die pflegenden Akteure in den Pflege- und Altenheimen wenden, unterliegen der Illusion, dass sie damit den primären Adressaten für Veränderungen (i.S. von veränderten Haltungen und Verhaltensweisen) ansprechen. Sie blenden dabei nicht nur die unmittelbare Wirkungsmächtigkeit organisationaler Strukturen aus, sondern auch die mittelbare Wirkungsmächtigkeit des Durchgriffs rechtlicher, fiskalischer, religiöser und anderer funktionssystemischer (gesellschaftlicher) Kontexte. Die vgl. Ergebnisse (vgl. Kap. 5) machen die Relevanz deutlich, den Zusammenhang zwischen institutionellen Strukturen und Regeln (die immer als „verfestigte Erfindungen des jeweiligen Systems“¹³⁵ von der jeweiligen Pflegeorganisation selbst erzeugt werden) mit zu denken.

¹³³ Foucault, M.: Die Gouvernamentalität (Vortrag). In: ders.: Analytik der Macht, Frankfurt a. M. 2005, S.203

¹³⁴ Vogd, W.: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerswist 2011, S. 54

¹³⁵ Vogd, W.: Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung, Opladen und Farmington Hills, 2009, S. 18

Pflegerische Interaktion (zwischen Pflegekraft und Bewohner), Organisation und Gesellschaft sind dabei funktional nicht als eine lineare oder stufenweise Abfolge sukzessiver Rechenschritte zu sehen. Vielmehr geschehen die Ebenen simultan. Diese ‚Gleichzeitigkeit des Anderen‘ führt dazu, dass Pflegende durchaus die Notwendigkeit zur Vermeidung und zur Reduktion von FEM erkennen, wie die Aachener Studie zeigt, Erwartungen anderer Funktionssysteme und *ihrer* jeweiligen Organisationen dem jedoch nicht selten entgegen stehen können. Organisationen, wie Pflegeeinrichtungen können sich ja nicht nur der naheliegenden Leitdifferenz gute Pflege/schlechte Pflege zuwenden. Sie sind vielmehr als ‚Treffraum‘ (Luhmann) unterschiedlicher gesellschaftlicher Funktionssysteme und deren Erwartungen zu sehen. In der Pflegeeinrichtung ‚treffen‘ sich mithin leistungsrechtliche, gesundheitspolitische, betriebswirtschaftliche, haftungsrechtliche, pflegfachliche, religiöse u.a. Erwartungen gesellschaftlicher Funktionssysteme und sie müssen hier programmatisch bearbeitet werden. Das stellt insbesondere an das Management – als Katalysator differenter und divergierende Erwartungen – entsprechende Anforderungen. Die Anwendung von bzw. der Verzicht auf FEM findet nicht in einem erwartungsfreien Raum statt. FEM sind vielmehr eingebunden in unterschiedlichen Kontexturen, die es mit zu denken gilt. Blendet man diese im Rahmen der Untersuchung des Phänomens aus, konstruiert man damit selbst geschaffene blinde Flecken. Nur so sind die reduktiv appellierenden – und in Teilen geradezu apodiktischen – Interventionsvorschläge und –aufforderungen an Pflegefachkräfte aus den Studien verstehbar.

Aus diesem Grund ist eine polykontexturale Perspektive erforderlich, „...welche die durch die unterschiedlichen Reflexionsstandorte präsent gehaltenen Möglichkeitsräume sozusagen parallel vergegenwärtigen und verarbeiten können,..“¹³⁶ Insbesondere Forschungsarbeiten im Umfeld des so genannten Neoinstitutionalismus haben hinreichend aufgezeigt, dass Organisationen „...ihre Leistungsvollzüge von der Außendarstellung entkoppeln bzw. ihre Aufgaben gegebenenfalls auch im Modus des Als-Ob erledigen (können).“¹³⁷

