

ReduFix ambulant –

Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Anhang zu 3.2.1 a im Abschlussbericht:

Freiheitseinschränkende Maßnahmen aus Sicht von Experten im Feld



AGP

Sozialforschung
Social Research

Fachhochschule Frankfurt am Main
University of Applied Sciences



SILQUA 
Fachhochschulen forschen
Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Evangelische Hochschule Freiburg

AGP Sozialforschung

Bugginger Straße 38

79114 Freiburg

info@agp-freiburg.de

+49 (0) 761/47812-696

www.agp-freiburg.de

Freiheitseinschränkende Maßnahmen aus Sicht von Experten im Feld

Birgit Schuhmacher, Lisa Pfleghaar, Evangelische Hochschule Freiburg

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Methodik	6
2.1	Sample	6
2.2	Leitfaden	8
2.3	Auswertung	8
3	Ergebnisse	10
3.1	Was wird unter FeM verstanden?	10
3.2	Welche Formen von FeM sind bekannt?	11
3.2.1	Sedierende Medikation	11
3.2.2	Bettgitter	14
3.2.3	Körpernahe Fixierungen	15
3.2.4	Türen abschließen	16
3.2.5	Weitere Formen von FeM	16
3.3	Die Anwendung von FeM	17
3.3.1	Wie häufig sind FeM?	17
3.3.2	Welche Folgen haben FeM?	18
3.3.3	Wer ist von FeM betroffen?	19
3.3.4	Wer wendet FeM an?	19
3.3.5	Kontexte und Risikofaktoren der Anwendung von FeM	21
3.4	Haltungen zu FeM und Demenz	24
3.4.1	Die Sichtweise von Angehörigen auf Demenz und FeM	24
3.4.2	Haltungen und Handlungsbedingungen der professioneller Helfer	25
3.4.3	Haltung der Öffentlichkeit zu Demenz und FeM	27
3.5	Alternativen zur Anwendung von FeM	28
3.6	Interventionen bei FeM	30
3.6.1	Beratung pflegender Angehörige	30
3.6.2	Entlastung von pflegenden Angehörigen	30

3.6.3	24-Stunden-Betreuung	31
3.6.4	Netzwerke aufbauen	31
3.6.5	Schulungen und Weiterbildungen.....	31
3.6.6	Technische Hilfen.....	32
3.6.7	Nutzungsbarrieren und Zugangsprobleme.....	33
3.7	Rechtliche Fragen	35
4	Fazit und Diskussion.....	36
5	Literatur	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewübersicht	7
-------------------------------------	---

1 Einleitung

Das Forschungsprojekt „ReduFix ambulant: Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf“ hat zum Ziel, gesicherte Erkenntnisse über Verbreitung, Erscheinungsformen und Begründungen des Einsatzes von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FeM) im häuslichen Bereich zu generieren. Die Verbesserung der Lebensqualität häuslich Versorgter und ihrer Angehörigen soll ein Resultat des Projektes sein.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) sind alle Eingriffe in das Grundrecht der Freiheit der Person aus Artikel 2 Abs. 2 GG im Sinne der Fortbewegungsfreiheit. Zu den freiheitseinschränkenden Maßnahmen gehören alle – auch kurzfristige –, die die körperliche Bewegungsfreiheit räumlich begrenzen. Der Begriff der freiheitseinschränkenden Maßnahme korrespondiert mit dem nichtjuristischen Begriff der bewegungseinschränkenden Maßnahme (vgl. Einleitung im Gesamtbericht). Freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Einschließen, Anbringen von Bettseitengittern oder Festbinden an Bett und Stuhl erreichen in der Versorgung älterer Menschen in der Häuslichkeit nach der schriftlichen Befragung im Projekt ReduFix ambulant eine Häufigkeit von 5,8% (vgl. Abschnitt 3.2.3 i. d. Bericht).

Vergleichbare Studien zur Thematik der Freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Bereich der häuslichen Pflege sind bisher äußerst selten (vgl. Abschnitt 3.1.1 in d. Bericht). Um die Häufigkeit und die Hintergründe der Anwendung von FeM in einem ersten Zugriff explorativ aufzuhellen, wurden Experteninterviews im Feld durchgeführt. Die Informationen aus den Experteninterviews dienten u. a. zu der Entwicklung von Fragen und Items für die schriftliche Befragung (vgl. Abschnitt 3.2.3 i. d. Bericht).

Um die Anonymität der befragten Experten und Expertinnen zu wahren und aus Gründen der Lesbarkeit wurde dieser Text durchgängig in der männlichen Notation verfasst. Frauen und Männer sind dennoch gleichermaßen angesprochen.

2 Methodik

Nach Bogner und Menz (2005, S.36ff.) lassen sich drei Formen des Experteninterviews unterscheiden:

- das explorative Experteninterview, das in einem noch kaum bekannten Forschungsfeld zum Einsatz kommt;
- das systematisierende Experteninterview, bei dem es um die Rekonstruktion "objektiven" Wissens in einem speziellen Feld geht;
- das theoriegenerierende Experteninterview, das nicht nur auf das explizite Sonderwissen des Experten zielt, sondern auch auf das implizite Handlungs- und Deutungswissen, das in der (professionellen) Praxis erworben wird (vgl. Littig 2008).

Im schwer zugänglichen Feld der freiheitsentziehenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege und angesichts des unzureichenden Forschungsstandes kann die Rekonstruktion „objektiven“ Wissens von Experten und Expertinnen nicht erwartet werden. Vielmehr geht es um eine erste Erkundung der Thematik. Die Experten mit ihren unterschiedlichen professionellen Zugängen zum Feld und zum Gegenstand der Studie schildern exemplarisch ihre Erfahrungen und eröffnen so Einblick in bisher unbekannte Phänomene und Zusammenhänge. Neben diesem Schwerpunkt rückt auch das "implizite Handlungs- und Deutungswissen" der Experten, also ihre Haltung zu FeM und die Bedingungen ihres professionellen Handelns in den Blick.

Der Ertrag der Interviews liegt schwerpunktmäßig in Berichten über Handlungen, Haltungen und erlebte Phänomene im Zusammenhang mit FeM im häuslichen Bereich, die der Forschung bisher noch unbekannt waren. Daneben sollen Haltungen der Experten selbst zur Thematik rekonstruiert werden, ihre Deutung der freiheitseinschränkenden Maßnahmen, von denen sie Kenntnis erlangt haben. Dies ist insofern interessant, als die Befragten selbst Handelnde in diesem Feld sind, also FeM veranlassen, durchführen, anregen oder verhindern können. Die Reichweite und Gültigkeit der Analyse-Ergebnisse aus den Experten-Interviews ist eingeschränkt: Es handelt sich um - zum Teil auch widersprüchliche - Erlebnisse, Einschätzungen und Fragen, die dazu beitragen die Thematik zu öffnen, sie aber nicht abschließend empirisch beschreiben oder theoretisch strukturieren können. Statt der oben angesprochenen Herausbildung einer Theorie gilt als Ziel dieses Untersuchungsschrittes eine empirische Generalisierung, also die Verknüpfung der vorgefundenen empirischen Tatbestände mit fachlichen (pflégewissenschaftlichen, sozialarbeitswissenschaftlichen, medizinischen und soziologischen) Konzeptionen (s. unten: 2.3 Auswertung).

2.1 Sample

Der Status als Experte konstruiert sich relational zum Forschungsinteresse (Meuser, Nagel 2005, S. 73), wird der befragten Person also im Forschungsprozess zugeschrieben. Dabei sind es oft nicht die Leitungs- und Spitzenkräfte einer Organisation, sondern Akteure in der zweiten Reihe, die spezifisches Kontextwissen über ein Forschungsfeld oder organisationsinternes Betriebswissen über Strukturen, Handlungsabläufe und Ereignisse haben (vgl. Littig 2008).

Für die Experteninterviews im Projekt ReduFix ambulant wurden Personen gesucht, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit häufig mit pflegebedürftigen älteren Menschen und deren Angehörigen Kontakt haben bzw. in leitender Position sind und somit von der Lebenssituation einer größeren Anzahl an Klienten/Patienten Kenntnis haben, ohne immer selbst in Kontakt zu diesen zu stehen (z. B. als Pflegedienstleitung).

Die Rekrutierung und Auswahl der Interviewten erfolgte über vorhandene Kontakte des Forschungsteams in der regionalen Altenhilfe, durch Kontakte die auf den regionalen Auftaktveranstaltungen geknüpft wurden und im Schneeballsystem durch Empfehlungen bereits interviewter Experten. Auswahlkriterien waren die Berufsgruppenzugehörigkeit (vgl. Tabelle 1) und die persönlich vorhandenen Erfahrungen von oder Kenntnisse über FeM in der häuslichen Pflege und Betreuung, die in einem Vorgespräch geklärt wurden.

Die Interviews wurden mit Experten aus der Sozialen Arbeit, der Pflege, mit niedergelassenen Ärzten und mit Richtern geführt. Die Gesamtzahl der Interviews beträgt 16, welche sich in jeweils 8 auf den Landkreis Breisgau Hochschwarzwald und die Stadt Frankfurt aufteilen.

Tabelle 1: Interviewübersicht

Ort	Profession der Experten				Summe
	Soziale Arbeit	Pflege	Arzt	Richter ¹	
FFM	3	2	2	1	8
BHS	3	3	1	1	8
Summe	6	5	3	2	16

(FFM= Forschungspartner Frankfurt, Stadt Frankfurt am Main; BHS = Forschungspartner Freiburg, Landkreis Breisgau Hochschwarzwald)

Die Qualifikationsprofile und professionellen Erfahrungen werden im Folgenden gruppiert und ohne Nennung der Untersuchungsregion dargestellt, um die Anonymität der Befragten² zu wahren:

- Gesetzliche Betreuung: im Betreuungsverein, als ehrenamtlich geführte Betreuung, als Berufsbetreuer
- Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Allgemeinmedizin
- MDK-Gutachter, Teamleitung MDK
- Gesamt-Leitung ambulante Pflegedienste, Pflegedienstleitung innerhalb von ambulanten Diensten, Leitung eines Dienste mit Betreuungs-Angeboten für Menschen mit Demenz
- Leitung von Angehörigengruppen; Leitung von Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, Ansprechpartner für Pflegebegleiter

¹ Die Interviews mit den Richtern wurden gesondert ausgewertet und flossen in das Rechtsgutachten ein (vgl. Abschnitt 4 im Gesamtbericht).

² Zitate aus den Interviews werden durch die Nennung der Profession **oder** der Funktion, der Untersuchungsregion und der Zeitmarke des entsprechenden Abschnittes der Paraphrase belegt. Dies ermöglicht die Kontextualisierung der Aussage, aber keine 1:1-Zuordnung zu einer Profession. Dies ist im Sinne der Anonymisierung auch so gewünscht.

- Leiter der Caritas-Beratungsstelle, Mitarbeit Beratungsstelle mit Schwerpunkt Technische Hilfen
- Fachkraft Gerontopsychiatrie in der ambulanten Pflege

Die Experteninterviews wurden von November 2010 bis Januar 2011 durchgeführt. Der Mittelwert der Interviewdauer beträgt 61 Minuten.

2.2 Leitfaden

Die Interviews wurden von sozialwissenschaftlichen Mitarbeitern³ des Forschungsprojekts durchgeführt. Um ein einheitliches Vorgehen zu gewähren, wurde ein Leitfaden konzipiert, im Forschungsteam abgestimmt und in einem ersten Interview getestet. Der Pretest ergab, dass keine weiteren Anpassungen des Leitfadens notwendig waren.

Entsprechend dem explorativen Fokus der Experteninterviews wurde der Leitfaden entlang heuristischer Fragen aufgebaut: Was geschieht (Formen von FeM)? Wie oft, wie häufig geschieht es? Was ist bekannt, was unbekannt? Warum geschieht es? Wie wird es beurteilt? Was sind Alternativen?

Der Leitfaden erlaubt eine offene Interviewführung, in der die Befragten ihre eigenen Relevanzstrukturen zur Geltung bringen können. Sie positionieren sich als Berichtende, Beobachtende, aber auch als Handelnde oder Reflektierende zur Thematik. Der Leitfaden erzwingt keine Reihenfolge, sondern er stellt sicher, dass nichts vergessen wird. Insofern sind es nach Meuser/Nagel die „ergiebigsten Interviews“ (Meuser/Nagel, 2005 S.85), wenn eine „vielschichtige Verzahnung von Themen“ stattfindet.

2.3 Auswertung

Die Experteninterviews wurden aufgezeichnet, sinngemäß transkribiert und vergleichend ausgewertet. Dabei kann die Erstellung der sinngemäßen Text-Paraphrasen schon als erster Schritt der Auswertung gelten. Die Paraphrase ist so gestaltet, dass nicht „Wirklichkeit verschenkt“ wird (Meuser/Nagel, 2005, S. 83), sie soll ein „nicht-selektives Verhältnis“ (Meuser/ Nagel 2005, S. 85) zum gesprochenen Text haben. Das gesprochene Wort ist im Vergleich zur Schriftsprache redundant. Schon indem die Sprachhandlung benannt wird (z. B. fasst zusammen, schlägt vor, stellt fest ...) ergibt sich eine Verdichtung des Textes. Die Paraphrase hat induktiven Charakter. Erkenntnisse, Erfahrungen, Wissensbestände, Haltungen und Einschätzungen der Experten, die durch die Heuristik des Leitfadens erhoben wurden, fließen in die Paraphrase ein.

Innerhalb der in ihrer Sequenzialität paraphrasierten Interviews wurden für jede sinnhaft zusammenhängende Passage eine möglichst treffende Überschrift vergeben. Für die weitere Reduzierung und gleichzeitige Aufladung mit Komplexität wurden in einem weiteren Schritt, dort wo es möglich war, Hauptüberschriften für Passagen, in denen gleiche oder ähnliche Themen behandelt werden, gebildet. Überschriften und vor allem Hauptüberschriften sind selektiv, verdichtend, abstrahierend, typisierend. In einem dritten Schritt wurden „Passagen aus verschiedenen Inter-

³ Die Interviews mit den Richtern wurden von der Projektleitung, dem Juristen Prof. Dr. Thomas Klie, geführt.

views, in denen gleiche oder ähnliche Themen behandelt werden, (...) zusammengestellt, die Überschriften (...) vereinheitlicht.“ (Meuser/Nagel, 2005 S.86) und dabei die Interviews aus beiden Untersuchungsregionen mit Hilfe der Software MaxQDA gemeinsam vergleichend ausgewertet.

„Hierbei sind weiterhin Gemeinsamkeiten herauszustellen, um im Verhältnis dazu Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche im Einzelnen festzuhalten. Bei welchen topoi decken sich die Angaben der ExpertInnen? Wo gibt es unterschiedliche Positionen? Zu welchen Themen äußern sich alle Interviewten? Was sind das für Themen, zu denen nur in einem Teil der Texte etwas zu finden ist?“ (Meuser/Nagel, S.88)

Durch die technische Funktionalität von MaxQDA konnten die Passagen nach unterschiedlichen Kriterien, z. B. Untersuchungsregion FFM / BHS oder Profession der Experten sortiert werden.

Aus den so zusammengestellten Passagen und ihren Überschriften wurden Texte produziert, die die Struktur des Expertenwissens abbilden: Welche latenten Handlungsabsichten bei wem? Welche manifesten Handlungen in welcher Akteursgruppe? Welche Haltungen? Welche situativen Kontexte? Welche baulichen Umwelten? In welchen Wechselbeziehungen stehen die genannten Größen? Dabei werden – endgültig abgelöst vom Interviewtext – fachliche (soziologische, pflegewissenschaftliche, rechtliche, medizinische) Konzepte zugeordnet.

3 Ergebnisse

3.1 Was wird unter FeM verstanden?

Die befragten Experten nennen unterschiedlichen Definitionen von FeM. Es wird auf die Rechtslage verwiesen („juristische Definition“ SozialeArbeit_FFM_00:49:44) oder auch auf ethische Aspekte. Mehrere der Befragten zählen auch die Verweigerung von Unterstützung, z. B. bei Transfers oder beim Verlassen der Wohnung oder auch den Entzug von Lieblingsspeisen oder -getränken zur Freiheitseinschränkung und verfolgen so einen sehr weiten Begriff von FeM (Soziale Arbeit_FFM_00:50:06, Pflege_BHS_00:24:58).

FeM sei auch schon da gegeben, wo der andere gezwungen wird, unaktiv zu bleiben. (Soziale Arbeit_FFM_00:21:49)

Definitionen, die einzelne Maßnahmen aufzählen, werden häufig genannt:

“(...) Einschließen von Pflegebedürftigen bis zur Fixierung mit dem Gurt oder Fixierung mit Rollstuhlisch”. Die Palette sei sehr groß. “Wir sehen alles.”. (MDK_FFM_00:00:53)

Für einen der Befragten können Bettgitter und das Abschießen von Türen nicht als FeM bezeichnet werden:

„Das [Festbinden am Stuhl] ist Freiheitsberaubung, ja, aber nicht ein Bettgitter oder das Abschießen des Hauses.“ (Arzt_BHS_00:16:50)

Überwiegend konstatieren die Befragten, dass es sich nicht um eine FeM handelt, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr aufstehen könnte oder wenn sie die Anwendung der Maßnahme wünscht. Der eigene Wunsch muss aber auch kritisch gesehen werden, da hier Interpretationen der FeM-Anwender wirksam sein können:

„Die Wohnung ist abgeschlossen, das ist aber keine FeM, weil diese Frau sich gar nicht bewegen kann.“ (SozialeArbeit_FFM_00:11:36)

Fixierungen, die angeblich mit Zustimmung der Patienten erfolgen, auch wenn diese dement sind. (MDK_FFM_00:00:53)

Es herrscht ein Bewusstsein, dass mit der gleichen Maßnahme entweder unterstützt oder die Freiheit entzogen werden kann. Direkte Ansprachen, wie „Bitte warte in deinem Stuhl, bis ich komme und dir beim Gehen helfe“ (Arzt_FFM_00:12:28) sei keine FeM, die einfache Aufforderung sitzen zu bleiben schon. Dies gilt auch für Sensormatten, deren Signal als Aufforderung zur Unterstützung von Bewegung umgesetzt werden kann oder als Rückführung des Betroffenen in den Raum oder sein Bett (vgl. 3.6.6 Technische Hilfen).