¹³⁶ Vogd, W.: Soziologie der Krankenbehandlung, a.a.O., S. 55

¹³⁷ Vogd, W.: Soziologie der Krankenbehandlung, a.a.O., S. 63

6.3 *Notwendigkeit einer umfassenden pflegewissenschaftliche Beobachtung des Phänomens der FEM*

In einer polykontexturalen Beobachtung des Phänomens FEM kommen unterschiedliche Ebenen (Kontexturen) in den Blick, die mit herkömmlichen empirischen Methoden innerhalb eines quantitativen Forschungsdesigns (bislang) nicht erfassbar sind. So machen die Designs einiger Studien deutlich, dass man sich selbst blinde Flecken konstruiert, um dann zu den erwarteten Ergebnissen zu gelangen. Erst mit einem polykontexturalen Ansatz können Abhängigkeiten zwischen den unterschiedlichen Variablen beschrieben werden, ohne diese Variablen unbedingt als kausale Beziehungen festlegen zu müssen. Durch diese differenztheoretische Perspektive werden die Wirkungsweisen medizinischer, pflegerischer, rechtlicher, ökonomischer wissenschaftlicher und/oder politischer Semantiken und deren Eigenlogiken erkennbar. Die in den Studien festgestellte regional und organisational Heterogenität der Anwendung von FEM ist dann nicht mehr einfach auf ‚pflegende Akteure‘ und deren mangelndes Wissen oder ihre „paternalistisches Pflegeverständnis“¹³⁸ rückführbar. Vielmehr tauchen dann beispielsweise Aspekte der habituellen Anpassung von Pflegenden innerhalb konkreter organisationaler Strukturen und Regeln in der Untersuchung des Phänomens auf.¹³⁹

Ein polykontexturaler Ansatz macht methodologisch eine Verbindung von quantitativen und qualitativen Theorien und methodisch ein triangulatives Vorgehen erforderlich. D.h., es müssen dann gezielt verschiedene Forschungsperspektiven quantitativer und qualitativer Forschung miteinander trianguliert werden. Insbesondere in einem Feld, wie das der Erforschung der Gründe für die heterogene Anwendung von FEM, ist der Rückgriff auf Theorien- und Methodentriangulation zu empfehlen.¹⁴⁰ Auch der Einbezug unterschiedlicher Datenquellen (also nicht nur Pflegedokumentationssysteme, sondern strukturierte Beobachtungen, teilstandardisierte Interviews etc.) in der Untersuchung des Phänomens FEM zu unterschiedlichen Zeiten, an verschiedenen Orten und mit verschiedenen Personen und der Einsatz unterschiedlicher Beobachter oder Interviewer (um Verzerrungen, die durch die Person des Forschers auftreten können aufzudecken bzw. zu minimieren), führen zu einer Klärung möglicher Korrelationen der unterschiedlichen Ebenen Person (z.B. pflegende Akteure), Organisation (Altenheime, Wohnbereiche etc.) und gesellschaftliche Funktionssysteme.

¹³⁸ Köpke et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 13

¹³⁹ Vgl. Bourdieu, P.: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt a.M. 1987

¹⁴⁰ Vgl. Flick, U.: Triangulation. Eine Einführung, Wiesbaden 2004, S. 14f

Die überwiegende Zahl der z. Zt. vorliegenden Studien sind stark von der Vorannahme geprägt, die Relevanz des Problems der Anwendung von FEM mache sich an Personen, wie Pflegefachkräfte, Angehörige, Betreuer etc. fest. In der Aachener Studie kam erstmals – durch einen methodisch-triangulativen Ansatz innerhalb eines qualitativen Designs (i.S.e. ‚within-method‘) – zum Ausdruck, dass nicht das Wissen einzelner Akteure, sondern die Teamdynamik der Pflegeteams (als ein emergentes Phänomen) eine hohe Relevanz für die Anwendung aber auch für den Verzicht der Anwendung von FEM hat.