Geschlossene Gartentüren, kaschierte oder versteckte Türen und Kombinationsschalter werden von den Experten nicht als FeM gewertet (Pflege_FFM_00:29:05, Soziale Arbeit_FFM_01:05:11, Soziale Arbeit_BHS_00:02:13), wobei ein Bewusstsein dafür herrscht, dass dies auch anders beurteilt werden kann.

3.2 Welche Formen von FeM sind bekannt?

Von den befragten Experten wurden unterschiedliche Formen von FeM benannt, die sie in der Anwendung beobachtet oder von denen sie Kenntnis erlangt haben:

- sedierende Medikamente
- Bettgitter
- Fixiergurte (sitzen/liegen)
- Fixierung im Sitzen (Therapietisch, Bauchgurt, Festbinden)
- Verbale Fixierung
- Entzug von Gegenständen (Geld, Schuhe, Mäntel)
- Türen verschließen/verstecken
- Laufleine

Aufgrund der wenigen Interviews können keine robusten Aussagen über Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Professionen getroffen werden. Lediglich bei der Beurteilung von sedierenden Medikamenten fokussieren rechtliche Betreuer stärker als die Pflege oder Ärzte auf das Wohl und den mutmaßlichen Willen der Betroffenen. Auch zwischen den Untersuchungsregionen lassen sich kaum Unterschiede erkennen. Im Landkreis BHS scheinen häufiger selbstkonstruierte FeM vorzukommen als in Frankfurt.

3.2.1 Sedierende Medikation

Als bekannteste Form der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Häuslichkeit wird von den Experten die Verabreichung sedierender Medikamente genannt. Sedierende Medikamente werden nach Aussage der Experten hauptsächlich verabreicht, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten, z. B. wenn Demenz-Erkrankte einen gestörten Tag- Nachtrhythmus oder aggressive Verhaltensweisen entwickeln. Sedierende Medikamente gehören zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen, da sie psychisch und physisch starke Auswirkungen auf den Organismus des Betroffenen haben. Die Wahrnehmung, welche Medikamente als FeM eingesetzt werden können, sind unterschiedlich – hier herrsche eine große Vielfalt (Arzt_FFM_00:02:35).

Ein niedergelassener Facharzt aus Frankfurt berichtet, dass er in etwa 5% der Fälle von alten Menschen mit Demenz, die er als Arzt zu Hause untersucht, Medikamentierungen erlebt, die aus medizinischen Gründen nicht nachvollziehbar sind und eindeutig sedierende Effekte haben. Eine Dunkelziffer für den häuslichen Bereich kann er nicht schätzen. Aus ihrer Tätigkeit als MDK-Gutachter berichten zwei der Befragten, dass sich in der Häuslichkeit schwerer die Anwendung von sedierenden Medikamenten überprüfen und nachvollziehen ließe als in der stationären Pflege. Im Pflegeheim werde allerdings laut einem der Befragten häufiger ohne eigentliche Indikation sediert. Menschen, die aufgrund ihres Alters oder einer Demenzerkrankung antriebsgedämpft sind, gäbe es in der Häuslichkeit schon, aber nur selten ist es ersichtlich oder wahrscheinlich, dass die Antriebsdämpfung durch Medikamente hervorgerufen wird. (MDK_FFM_01:05:28, MDK_BHS_00:09:36).

„Das [die pharmazeutische Fixierung] ist eine große Grauzone, weil Sie ja von der Bedarfsmedikation nicht immer wissen.“ (MDK_FFM_00:02:35)

In der Beurteilung der Medikamentenvergabe als freiheitseinschränkende Maßnahme sind unterschiedliche Schwerpunkte zwischen den Professionen zu erkennen. Die Berufsgruppe der Ärzte befasst sich mit dem Thema der freiheitseinschränkenden Maßnahmen primär im Kontext der Medikamentenvergabe. Bei den Aussagen dieser Experten wird deutlich, dass in diesem Bereich eine Unsicherheit besteht. Zentrale Themen sind die Bedarfsmedikation (s. oben), die Ansprüche, die Angehörige an den Arzt stellen bezüglich Hilfen und Entlastung, die Frequenz der Besuche bei Patienten, die richtige Einstellung der Dosierungen und die Frage, inwieweit Angehörige mit der Dosierung experimentieren.

Angehörige wenden sich häufig an den niedergelassenen Arzt, wenn sie wegen Unruhe oder Tag/Nacht-Umkehr nicht mit der Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit zurechtkommen (Arzt_BHS_00:03:35). Aber dessen Rat stößt in der täglichen Praxis der häuslichen Pflege durch Angehörige an Grenzen:

„(...) am besten wäre es, man würde die Leute dabei belassen(...) dass nicht versucht wird, den Rhythmus an uns anzugleichen mit Medikamenten(...). Die schlafen dann halt am Tag. Das versuche ich den Angehörigen zu vermitteln, dass das an sich das Beste wäre, aber dann kommt natürlich gleich: Arbeit und so weiter. Ist ja klar und da versucht man halt mit Medikamenten die Ruhe herzustellen.“ (Arzt_BHS_00:05:09-4)

Medikamente seien Teil des Problems und Teil der Lösung, beschreibt ein Facharzt aus Freiburg. Der Experte beschreibt die Situation der Medikamentenvergabe als einen Zwiespalt und eine Abwägung. Medikamente, die gegeben werden, um z.B. große Unruhe zu dämpfen und Stürze zu verhindern, können gerade Auslöser für einen Sturz sein. Die Frage der Schuld und Rechtfertigung ist für diesen Experten immer präsent (Arzt_BHS_00:20:47). Die individuell richtige Dosis für Psychopharmaka herauszufinden, ist ein Prozess, der über längere Zeit andauern kann. Hier sind Hausbesuche in zwei- bis vier-wöchigem Abstand möglich, so einer der befragten Ärzte, aber für tägliche telefonische Nachfragen seien die Ressourcen nicht vorhanden (Arzt_BHS_00:06:48). Stattdessen sind die Angehörigen gefragt, mit der Dosis zu experimentieren:

„(...) da sagt man den Angehörigen: Sie können dann in dem Bereich mal versuchen, fangen Sie mal mit dem an und wenn er dann nicht schläft oder sie, dann nehmen Sie das oder steigern Sie bis da und da hin und das überlasse ich den Angehörigen dann schon. (Arzt_BHS_00:06:57)

Eine ähnliche Erfahrung macht ein pflegender Angehöriger in den Fallstudien des Projekts (vgl. Abschnitt 3.2.5 im Gesamtbericht).

Aber nicht nur, um die richtige Dosis herauszufinden, sondern auch dauerhaft im Alltag kann es vorkommen, dass Angehörige selbst die Dosis des sedierenden Medikaments bestimmen. Eine Pflegekraft berichtet von einer hochaltrigen, pflegenden Angehörigen, die rund um die Uhr ihren Mann betreut. Wenn er in der Nacht im Bett liegend sehr unruhig ist („rumwurstelt“), gebe die Ehefrau ihm eine höhere Dosis Melperon („ein paar Strichle mehr“), damit sie schlafen könne. Dies sei gängige Praxis, so die Pflegekraft (Pflege_BHS_00:31:20). Die Tatsache, dass die pflegende Angehörige der Bezugspflegekraft jeweils bei der morgendlichen Pflege freimütig diese Handlungsweise schildert, weist daraufhin, dass die Anwendung von sedierenden Medikamenten zur Ruhigstellung eines pflegebedürftigen älteren Menschen einen selbstverständlichen Platz in der

Bewältigung des anstrengenden Alltags hat. Als Pflegekraft hier mit dem Arzt zu sprechen, hat der Erfahrung dieser Befragten nach nicht viel Sinn – die Verschreibung erfolge von dem Arzt direkt an die Angehörigen.

„Ich kann natürlich auch zum Arzt gehen und mit ihm sprechen. Die Möglichkeit habe ich schon.“ (Pflege_BHS_31:20)

Die Vagheit der Formulierung macht deutlich, dass es hier an systematischen, verbindlichen Kommunikationswegen fehlt – die Handlungsmöglichkeiten einer Pflegekraft im Arrangement aller Akteure rund um die Pflege sind begrenzt.

Die professionelle Pflege liegt mit ihrer Einschätzung der Medikation als FeM ähnlich wie die befragten Ärzte: Die Dosierung stelle ein Problem dar (*„...das ist natürlich eine subjektive Sache dann, es kann sein, jemand bekommt genau das, was der Arzt möchte und...wirkt trotzdem übersiedert ...“ Pflege_BHS_00:09:36*) und die Balance zwischen den positiven und negativen Wirkungen der Medikation sei schwer zu halten. Auf die Frage, ob der Einsatz von Medikamenten in der häuslichen Pflege auch dazu beitragen könne, eine (unerwünschte) Heimeinweisung hinauszuzögern, antwortet einer der Befragten:

„Wenn er [der Erkrankte] sucht und ... diese Ängste äußert. Das muss man sowieso behandeln und das kann dann auch eine Möglichkeit sein, zu sagen, sprechen Sie mit dem Arzt, ob man nicht medikamentös was macht, bevor er die ganze Nacht schreit oder wegläuft, weil er heim will, obwohl er zuhause ist. Also es ist die Wahl zwischen zwei Übeln und man wählt das kleinere.“ (Pflege_BHS_00:53:13)

Im Anschluss wird (wie oben schon beschrieben) die Ansicht geäußert, dass auch in der stationären Pflege bei Unruhe sedierende Medikamente gegeben würden (*„Das heißt, dann kann man sie gleich zuhause lassen.“ Pflege_BHS_00:53:13*).

Die Experten aus der Sozialen Arbeit sind als Beratungskräfte oder als gesetzliche Betreuer tätig. Für ehrenamtliche oder berufliche rechtliche Betreuer, ist es oft schwierig, den Willen des Betroffenen einzuschätzen. Rechtliche Betreuer sind nicht direkt in dem betroffenen Haushalt tätig und müssen eine Situation beurteilen, welche sie nur von außen beobachten können. Auch hier taucht das Problem der Gefahren / Nutzen –Abwägung von sedierenden Medikamenten und die Frage der richtigen Dosierung auf, wie die folgende sinngemäße Paraphrase einer längeren Gesprächssequenz aus einem Bericht über einen gesetzlich Betreuten zeigt:

Der gesetzliche Betreuer veranlasst den Besuch eines Psychiaters, damit leichte Beruhigungsmittel gegeben werden. Das Problem [starke Unruhe, aggressives Verhalten des Erkrankten] wird dadurch nicht beseitigt, aber immerhin abgemildert. Der Befragte holte keine Genehmigung ein, weil er es nicht als FeM ansieht, sondern als Hilfe für den Betroffenen (...). Aufgabe des Betreuers sei es, den Willen, mindestens aber den mutmaßlichen Willen, zu erkunden. Kein Mensch wünsche sich in solche angespannten Situationen, die oft in Aggressionen münden, zu kommen. Er weiß, dass seine Einschätzung in diesem Fall problematisch ist, weil es keine wirkliche Grundlage gibt. Die Begründung ergibt sich aus dem mutmaßlichen Willen. Der Befragte „rettet“ sich damit, dass er nur eine sehr geringfügige Medikation akzeptiert, es fordere jedoch auch niemand eine höhere Medikation. Dadurch würden andere Probleme entstehen, dann würde der Erkrankte im Rollstuhl umkippen. Dies weiß er, weil mit einer zu hohen Medikation begonnen worden war. Da musste experimentiert werden, wobei der Befragte sich dabei nicht wohl fühlte. (ges. Betreuer_FFM_00:26:38)

Ein anderer rechtlicher Betreuer berichtet, dass er in ambulanten Pflegearrangements in der Frage der Medikation deutlich besser eingebunden ist, als bei Betreuungen im stationären Bereich:

(...) im stationären Bereich erfahre es der Interviewte leider immer wieder erst im Nachhinein, wenn ein Medikament verordnet wurde. Im ambulanten Bereich sei der Kontakt Betreuer-Arzt vom Arzt aus selbstverständlicher, während im Pflegeheim ein Automatismus herrsche, wo die Pflege und der Arzt mehr oder weniger bestimmen, welche Medikamente der Bewohner bekommt. (...) Im ambulanten Bereich werde der Interviewte bei Änderungen gefragt oder angerufen. Der Kontakt zu den Pflegediensten sei hier enger und das Bewusstsein ausgeprägter, dass es sich dabei um einen Eingriff handle. (ges_Betreuung_BHS_00:17:39)

Ein Sozialarbeiter, der als Beratungskraft tätig ist, berichtet davon, dass eine geänderte Medikation die häusliche Pflege deutlich verbessern und die Angehörigen entlasten kann (Soziale_Arbeit_BHS_00:40:40)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Befragte aller Berufsgruppen die Frage, ob sedierende Medikamente als FeM oder zum Nutzen der erkrankten Person wirken, höchst ambivalent sehen. Es bedarf einer engmaschigen, verbindlichen Kommunikationsstruktur im Pflegearrangement (Betroffener, Angehörige/rechtliche Betreuung, Pflege, Arzt), um diese Frage im Prozess zu klären. Eine solche Kommunikation ist aber nicht immer gegeben (vgl. auch 3.6.4 Netzwerke). Gelingt dies, so können Beeinträchtigungen durch sedierende Medikamente vermieden werden, wie dieser Fall zeigt:

Der Befragte erzählt von einer Klientin, die 98 Jahre alt ist, selbstständig zuhause lebt und immer wieder psychotische Phasen hat, in denen sie sich verbarrikadiert. Deshalb erhielt sie das Medikament Risperdal, worauf sich die kognitiven Leistungen und die Mobilität der Frau extrem verschlechterten (Sturzgefahr). Dieser Zusammenhang fiel dem Befragten und auch dem Pflegedienst auf, worauf sie gemeinsam entschieden, das Medikament wieder abzusetzen. Aufgrund des guten Kontaktes erhielt der Befragte in der Folge bei Krisensituationen sofort Rückmeldung vom Pflegedienst und konnte bei der Betreuten intervenieren. Dieses Vorgehen könne aber ein gesetzlicher Betreuer nicht alleine verantworten, so der Befragte. Wenn der enge Kontakt zum Pflegedienst oder dessen Zustimmung zu einem solchen Vorgehen nicht gegeben ist, habe der gesetzliche Betreuer „keine Chance“. (ges.Betreuung_BHS_00:19:40-00:22:23)

3.2.2 Bettgitter

Die befragten Experten beschreiben bei der Anwendung von Bettgittern in erster Linie das Hochziehen von Bettgittern an handelsüblichen Pflegebetten. Ein MDK-Gutachter weist darauf hin, dass die Pflegebetten in der Regel mit Bettgitter ausgeliefert werden, „(...) so dass die Versuchung recht groß ist, das auch zu verwenden.“ (MDK_BHS_00:07:33).

Aber auch selbst konstruierte Bettgitter kommen zum Einsatz, wie mehrere der Befragten aus der Untersuchungsregion Breisgau-Hochschwarzwald berichten. So werden z. B. selbst zusammengebaute Bretter oder Gestelle von Angehörigen gebastelt, um das Aufstehen aus dem Bett zu verhindern.

„Es wird ganz oft praktiziert, dass (...) das dieses Aufstehen in der Nacht verhindert wird durch irgendwelche Bretter, die, wie auch immer, angebracht werden“ (Pflege_BHS_00:05:37)

Die Befragten aus der Pflege betonen, dass Angehörige über FeM nicht ausreichend aufgeklärt und informiert sind:

„(...) 95% der Angehörigen denken überhaupt nicht darüber nach, ob das vielleicht eine Freiheitsberaubung ist.“ Es sei selbstverständlich für die Angehörigen und ein Schutz für ihre zu Betreuende. Die pflegenden Angehörigen könnten dann auch besser, weil beruhigt, schlafen. (Pflege_BHS_00:05:37)

Die Erfahrungen mehrerer Pflegekräfte zeigen, dass Bettgitter vor allem angewendet werden, wenn die zu pflegende Person bettlägerig ist oder wenn die Angehörigen glauben, dass sie nachts von sich aus aufstehen und sich in der Folge verletzen könnte, also stürzen oder weglaufen (u. a. Pflege_BHS_00:04:50). Aber nicht nur nachts, sondern auch tagsüber bieten Bettgitter Schutz. So wird z. B. die Wohnungstür abgeschlossen und das Bettgitter hochgezogen, wenn eine pflegende Angehörige für eine Stunde die Wohnung verlässt (Pflege_BHS_00:00:14)

Interessant ist die Haltung der befragten Ärzte zu Bettgittern. Zum einen wird es als Rahmeninterpretiert, welcher Sicherheit für die Angehörigen bietet.

„Teilweise wird das Bettgitter auch als Rahmen empfunden, der Sicherheit bietet, eine Art Nähe symbolisiert, da werden Grenzen gesetzt“. Das sei eher vorherrschend im ambulanten Bereich. (Arzt_FFM_00:05:05)

Dabei wird offensichtlich eine soziale Konstruktion wirksam, bei der pflegende Angehörige und die pflegebedürftigen Menschen selbst ihre Hilfebedürftigkeit, Schutzbedürftigkeit und Immobilität in den Vordergrund rücken:

„Zu Hause geht es eher um zwischen dem Betroffenen und der Umwelt einvernehmliche Unterdrückung von evtl. vorhandener Mobilität“. Die Betroffenen nehmen selbst nicht wahr, dass sie noch mobil sind oder wollen es nicht wahrnehmen. Sie akzeptieren dann die Bettgitter, aus eigenem Schutzbedürfnis oder aus einer gewissen Lethargie heraus. (Arzt_FFM_00:04:44)

Ein weiterer der befragten Ärzte äußert keinerlei Bedenken gegenüber (auch selbstkonstruierten) Bettgittern. Dies sei eine nachvollziehbare Reaktion auf negative Erfahrungen der Angehörigen, z. B. einen Sturz aus dem Bett (Arzt_BHS_00:00:37).