Die Beharrlichkeit, mit der dennoch in zahlreichen Empfehlungen zum Thema FEM ausschließlich auf die Akteursebene der Pflegekräfte abgestellt wird, lässt vermuten, dass diese Form der Trivialisierung mit ökonomischen Intentionen einhergeht und/oder in einem machttheoretischen Verständnis¹⁴¹ die Verantwortung der Organisation (hier insb. des Managements und der Träger) aber auch die Verantwortung politischer und rechtlicher Entscheidungsträger ausgeblendet werden soll.¹⁴² Die hierbei erkennbar werdende Denkstilbindung der Studien zum Thema FEM zeigt sich insbesondere daran, dass diese von einer ganzen Reihe von diskursiven Ausschließungs- und Verknappungsmechanismen (vgl. Foucault) geprägt sind.¹⁴³ Es scheint so, als dürften bestimmte Zusammenhänge von vorneherein gar nicht in den Fokus des Untersuchungsfeldes aufgenommen werden. Die wiederholten Appelle an die Kompetenz der Pflegenden kommen dem Versuch eines ‚Herumwerkeln am Menschen‘ gleich, der aus systemtheoretischer Perspektive regelmäßig zum Scheitern verurteilt ist. Aber, vielleicht ist dies ja auch die (ökonomisch relevante) Intention dieser Bemühungen?

¹⁴¹ Vgl. Foucault, M.: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Macht, Berlin 1978 und Bröckling, U. et al.: Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a.M. 2000

¹⁴² Vgl. Gröning, K.: Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie. Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege, Dr. med. Mabuse 108, 22 Jg., 29 – 36 und Borutta, M.: Zwischen Marketing und Wertorientierung. Qualitätsmanagement in der Altenpflege. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für das Gesundheitswesen Nr. 143, Frankfurt a. M., S. 43 – 51

¹⁴³ Foucault, M.: Die Ordnung des Diskurses, 9. Aufl., Frankfurt a.M. 2003

7. Handlungserfordernisse

7.1 *Erfordernisse zur weitem pflegewissenschaftlichen Untersuchung der FEM-Anwendungen*

1. Berufs- und verbandspolitisch muss die Forderung nach einer soliden **Erforschung des Phänomens** ins Zentrum gestellt werden. Hierzu gehört insbesondere die zuverlässige Klärung der folgenden Fragen, auf die die bundesdeutsche Pflegewissenschaft bislang keine hinreichend zuverlässigen Antworten geben konnte:
 - Wie kommt es zu den beschriebenen regionalen und organisational heterogenen Ergebnissen in Bezug auf die Häufigkeit der FEM?
 - Wie kommt es zur Anwendung von FEM und wie kommt es zur zeitstabilen Aufhebung von FEM?
 - Welche Interventionen zeigen in welchen Situationen pflegerische Nachhaltigkeit?
 - Welche Zusammenhänge bestehen zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen (Interventionen) und vorhandenen Versorgungsstrukturen?
 - Welche Relevanz besitzen managerielle Ausrichtungen und Kompetenzen in den Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf FEM?
 - Welche Relevanz haben die derzeit etablierten Formen der multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzten, Betreuern und Betreuungsgerichten?
 - Welche Relevanz besitzen leistungsrechtliche und fiskalische Leitdifferenzen bei der Anwendung von FEM?

2. Eine **polykontexturale Untersuchungsform des Phänomens** bedeutet, dass verschiedene Kontexturen (Akteure, Organisation, politische und rechtliche Funktionssysteme der Gesellschaft) mit in den Horizont der Beobachtung genommen werden müssen. Monokausalen Schlussfolgerungen, die nahezu ausschließlich auf die Kompetenz der Pflegenden abstellen und damit primär die Verantwortung bei den Pflegenden belassen (wollen), kann mit diesem Ansatz kompetent begegnet werden. Die Wirkungsmächtigkeit organisationaler Regelwerke und managerieller Interventionen sowie gesellschaftspolitischer Rahmenvoraussetzungen soll-

ten in der (pflege-)wissenschaftlichen Untersuchung des Phänomens nicht länger ausgeblendet bleiben. Der Forschungsblick muss in so fern geweitet werden.