3.2.3 Körpernahe Fixierungen

Fixiergurte werden den befragten Experten zufolge sowohl im Liegen als auch in Sitzen verwendet. Dies sind erfahrungsgemäß handelsübliche Fixiergute für den Rollstuhl (Beckengurte) oder selbst gebastelte Vorrichtungen. Handelsübliche Beckengurte können von einer kognitiv orientierten Person geöffnet werden, aber *„(...) man erlebt es oft, dass es angewendet wird bei Patienten, die nicht mehr begreifen, dass sie auf den roten Knopf drücken müssen.“* (Pflege_BHS_00:07:33) Selbst konstruierte Fixiergurte liegen vor, wenn die Betroffenen mit dem Bademantelgurt an den Toilettensitz festgebunden werden (MDK_BHS_01:02:23) oder mit den Schürzenbändern am Küchenstuhl (Pflege_BHS_00:05:10). Nicht nur Fixiergurte werden als Hilfsmittel für das Fixieren im Sitzen verwendet, sondern auch Therapietische (Arzt_FFM_00:01:41), selbst gebastelte Bretter an Rollstühlen angebracht (Pflege_BHS_00:11:39) oder der Rollstuhl mit angezogener Bremse vor einen Tisch platziert (Pflege_BHS_00:11:39, SozialeArbeit_FFM_00:04:35). Mit diesen Maßnahmen ist ein eigenständiges Befreien aus der Situation für Menschen mit Hilfebedarf nicht möglich.

3.2.4 Türen abschließen

Das Verschließen oder Verstecken (z. B. mit Tüchern, Pflanzen oder einheitlicher Wand- und Türfarbe) von Wohnungs- oder Haustüren wird nach Aussagen der Experten aus allen drei Professionen häufig angewandt, um zu verhindern, dass kognitiv desorientierte Personen die Wohnung oder das Haus verlassen. Diese Form von FeM ist für die Pflegenden leicht anzuwenden. Pflegende Angehörige schließen die Wohnungstür ab, weil sie mit der unkontrollierten Mobilität nicht anders zurechtkommen. (Arzt_FFM_00:09:46). MDK-Gutachter, Pflege- und Beratungskräfte werden mit Berichten von Angehörigen konfrontiert, wonach nachts die Tür verschlossen wird, da sonst der Vater oder die Mutter weglaufen würde.

Er schildert einen Fall von zwei Schwestern, die miteinander in einer Wohnung gelebt haben und beide demenzkrank waren. Die Angehörigen haben nebenan gelebt und die Wohnung der Schwestern abgeschlossen. (SozialeArbeit_BHS_00:07:21)

Anlass für das Abschließen der Tür ist bei Alleinlebenden immer dann gegeben, wenn eine Pflegekraft oder Betreuungsperson die Wohnung verlässt (z. B. über Nacht) oder wenn pflegende Angehörige, die im selben Haushalt leben, die Wohnung alleine verlassen möchten, z. B. für Einkäufe (Pflege_FFM_00:01:03).

Ihre eigene Erfahrung mit FeM in der Pflege sei oft die Aufforderung der Angehörigen, die Tür abzuschließen, wenn sie gehe. (Pflege_BHS_00:00:14)

3.2.5 Weitere Formen von FeM

Verbale Fixierungen sind meist direkte Aufforderungen an den Hilfebedürftigen, mit der Absicht ihn an einer bestimmten Handlung zu hindern. Mehrere Pflegekräfte berichten von unterschiedlichen Formen verbaler Fixierung. So wurden Zettel an der Haustüre mit der Aufschrift „Du bekommst heute Nachmittag Besuch zum Kaffee!“ angebracht, um den Hilfebedürftigen am Verlassen der Wohnung zu hindern (MDK_BHS_00:24:44).

Ein Leiter einer Angehörigengruppe beschreibt eine weitere Form der subtilen Fixierung.

Dieses Festbinden habe noch nicht mal was mit „fest“ zu tun, denn schon Maßnahmen, die nicht wirklich fixieren („festbinden“) wirken freiheitseinschränkend. Er nennt als Beispiel ein Tuch, das auf den Schoß gelegt wird und dem Betroffenen das Gefühl vermittelt, er könne nicht mehr aufstehen. Die Wirkung hängt davon ab, wie „fit“ der Betroffene ist, also, ob er durchschaut, dass er eigentlich aufstehen könnte. (SozialeArbeit_FFM_00:01:19)

Auch der Entzug von Gegenständen, welche zum Verlassen des Hauses benötigt werden (z.B. Schuhe, Mantel) kann freiheitseinschränkend wirken ebenso wie der Entzug oder die Rationierung von Geldmitteln.

„Indem ich einfach Dinge nicht mehr sichtbar, nicht mehr greifbar mache, die für den Betroffenen wichtig sind.“ (SozialeArbeit_FFM_00:06:45)

Einen extremen Fall, der exemplarisch die große Spannweite von FeM aufzeigt, schildert ein MDK-Gutachter. In der Wohnung einer hochgradig dementen Dame wurde eine Konstruktion an der Decke gefunden, welche den Zweck einer Laufleine erfüllte und ihr ähnlich wie ein Rucksack umgeschnallt wurde. So konnte sich die Dame in der Wohnung bewegen, aber das Haus nicht verlassen. Diese selbst gebastelte Konstruktion wurde von dem Sohn angebracht (MDK_BHS_00:07:33).

3.3 Die Anwendung von FeM

3.3.1 Wie häufig sind FeM?

Die Häufigkeit von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen wird von den befragten Experten sehr unterschiedlich eingeschätzt. Ihre Wahrnehmungen reichen von „FeM sind kaum vorhanden“ bis „FeM werden in der Häuslichkeit häufig angewendet“. Den Experten fällt es schwer, einen konkreten, prozentualen Anteil an Betroffenen unter allen Pflegebedürftigen zu nennen. Die Schätzung eines Arztes aus Frankfurt liegt bei *„vielleicht 0,1 oder 0,2 %“* (Arzt_FFM_00:07:22), dagegen nennt eine Pflegekraft aus dem Landkreis Breisgau Hochschwarzwald 80%. Damit ist die Häufigkeit von FeM in der Häuslichkeit ohne Gerichtsbeschluss gemeint, da sie davon ausgeht, dass der offizielle gerichtliche Weg kaum genutzt wird (Pflege_BHS_00:09:56). Auf höchstens 20% der Pflegebedürftigen schätzt ein MDK-Gutachter den Anteil der FeM-Betroffenen, ggf. mehr, wenn die „Grauzone“ der sedierenden Medikamente einbezogen werde (MDK_BHS_00:33:14) *„In der häuslichen Arbeit kommt man damit schon recht häufig in Berührung“*, so der Leiter einer Angehörigengruppe (FFM_00:01:19). Er schätzt die Häufigkeit von FeM in der häuslichen Arbeit auch deshalb als recht hoch ein, weil schon Maßnahmen, die nicht wirklich fixieren (‐festbinden‐) freiheitseinschränkend wirken können (vgl. 3.2.5 Weitere Formen von FeM).

Mehrfach wird die Verabreichung sedierender Medikamente als am häufigsten vorkommende FeM genannt, hier von zwei Pflegekräften:

„...am häufigsten werden Medikamente verabreicht, ... die zweithäufigste Form der Fixierung ist das Anbringen von Bettgittern.“ (Pflege_FFM_00:01:03)

„... gibt es bestimmt häufig - das Ruhigstellen über Medikamente.“ (Pflege_FFM_00:05:25)

Häufig werden auch Türen verschlossen, berichten die Experten, dies werde von den Angehörigen oft nicht als freiheitseinschränkende Maßnahme wahrgenommen.

„Das [Tür abschließen] ist eine gar nicht so seltene Freiheitsentziehung, die eigentlich ziemlich drastisch ist und überhaupt nicht erörtert wird.“ (Arzt_FFM_00:06:32)

“[...] dass Türen abgeschlossen werden, ist durchaus verbreitet“ (Ges.Betreuer_FFM_00:04:04)

Dieser gesetzliche Betreuer hat an der Altenhilfeplanung eines Landkreises mitgearbeitet und bei dieser Tätigkeit viele Situationen in der Häuslichkeit gesehen, z. B. dass tagsüber Türen abgeschlossen werden, was er kritisch sieht. Andere Experten aus der Pflege äußern, dass sie in einem privaten Haushalt noch nie einen Fixiergurt gesehen hätten (Pflege_FFM_00:02:32). Eine Beratungskraft hat es noch nie erlebt, dass wegen einer FeM (z. B. Bettgitter) einer gesetzliche Betreuung beantragt worden wäre (SozialeArbeit_BHS_00:07:25).

Interessant ist, dass die Expertengruppe der Ärzte die Meinung vertritt, dass keine bzw. nur selten FeM in der Häuslichkeit angewendet werden.

„[...] FeM in der privaten Häuslichkeit kommen praktisch nicht vor. (...) Also, ich muss jetzt sagen, wenn es im privaten Bereich ist, sehe ich es so gut wie gar nicht oder sehr selten, extrem selten. Ich müsste jetzt also wirklich ganz tief graben, um mich irgendwann mal ..., na gut, vielleicht in zwanzig, dreißig Jahren zwei, drei Patienten.“ (Arzt_BHS_00:02:25)

Unter den Pflegekräften ist es nur eine, die *„selten erlebt, dass Angehörige schnell bei der Hand sind mit Fixierung (...)“* (Pflege_FFM_00:06:32). Zwei der befragten professionell Pflegenden schätzen den Anteil auf ca. 20% der pflegebedürftigen Menschen (Pflege_FFM_00:05:26, Pflege_BHS_00:33:14) und eine weitere auf 80% aller Pflegebedürftigen (s. oben). Tür abschließen sei die Regel, und etwa zwei Drittel der häuslich betreuten Menschen mit Demenz seien von FeM betroffen, so eine letzte Einschätzung aus der Pflegeprofession.

In der dritten Professionsgruppe - der Sozialen Arbeit - überwiegen die Aussagen, dass es schwierig sei, Schätzungen abzugeben.

Vermutlich hängt die Einschätzung der Prävalenz von FeM in der häuslichen Pflege und Betreuung mit der Frequenz zusammen, in der Haushalte persönlich aufgesucht werden und damit, was als FeM verstanden wird (körpernahe Fixierung, subtile Form der Fixierung; vgl. Abschnitt 3.1 Was wird unter FeM verstanden?)

3.3.2 Welche Folgen haben FeM?

In den Interviews wurde sowohl nach möglichen, negativen Folgen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen gefragt, wie auch nach Situationen, in denen durch die Anwendung einer FeM negative Konsequenzen hätten vermieden werden können. Die befragten Experten haben unterschiedliche Erfahrungen mit negativen Folgen von FeM gemacht. Sie kennen sie aus eigenen Erlebnissen, aus Erzählungen oder haben keine Kenntnisse davon. Schwierig sei es auch, negative Folgen von FeM in der Häuslichkeit zu definieren: hier müsse man prüfen in welchem Zusammenhang und wann eine FeM durchgeführt werde (Arzt_FFM_00:05:43).

Zu den genannten negativen Folgen gehören zunächst die Einschränkung der Mobilität und der Verlust von Kompetenzen durch sedierende Medikamente. Angehörige würden relativ schnell bemerken, dass *„die Nachtsedierung letztlich auch zu einer Tagsedierung führt und zu einer höheren Pflegebedürftigkeit“* (SozialeArbeit_FFM_00:46:07). Stürze über ein hochgezogenes Bettgitter (Pflege_FFM_00:04:14, SozialeArbeit_BHS_00:02:40) kommen ebenso vor wie der Versuch über das Fenster herauszusteigen (SozialeArbeit_BHS_00:13:04). Gravierend sind Folgen wie die Verhinderung von Hilfeleistung wegen einer verschlossenen Wohnungstüre (Arzt_FFM_00:11:23) und Verletzungen durch Fixiergurte (MDK_BHS_01:02:23). Fixierungen im Sitzen verstärken die Unruhe der Betroffenen:

„Prinzipiell habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Unruhe eher verstärkt wird. Weil es ja nicht normal ist, wenn man unruhig ist, dass man festgebunden wird - einfach.“ (Pflege_BHS_00:05:10)

Eine Pflegekraft stellt in grundsätzlicher Weise fest:

„...wenn ich derjenige bin, der vor der Entscheidung steht, fixiere ich, lasse ich jetzt fixieren oder fixiere ich selbst oder lasse ich es bleiben? Da habe ich das praktische Problem in der ambulanten Pflege, nämlich: Wie fixiere ich denn erfolgreich?“ (Pflege_FFM_00:20:59)

Im Anschluss zeigt er mögliche Risiken auf:

- *„...gebe ich ein Medikament, dann steigt erst mal die Sturzgefahr.“* (Pflege_FFM_00:21:04)

- „... schließe ich die Wohnungstür ab (...) Wenn das Haus brennt und derjenige kommt nicht aus der Tür, dann wird die Frage gestellt: Wer war zuletzt vom ambulanten Dienst da?“ (Pflege_FFM_00:21:29)
- „...dann habe ich die Möglichkeit jemanden festzubinden. Gehe ich, dann kann sich der Mensch auf alle möglichen Arten strangulieren.“ (Pflege_FFM_00:21:51)
- „...dann mache ich ein Bettgitter hoch und sehe, jemand ist unruhig. Hier besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass jemand drüberfällt.“ (Pflege_FFM_00:21:59)

Die Anwendung von FeM birgt also bei alleine Lebenden und bei Menschen, die auch nur kurzzeitig alleine im Raum oder in der Wohnung gelassen werden, erhebliche Risiken. Tatsächlich ist es aber kaum möglich und oft auch gerade **nicht** die Intention einer FeM, dass während ihrer Anwendung ununterbrochen eine betreuende Person anwesend ist.

Es werden nur wenige Aussagen über die Folgen einer Nicht-Anwendung von FeM getroffen. Dabei wird ausschließlich vom Verlassen der Wohnung und Verirren berichtet, zum Teil mit der extremen Folge, dass sich die Betroffenen in Lebensgefahr gebracht haben (Pflege_BHS_00:03:20, SozialeArbeit_BHS_00:21:47) oder zu Tode gekommen sind (Pflege_BHS_00:19:43). Ein gesetzlicher Betreuer beschreibt, dass es ihm bisher gelungen ist, auf alle Fixierungen zu verzichten. Dadurch entstanden bisher noch keine lebensgefährlichen Situationen, lediglich einige Stürze (gesBetr_BHS_26:06). Auch eine Pflegekraft betont, dass noch nie negative Folgen aufgetreten sind, weil keine FeM angewandt wurde (Pflege_FFM_00:04:57).

3.3.3 Wer ist von FeM betroffen?

Die Gruppe der von FeM betroffenen wird von den Experten durch Unruhe, Selbstgefährdung, kognitive Beeinträchtigungen, aggressives Verhalten, schwer kontrollierbare Mobilität und Demenz charakterisiert. Ein Leiter einer Angehörigengruppe weist darauf hin, dass FeM nicht ausschließlich auf das Alter beschränkt ist, sondern auch Jüngere davon betroffen sind (SozArbeit_FFM_00:58:17). Die Ansicht eines Facharztes, dass ältere Menschen eher dann von FeM betroffen sind, wenn sie passiv sind und sich nicht durchsetzen können (Arzt_FFM_00:27:50), findet sich in anderen Interviews nicht wieder, sollte aber als Untersuchungsfrage aufgegriffen werden.

3.3.4 Wer wendet FeM an?

Die Experten wurden befragt, inwieweit sozialstrukturelle Merkmale wie Geschlecht, Alter oder soziale Schicht die Anwendung von FeM beeinflussen. Die Meinungen der Experten sind hier sehr vielfältig. So sehen einige durchaus Unterschiede in Bezug auf Schichtzugehörigkeit, Alter oder auch Pflegebeziehung, die sich auf die Wahrscheinlichkeit, dass FeM angewandt werden, auswirken. Andere Experten sehen dagegen keine typischen Profile.

Ein MDK-Gutachter kann keine eindeutigen Merkmale wie Alter oder Geschlecht benennen, sieht aber, dass in Haushalten, in welchen die Angehörigen **mit der Pflege überfordert** sind, es häufiger zu FeM kommt (MDK_BHS_00:58:39). Ein niedergelassener Facharzt beschreibt, dass das Abschließen der Wohnungstür oder regelmäßiges Hochziehen des Bettgitters eher in überlasteten Systemen passieren (Arzt_FFM_00:30:21). Diese Einschätzung, dass FeM jenseits von sozialstrukturellen Unterschieden vor allem mit Be- und Überlastung in Verbindung gebracht werden können, teilen mehrere der Experten (vgl. 3.3.5 Kontexte und Risikofaktoren der Anwendung von FeM).

Hier zu passt, dass ein gesetzlicher Betreuer die Ursache und Intensität für die Anwendung von FeM in der **Pflegebeziehung** sieht: je enger Angehörige in die Pflege eingebunden seien, desto eher würden FeM angewandt (gesBetreuer_BHS_00:15:28). Außerdem seien es eher die besorgten Angehörigen, die zu FeM greifen würden, da es ihrem Verständnis von Sicherheit entspreche (Pflege_FFM_00:17:49).