7.2 Politische und rechtliche Erfordernisse

1. Gesetzliche Vorgaben des materiellen (BtR) und des formellen (FamFG) Rechts sind in ihrer Umsetzung häufig von einer „Brüchigkeit“ gekennzeichnet, die dazu führt, dass die gesetzlich geforderte Einzelfallabwägung gegenüber einem sich **schleichend etablierten Genehmigungsautomatismus** zurück steht. Pflegefachkräfte übernehmen hierdurch (oft ungewollt) eine ihnen vom Gesetzgeber nicht zuerkannte Alleinverantwortung für die Anwendung oder den Verzicht auf die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen.
2. Die **schleichende Verschiebung der Gesamtverantwortung** für die Anwendung bzw. den Verzicht auf FEM auf Pflegekräfte, bei gleichzeitiger Ausblendung managerieller, politischer, rechtlicher und fiskalischer Verantwortlichkeit anderer – mitverantwortlicher – Referenzebenen muss beendet werden. Sie trägt nicht zu einem verantwortlichen Umgang mit FEM bei.
3. Über die **Stärkung des Instruments der Verfahrenspflege** können interdisziplinär zu verantwortende kollektiv bindende Entscheidungen als Regelverfahren (i.S.d. *Werdenfelser Wegs*) etabliert werden. Dadurch kann der für Pflegekräfte wie für die betroffenen Bewohner stets nachteilige Fixierungsautomatismus beendet werden.
4. Der Gesetzgeber sollte aufgefordert werden den Zusammenhang zwischen der pflegefachlich erforderlichen Gewährleistung von Ressourcen und den vorhandenen leistungsrechtlichen Begrenzungen im SGB XI und SGB XII anzuerkennen und durch eine klare Regelung (bspw. im § 61 Abs. 1 SGB XI) zugunsten einer menschenwürdigen Pflege der Betroffenen **leistungsrechtlich festzuschreiben**.

5. In der Dokumentation muss der Abwägungsprozess nachvollziehbar dargestellt werden. Innerhalb des Regelwerks des WTG sollte deshalb nicht nur die Aufzeichnungspflicht von freiheitsentziehenden Maßnahmen vorgeschrieben werden (§ 9 Abs. 4 WTG), sondern vor allem die **Pflicht zur nachvollziehbaren Dokumentation der in Anwendung gebrachten pflegefachlichen Alternativen** und ggf. deren begründet nachvollziehbare Rückstellung gegenüber einer im Einzelfall anzuwendenden FEM unter Benennung der im Entscheidungsprozess mitverantwortlich herangezogenen Dritten (Verfahrenspfleger, Betreuer, Ärzte).
6. Demgegenüber sollten Verpflichtungen zur Mehrfachdokumentation, wie sie häufig von den Heimaufsichtsbehörden immer noch verlangt werden¹⁴⁴ zugunsten eines **vereinfachten Verfahrens** ersetzt werden (in der Pflegeplanung wird der pflegerisch festgelegte Standard dokumentiert, in der Verlaufsdokumentation lediglich die ggf. vorgenommene Abweichung hiervon). Immer noch bestehende Abstimmungsungereimtheiten zwischen dem Medizinischen Diensten und den Heimaufsichtsbehörden müssen vermieden werden.
7. Pflegewissenschaftlich begleitete **Kooperations- und Abwägungsverfahren** und darauf aufbauende pflegefachliche Interventionen in der Praxis sollten **modellhaft durch das Land NRW gefördert** werden.

7.3 Organisatorische und kooperative Erfordernisse

1. **Versorgungsformen**, also Intervention wie Validation, Snoezeln etc. benötigen passende und diese ermöglichende **Versorgungsstrukturen**.¹⁴⁵
2. Das **Management** trägt die **Verantwortung** für
 - die Gewährleistung einer evidenzbasierten Pflege im Sinne des state-of-the-art

¹⁴⁴ Bspw. die heimaufsichtsbehördliche Verpflichtung zur Doppeldokumentation von nächtlichen Toilettengängen (bei vorliegender FEM) einerseits und die zusätzliche Dokumentation der Lösung der FEM vor dem Toilettengang und der erneuten Anwendung der FEM nach dem Toilettengang).

¹⁴⁵ Vgl. u.a. Die 5. Generation. KDA-Quartiershäuser, Köln 2012

- die organisationsinterne Erhebung von Prävalenz- und Inzidenzdaten und der Evaluierung (bspw. über Pflegevisiten)
 - die Etablierung einer Verfahrensanweisung FEM
 - die Gewährleistung entsprechend passender Versorgungsstrukturen, die zur Reduktion von FEM beitragen
3. Die Pflegeeinrichtungen sollten sich um die **Etablierung fundierter Entscheidungsfindungsverfahren** zur sachgerechten Abwägung der unterschiedlichen Belange bemühen. Hierzu kann der Leitfaden ‚Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege des Bayerischen Landespflegeausschusses dienen (vgl. bpa-intern, Sonderausgabe 4/2008).
 4. Als Voraussetzung für die Anwendung der Abwägungsverfahren sollten **reflexive Kompetenzen** im Umgang mit dem Erforderlichkeits- und dem Verhältnismäßigkeitsgebot des Betreuungsrechts entwickelt werden. Hierzu kann das Verfahren zur hermeneutischen Fallarbeit dienen (vgl. Saßen, S.; Borutta, M. u. Lennefer, J. 2007)
 5. **Interventionen im Alltag haben sich am Einzelfall und dessen Erfordernis zu orientieren.** Schulungen u.ä. Interventionen sollten deshalb vor allem die reflexiven Kompetenzen zur fachgerechten und ethisch vertretbaren Abwägung zum Inhalt haben (und weniger die korrekte Anwendung von technischen Hilfsmitteln).
 6. Auf Interventionen, die nicht hinreichend **evidenzbasiert** sind, sollte verzichtet werden.
 7. Bei erforderlich werdenden Interventionen ist grundsätzlich zu **unterscheiden** zwischen
 - a. Bewohnern, die selbst einwilligungsfähig sind
 - b. Bewohnern, die weder einwilligungs- noch bewegungsfähig sind
 - c. Bewohnern, die nicht einwilligungsfähig, aber bewegungsfähig sind

d. Bewohnern, die sich in einer akuten Gefährdungssituation befinden¹⁴⁶

8. **Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten** im Sinne des *boundary-role-persons*-Ansatzes sollten eindeutig geklärt sein. Die zuständigen Mitarbeiter könnten die Rolle der ‚Freiheitsbeauftragten‘ in der Einrichtung übernehmen.
9. Entscheidungen zur Anwendung von FEM obliegen per Gesetz nicht ausschließlich den Pflegenden in den Pflegeeinrichtungen. Im Sinne der **Verantwortungsteilung** und der Vermeidung von freiheitsentziehenden Automatismen sollten deshalb regionale Gemeinschaftsinitiativen in Kooperation mit den zuständigen Amtsgerichten angegangen werden (vgl. ‚Werdenfelser Weg‘).
10. Es sollte eine **Kultur des „von einander Lernens“** etabliert werden. Hierzu können regionale Pflegekonferenzen ebenso genutzt werden wie Arbeitskreise von Leitungs- und Pflegekräften etc.¹⁴⁷

Die Vermeidung bzw. Reduktion von FEM kann nur in einem interdisziplinären Ansatz gelingen, bei dem Betreuungsrichter, Verfahrenspfleger, Betreuer und Pflegenden gemeinsam abgewogene Entscheidungen vertreten und verantworten. Und sie kann nur unter Einbezug der organisationalen und leistungsrechtlichen Wirklichkeiten zum nachhaltigen Erfolg führen. Pflegewissenschaft kann diese Wechselwirkungen beobachtbar machen, Gesetzgebung kann entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, die Fixierungen auf ein Mindestmaß reduzierbar machen. Pflegeeinrichtungen sollten in diesem Sinne auf die Herausbildung reflexiver Kompetenzen und einen kooperativen Ansatz setzen um einen menschenwürdigen Umgang im Hinblick auf die Anwendung von FEM zu gewährleisten.