Mehrfach wird von unterschiedlichen Professionen genannt, dass die Art der Beziehung und die Familienkonstellation Indikatoren für oder gegen die Anwendung FeM sein können. Pflegt der Enkel oder die Tochter den Großvater, so kann diese Beziehung sich erheblich von einer Beziehung unterscheiden, in der ein Partner den anderen pflegt (Pflege_BHS_18:58). Das Alter und die Nähe bezeichnen hier die wesentlichen Unterschiede, wie auch eine Beratungskraft ausführt:

„Also nehmen wir mal das Bettgitter: Bis jemand das Bettgitter ersetzt durch eine Matratze auf dem Boden oder das Bett tiefer legt oder überhaupt abschafft und einfach eine schöne große Schlafstätte baut – das macht eher ein entfernter Enkel als eine nahe stehende Ehefrau. Die baut eher noch tausendmal das Ehebett um, macht ein Pflege-Ehebett daraus. Sie ist zu sehr drin, in der eigenen Biografie zum Partner...“ (Beratung_FFM_00:38:07)

Auch unabhängig von der Familien- und Pflegebeziehung kann das **Alter** die Anwendung von FeM beeinflussen, so zeigten sich pflegende Angehörige der Generation 40+ offener gegenüber neuen Ideen und ungewöhnlichen Vorgehensweisen und seien auch kreativer im täglichen Umgang mit den Problemen, die die Betreuung eines Menschen mit Demenz mit sich bringe. Ältere Pflegende (60 bis 70 Jahre und älter) zeigten sich dagegen traditionsbewusst und auf Sicherheit bedacht (Pflege_BHS_00:17:21). Aber nicht alle Experten sehen einen altersbedingten Unterschied bei den Anwendern von FeM.

Einige Experten sehen keine Unterschiede zwischen den **Geschlechtern**. Pflegende (Ehe-)Männer müssen häufig aufgrund der Pflege der Ehefrau ihr persönliches Rollenbild verändern und z.B. traditionell „weibliche“ Aufgaben im Haushalt übernehmen. Dadurch neigten Männer eher dazu, ihre Frau einzuschließen als umgekehrt:

„[Männer] haben eine relativ geringe Kreativität. Die sperren lieber ihre Frau dann mal ein, wenn sie einkaufen gehen, als sich zu überlegen, die Frau zum Einkaufen mit zu nehmen.“ (SozialeArbeit_FFM_00:38:33)

Ein weiterer Experte bestätigt, dass Männer eher Medikamente verabreichen als Frauen:

„Wenn Männer pflegende Angehörige sind – bevor die sich anstrengen und vielleicht noch nachts aufstehen müssen – entscheiden die, dass die Ehefrau lieber noch 5 ml ‚Saft‘ bekommen soll.“ (Pflege_FFM_00:12:37)

Die **Schichtzugehörigkeit** wirke auf das Problembewusstsein: In den „besseren Schichten“ werde das Handeln eher ethisch hinterfragt, so eine Beratungskraft, während in den „niedrigen Schichten“ die Hemmschwelle, FeM anzuwenden, geringer sei (00:31:43). Die Expertenmeinungen liegen hier jedoch konträr. Einige sehen FeM nicht spezifisch für ein bestimmtes Milieu, ein anderer betont, dass gerade die einfachen, bäuerlichen Schichten viel Zeit für die Betreuung in der Familie aufwenden und deswegen nicht fixieren müssen (Arzt_BHS_00:27:31).

Hinsichtlich von **Stadt-Land-Unterschieden** sind die Experten ambivalent. Einerseits wird das Dorf als positives Umfeld für Demenzkranke gesehen, weil die Menschen sich untereinander kennen und z. B. verirrte Personen nach Hause begleiten können (Pflege_BHS_00:20:43). Man habe

mehr Zeit füreinander (SozialeArbeit_BHS_00:45:25) und übernehme Verantwortung für seine Nachbarn (Pflege_BHS_00:22:01). Die Stadt dagegen sei anonym, die Menschen dort gestresst. Negativ wirke sich aber im ländlichen Raum aus, dass die Scham über eine Demenzerkrankung größer sei und die betroffenen Familien die Veränderungen nicht wahrnehmen wollen (SozialeArbeit_BHS_00:29:32). Außerdem werde die Anwendung von FeM auf dem Land weniger hinterfragt, sondern eher als selbstverständlich hingenommen (SozialeArbeit_BHS_00:36:55).

3.3.5 Kontexte und Risikofaktoren der Anwendung von FeM

Die Frage, wie es zur Anwendung von FeM kommt, kann nicht als Frage nach deren Ursachen gestellt werden. FeM stellen mehr oder weniger angemessene Reaktionen auf Verhaltensweisen, Situationen und Problematiken dar, was aber nicht bedeutet, dass diese die FeM verursachen. Es besteht also keine kausale Beziehung zwischen einer Gegebenheit und der darauf folgenden Anwendung von FeM – es wären immer auch andere Handlungsstrategien möglich. Deshalb ist es sinnvoll, bei der Ursachenforschung im Themenbereich häusliche FeM nach Kontexten und Risiken der Anwendung zu fragen. So können die Zusammenhänge der Entstehung von FeM beschrieben werden, ohne dass eine notwendig kausale Beziehung konstruiert wird (vgl. Abschnitt 3.1.2 im Gesamtbericht).

Aufbauend auf der Betrachtung und Analyse von Kontext- und Risikofaktoren soll im Folgenden aufgezeigt werden, wie bestimmte Kontexte (z. B. der Diskurs um die Sicherheit von Pflegebedürftigen) als Legitimation für die Anwendung von FeM herangezogen werden. Andere Kontexte (oder aus Sicht der Betroffenen: Risiken) wie z. B. ein Klima der Empathielosigkeit und häuslichen Gewalt eignen sich dagegen nicht um FeM zu legitimieren, weil sie keine gesellschaftlich akzeptierten und positiv konnotierten Werte transportieren (wie dies bei dem Wert „Sicherheit“ in hohem Maß der Fall ist).

In den Experteninterviews werden unterschiedliche Kontexte und Risikofaktoren für die Anwendung von FeM deutlich. Die am häufigsten genannte Erklärung für die Anwendung von FeM liegt, quer durch alle Professionen, in der **Überlastung der pflegenden Angehörigen**.

„Je höher die Belastung für den pflegenden Angehörigen ist, desto höher ist auch die Gefahr dass er fixiert.“ (Pflege_FFM_00:10:29)

Die Belastung kann durch unterschiedliche Faktoren verursacht werden, die praktisch sämtlich auf eine Demenzerkrankung zurückzuführen sind: ein gestörter Tag- Nacht-Rhythmus, unkontrollierte Mobilität, aggressives Verhalten oder die Bewältigung des Alltags bei gleichzeitiger „24-Stunden-Begleitung“ des Erkrankten. So berichtet ein Experte, dass manche Angehörigen nachts Medikamente zur Ruhigstellung geben, da ihre Familienmitglieder rufen und beschäftigt werden wollen (Pflege_FFM_00:11:40). Angehörigen bleibt letztlich kaum Zeit und Raum für sich (SozialeArbeit_BHS_00:18:54), sie handeln „aus der Not heraus“ (mehrere Interviews). Die FeM erscheint als einziger Ausweg, was nicht bedeutet, dass pflegende Angehörige dies für den besten Weg halten würden. Vielmehr fühlen sich die Angehörigen in einer Art „Zwickmühle“ oder in einer ausweglosen Situation.

„...in der Zwickmühle und weiß nicht, was man machen soll.“ (Pflege_FFM_00:07:49)

Interessant ist die Einschätzung, dass vor allem Angehörige FeM anwenden, die sich „für alles verantwortlich fühlen, vor allem wenn der Druck groß ist und die Angst, dass etwas passieren

könnte.“ (SozialeArbeit_BHS_00:26:13). Der Freiheitsentzug bedeutet für die pflegenden Angehörigen ein Stück „Freiheit“ (für sich) bei gleichzeitiger „Sicherheit“ (für den Betroffenen). In allen Experteninterviews wird deutlich, dass Angehörige oft keine anderen Lösungen bzw. Alternativen zu ihrem Handeln sehen, daher werden die unterschiedlichen FeM angewendet.

„... dass Angehörige einfach nicht mehr können. Und dass über den Hausarzt geguckt wird, kann man da medikamentös ein bisschen Entspannung reinbringen, dass die wieder damit leben können.“ (Berater_BHS_00:40:40)

In diesen und vielen ähnlich lautenden Interviewsequenzen wird deutlich, dass die Ausweglosigkeit der Belastungssituation eine wichtige Legitimationsressource darstellt: Weil keine Alternativen bestehen, wird die FeM angewandt – und aus dieser Alternativlosigkeit bezieht die Handlungsstrategie FeM ihre Rechtfertigung.