¹⁴⁶ Vgl. Isfort, M. u. Borutta, M.: Fixierungsfälle und Anlage 1 zu Kap. 4.3 der vorliegenden Expertise

¹⁴⁷ Vgl. Fuchs-Frohnhofer, P.; Dörpinghaus, S.; Borutta, M. u. Bräutigam, Ch.: Projekt PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen, Marburg 2011

Literaturverzeichnis

Bleijlevens, M.: EXBELT. Reduzierung von Fixierungen in stationären Betreuungseinrichtungen der Niederlande, Vortrag vom 02.04.2011 in Bergheim

Borutta, M.: Fixierung in der Pflegepraxis. Alternativen kennen – Selbstbestimmungsrecht achten, Hannover 1994

Borutta, M.: Pflege zwischen Schutz und Freiheit, Hannover 2000

Borutta, M.: Zwischen Marketing und Wertorientierung. Qualitätsmanagement in der Altenpflege. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für das Gesundheitswesen Nr. 143, 2003 Frankfurt a.M., S. 43 – 51

Bourdieu, P.: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt a.M. 1987

bpa-intern (Sonderausgabe 4/2008): Sach- und fachgerechter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen

Bredhauer, D.: Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie, Ulm 2002 (Dissertation)

Brucker, U.: „...doch, doch es geht. Lasst es halt sein... vom 18.02.2010 auf der Fachtagung ‚Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Vermeidungsstrategien und Empfehlungen‘. Vortrag vom 18.02.2010 in Münster

Bröckling, U. et al.: Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a.M. 2000

Bröckling, U.: Totale Mobilmachung. Menschenführung und Qualitäts- und Selbstmanagement. In: ders. et. al. (Hrsg.), Gouvernamentalität der Gegenwart, Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a. M. 2000

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Sachverständigenkommission: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin 2002

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Charta der Rechte pflege- und hilfsbedürftiger Menschen, Berlin 2006

Castle, N; Mor, V.: Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform act of 1987. Med Care Res Rev 1998; 55, S. 139-170)

Deutscher Bundestag: Gesetzesentwurf zum Betreuungsrecht, Drucksache 11/4528 vom 11.05.1989

Dodegge, G. u. Roth, A.: Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht, 2. Aufl., Köln 2005

Evans, D. u. FitzGerad, M: Reasons for physically restraining patients in residents: a systematic review and content analysis. Int J Nurs Stud 2002, S. 735-743

Flick, U.: Triangulation. Eine Einführung, Wiesbaden 2004

Foucault, M.: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Macht, Berlin 1978

Foucault, M.: Die Gouvernamentalität. In: ders.: Analytik der Macht, Frankfurt a. M. 2005

Foucault, M.: Die Ordnung des Diskurses, 9. Aufl., Frankfurt a.M. 2003

Friesacher, H.: Foucaults Konzept der Gouvernamentalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft, Pflege, 17, (6), 364-374

Fuchs-Frohnhofen, P.; Dörpinghaus, S.; Borutta, M. u. Bräutigam, Ch.: PIA – Pflegeinnovationen in der Gesundheitsregion Aachen, Marburg 2011

Gröning, K.: Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie. Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege, Dr. med. Mabuse 108, 22 Jg., 29 - 36

Heeg, S. et al.: Technische Unterstützung bei Demenz. 1. Aufl., Bern: Huber (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz) / Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)

Henke, F.: Fixierungen in der Pflege, Stuttgart 2006

Isfort, M. u. Borutta, M.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und StädteRegion Aachen (Hrsg.): Fixierungsfallgeschichten. Reduktion körpernaher Fixierung bei demenziell verändertern Menschen in stationären Einrichtungen des Kreises Aachen', Köln/Aachen 2008

Jürgens, A.; Kröger, D.; Marschner, R.; Winterstein, P.: Das neue Betreuungsrecht. Systematische Darstellung mit den Änderungen zum 01. Januar 1999, 4. Aufl., 1999

Klie, T.: Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen, 9. Aufl., Hannover 2009

Klie, T.; Pfundstein, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen. In: Hoffmann, B.; Klie, T.: Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis, Heidelberg 2004, S. 75-130

Klie, T.: Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege. In: Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, a.a.O., S. 83

Koczy, P.; Klie T. et al.: Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernahen Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38. Jg. (2005)

Koczy, P. et al.: Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. In: JAGS 59; S. 333-339, 2011

Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; Haut, A.; Meyer, G.: Leitlinien FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege', Hamburg, Witten 2012

Korte-Pötters, U. u. Wingenfeld, K.: Referenzmodelle. Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege. Abschlussberichte der beteiligten Institute. Herausgegeben von Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.(Referenzmodelle, 2), Düsseldorf 2005

Kreis Aachen (Hrsg.): Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht des Kreises Aachen, Aachen 2007

Kuratorium Deutsche Altershilfe: Die 5. Generation. KDA-Quartiershäuser, Köln 2012

Landesregierung NRW: Bericht der Landesregierung über die Evaluierung des Landespflegegesetzes (Drs. 14/3100 vom 21.12.2009)

Landesregierung NRW: Ergebnisse der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Drs. 14/1060 vom 27.01.2010)

Lennefer, J. u. Borutta, M.: Hermeneutische Fallarbeit. In: Saßen, S., Borutta, M., Lennefer, J.: Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche, Hannover 2007, S. 166-200

Ljunggren, G., Phillips C. D.; Sgadari, A.: Comparisons of restrained use in nursing homes in eight countries. Age Ageing Suppl.2, 43-47, 1997

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit (NRW): Bericht über Evaluation und Reform des Landespflegegesetzes und des Wohn- und Teilhabegesetzes vom 08.07.2011 (Vorlage 15/741)

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit (NRW): ‚Evaluation und Reform des Landespflegegesetzes bzw. des Wohn- und Teilhabegesetzes‘ vom 25.11.2011

Mollenkopf, H.; Schkib-Ekbatan, K.; Oswald, F.; Langer, L.: DZFA Heidelberg (Hrsg.): Technische Unterstützung zur Erhaltung von Lebensqualität im Wohnbereich bei Demenz, 2005

Namazi, K. H.; Rosner, T. T.; Calkins, M.P. (1989): Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. In: The Gerontologist, Jg. 29, H. 5, S. 699-702

Perrar, K.M.; Sirsch, E.; Kutschke, A.: Gerontopsychiatrie, 2. akt. Aufl., Stuttgart, New York Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierter Medizin: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. In: Pflegezeitschrift 1/2006

Pfundstein, T.: Pflegen ohne Gewalt, Köln 2008

Robert-Bosch-Gesellschaft für medizinische Forschung mbH u. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg: Abschlussbericht zum Modellvorhaben ‚Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohner‘ Stuttgart, Freiburg 2008

Stahl, H.K.: Dauerhafte Kunden-Lieferanten-Beziehung und ihre Einordnung in eine systemisch-konstruktivistische Perspektive. In: Hejl, P.M. u. Stahl, H.K.: Management und Wirklichkeit. Das Konstruieren von Unternehmen, Märkten und Zukünften, Heidelberg 2000, S. 387-406

Vogd, W.: Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung, Opladen u. Farmington Hills, 2009

Vogd, W.: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerswist 2011

Anlage (zu Kap. 4.3): Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen: Was ist zu beachten und wer ist anzusprechen?

Grundsätzliches:					
Wenn die Bewegungsfähigkeit einer Person eingeschränkt werden soll, kann es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB handeln. Freiheitsentziehende Maßnahmen können u. a. sein:					
a) Mechanische Maßnahmen: Bettgitter, Bauchgurt im Bett oder am Stuhl, Vorsatztisch, festbinden der Arme und/oder Beine, Schutzdecke etc. b) Verabreichung von Medikamenten: Psychopharmaka, die die körperliche Bewegungsfreiheit (auch als Nebenwirkung!) einschränken. Zu beachten: § 1904 BGB: Einwilligung des Betreuers in eine Heilbehandlung ist genehmigungspflichtig durch das Betreuungsgericht!					
Fall	Was ist zu beachten?	Wer ist anzusprechen?			
		Betroffene/r	Betreuer/ Bevollmächtigte	(Fach-) Arzt	Betreuungs- gericht
Fall A	Selbst einwilligungsfähige Betroffene: ⇒ Keine richterliche Genehmigung, aber schriftliche Einwilligung der/des Betroffenen ist erforderlich Grundsätzlich entscheidet der/die einwilligungsfähige Betroffene selbst über die Anwendung, Dauer und Beendigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Dazu muss er/sie in der Lage sein, den Sinn und Zweck der freiheitsentziehenden Maßnahme zu verstehen. Bei Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit ist ein ärztliches Attest einzuholen, welches Untersuchungsergebnisse, die Anamnese feststellung und die Beurteilung der psychiatrischen Erkrankung beinhaltet.	Ja	Nein	Ggf. zur Klärung der Einwilligungsfähigkeit (s.v.)	Nein
Fall B	Nicht einwilligungsfähige und nicht bewegungsfähige Betroffene: ⇒ Keine richterliche Genehmigung, aber ärztliches Attest über die Bewegungsunfähigkeit ist sinnvoll Ist die/der Betroffene nicht mehr zu gezielten, vom Willen gesteuerte Bewegungen, sondern nur noch zu unwillkürlichen Bewegungen fähig, dann ist die Anbringung eines Bettgitters erlaubt. Hierzu ist jedoch ein ärztliches Attest erforderlich, dass die Bewegungsunfähigkeit der/des Betroffenen bestätigt.	Ja, soweit Betroffener entscheidungsfähig ist	Ja, immer dann, wenn Betroffener <u>nicht mehr entscheidungsfähig</u> ist	Ja	Nein
Fall C	Nicht einwilligungsfähige aber bewegungsfähige Betroffene: ⇒ Nur mit richterlicher Genehmigung! Ist der/die Betroffene nicht mehr in der Lage selbst einzuwilligen, muss die Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme beim Betreuungsgericht – in der Regel durch den Betreuer oder den Bevollmächtigten – beantragt werden. Andere Personen wie Heimpersonal, Angehörige usw. haben grundsätzlich keinerlei Entscheidungsbefugnis.	Nein	Ja	Ja	JA

Fall D	Akute Gefährdungssituation: ⇒ Keine richterliche Genehmigung erforderlich, aber: sorgfältige Dokumentation und Prüfung von Alternativen	Ja	Nein (nur bei längerem Zeitraum => 24 Std. und bei Wiederholung)	Nein	Nein, (nur bei längerem Zeitraum => 24 Std. und bei Wiederholung)
	Bei Gefahr in Verzug (akute Selbstgefährdung) muss das Pflegepersonal selbstverantwortlich handeln und über freiheitsbeschränkende Maßnahmen selbst entscheiden. Diese ist – im Sinne der ultima ratio – stets der Situation anzupassen. Höchste Zeitdauer 24 Stunden (Art. 104 GG; - mit zuständigem Vormundschaftsgericht klären!). Bei anhaltender Selbstgefährdung über einen längeren Zeitraum oder im wiederholten Fall ist ein Beschluss des Vormundschaftsgerichts erforderlich.				