Demgegenüber werden FeM, die trotz möglicher Entlastungsangebote angewandt werden, als illegitim empfunden, wie die Erzählung einer Leitung von Betreuungsgruppen zeigt:

Ein demenziell erkrankter Ehemann hätte einen Platz in der Freitagsgruppe haben können, damit er während des wöchentlichen Einkaufs, den seine Frau zusammen mit der Tochter erledigt, nicht eingeschlossen werden muss. Die Ehefrau bestand aber auf die Mittwochsgruppe, also einen Zeitraum, in dem sie ihren Mann eigentlich hätte betreuen können. Aber nur dann hätte sie wirklich Freizeit. Auch weil in diesem Haushalt noch zusätzlich eine häusliche Betreuungskraft tätig war, empfand die Befragte dies als sehr egoistisch. (Pflege_BHS_00:17:21)

Der Gedanke der **Sorge und des Schutzes** wird von den Angehörigen als Begründung für die Anwendung von FeM häufig herangezogen, so die Experten durchgängig. Die Ängste beziehen sich zum einen darauf, dass ein verwirrter Mensch die Wohnung verlässt, nicht mehr zurückfindet und durch den Verkehr oder die Witterung Gefahren ausgesetzt ist. Zum zweiten sollen Stürze durch Bettgitter oder Fixierung am Stuhl oder Sessel vermieden werden.

„Das Schutzmotiv wird eindeutig in den Vordergrund gestellt und scheint den meisten glaubwürdig. Auch ganz realistisch. Die Gefahr ist wirklich da.“ Es bestehe aber oft nicht viel Sensibilität bzgl. der Gefahren, die das Einschließen mit sich bringt. (Arzt_FFM_00:09:01)

Angehörige sehen ihr Handeln als „Schutzmaßnahme“ und nicht als FeM. Auch weil sie unter Rechtfertigungsdruck von Nachbarn und anderen Angehörigen stehen, sind pflegende Angehörige weniger als andere Helfer im Pflege-Arrangement bereit, das Risiko einer Selbstgefährdung des Betroffenen zu tragen (Pflege_FFM_00:33:53). Oben wurde schon aufgezeigt, dass dagegen die Gefahren – gerade von unbeaufsichtigten – FeM nicht zu unterschätzen sind, z. B. ein Sturz beim Versuch, das Bettgitter zu übersteigen.

Schutzmaßnahmen, die auch die Freiheit einschränken, sind quasi selbstverständlich in den Alltag eingelassen. Dies wird daran deutlich, dass bei bettlägerigen, komplett immobilen älteren Menschen dennoch die Seitengitter hochgezogen werden (Arzt_FFM_00:02:41: „Bettgitter hochziehen ist Alltag“, so dieser Befragte (00:14:33)

Der Gedanke des Schutzes und die Sorge um demenzkranke oder pflegebedürftige ältere Menschen ist eine bedeutende Legitimationsressource in Bezug auf FeM, zumal die freiheitseinschränkende Maßnahmen absolute Sicherheit versprechen und dementsprechend alternativlos erscheinen. Abwägungen, die zu einer Vermeidung von FeM führen, sind oft auch damit verbun-

den, den Betroffenen ein gewisses Lebensrisiko (im folgenden Zitat: Verlaufen) zuzugestehen oder einen gewissen Aufwand zu betreiben (Rückführung durch die Polizei):

Wenn eine Person darauf beharre, immer wieder von der Polizei nach Hause gebracht zu werden, weil sie sich regelmäßig verläuft, sei das in Ordnung (...) je nach Größe des eingeschätzten Gefahrenpotentials müssen aber auch Maßnahmen vorgeschlagen werden, denen der Betreffende nicht zustimmt. Sowohl Gutachter als auch Richter kommen in den Zwang vernünftige, begründbare Entscheidungen zu treffen, die nicht immer vom Betreffenden mitgetragen werden. (Arzt_FFM_00:56:36)

Die FeM steht hier am Ende einer Reihe von Abwägungen. Sie wird nicht von vorneherein als alternativlos akzeptiert und sie ist auch nicht unhinterfragt in das Alltagshandeln eingebettet.

Der **Wissensstand der Angehörigen** zum Thema FeM ist sehr unterschiedlich. Experten aus der Pflege finden Angehörige, welche sehr gut über das Thema FeM informiert sind und sehr einführend handeln und andererseits auch Angehörige, die ihr Handeln nicht als FeM wahrnehmen. Besonders im Hinblick auf die Medikamentenvergabe wird die Unwissenheit der beteiligten Personen deutlich. Diese Erfahrungen macht eine Pflegedienstleitung in Bezug auf die Angehörigen wie auch auf die professionelle Pflege.

„...vom Arzt angeordnet..., wird halt gegeben...“ (Pflege_FFM_00:17:22)

Insbesondere Krankenhausaufenthalte beeinflussen die Medikamentengabe stark, so einer der Befragten. Wird dort medikamentös fixiert, so würden die sedierenden Medikamente danach weitergegeben. (Pflege_FM_00:05:45).

Zusammen mit dem Wunsch, den pflegebedürftigen oder verwirrten Menschen zu schützen, sorgt die Unwissenheit für die Anwendung von FeM:

„Sie [die Angehörigen] denken, das muss so sein, das ist richtig, wie wir handeln. Und sie denken auch, damit nichts passiert muss es so gemacht werden.“ (SozialeArbeit_BHS_00:24:20)

Nur unterschwellig werde die Gefahr wahrgenommen, die von der FeM selbst ausgeht, z. B. wenn eine eingeschlossene Person den Herd einschaltet und es zum Brand kommt.

Von zwei Experten aus der Sozialen Arbeit wird der Zusammenhang von FeM und **häuslicher Gewalt** aufgezeigt. Es handele sich um ein „Kippen der Machtverhältnisse“, berichtet ein Leiter einer Angehörigengruppe (FFM_00:19:37). Er habe erlebt, wie in einer Ehe mit früher klassischer Geschlechterrollenverteilung der erkrankte oder pflegebedürftige Ehemann „hart angefasst und im Bett mit Bettgitter gehalten“ wurde (SozialeArbeit_BHS_00:31:28) oder ihm zu wenig zu essen gegeben wurde. Die Ehefrau handle so, um „die frühere Machtstellung heimzuzahlen“ (FFM_00:19:37). Auch Kinder, die kein gutes Verhältnis zu ihren Eltern haben, sie aber trotzdem pflegen, übertragen Aggressionen auf die Eltern. Ein Beispiel ist, dass Eltern im Zimmer eingesperrt werden oder sie nicht am Tisch mitessen dürfen, weil sie nicht mehr richtig essen können. Hier wiederhole sich die Situation, die die pflegenden Angehörigen als Kind selbst erleiden mussten (SozialeArbeit_FFM_00:27:22).

Die Pflege eines Angehörigen ist keine ausschließliche Beziehung zwischen diesen beiden Personen, das **soziale Umfeld** beeinflusst diese Pflegebeziehung. Die Pflegenden stehen mit ihrer Handlung unter einer Art Konformitätsdruck. Explizite und implizite Äußerungen aus dem sozialen Umfeld oder auch nur die Furcht davor können eine Begründung für die Anwendung vom FeM sein.

„(...) manchmal ist der Druck von außen, dann bind ich ihn fest, ... dann meckern die Leute nicht“ (SozialeArbeit_FFM_00:30:07)

Das Einfluss nehmende Umfeld schließt nicht nur Angehörige oder Nachbarn ein, sondern auch zum Beispiel die örtliche Polizei. Ein Leiter einer Angehörigengruppe berichtet, dass die Polizei zu „meckern“ anfängt, wenn sie wiederholt einen Demenzerkrankten nach Hause bringen müsse (FFM_00:31:16). Auch die Verabreichung von Medikamenten wird so begründet. Das folgende Zitat bezieht sich auf eine desorientierte alleinstehende Frau, die nachts in ihrer Wohnung ruft:

„Wir haben eine ganz geringe Dosis gegeben, weil die Dame ja auch zuhause bleiben sollte, in ihrer gewohnten Umgebung und weil man Kompromisse machen muss in einem sozialen Gefüge wie einem Mehrfamilienhaus. Aber eine geringe Dosis, von der wir gehofft haben, dass sie sie nicht in ihrer Situation einschränkt.“ (Pflege_FFM_00:14:23)

Hier wird auch ein weiterer Kontext von FeM in der häuslichen Pflege deutlich: Die **Vermeidung der Heimunterbringung**. Ein niedergelassener Facharzt berichtet, dass Betroffene bereit sind, FeM mitzutragen, um nicht in ein Pflegeheim umziehen zu müssen.

Im Heim sei die kritische Aufmerksamkeit der Angehörigen gegenüber Pflegefachkräften höher als im häuslichen Rahmen, wo sie selbst in der Verantwortung stehen. Zu Hause stehe die Drohung der Heimeinweisung oft im Hintergrund, nicht unbedingt offen ausgesprochen, aber so, dass Betroffene eher kooperieren – aus Angst. Ursache sei die gemeinsame Sorge: Wenn wir es hier nicht schaffen, die Sache zu Hause nicht managen, dann musst du ins Heim und das wollen wir nicht und du auch nicht. Diese Drohkulisse werde aber nicht bewusst deswegen aufgebaut, um Kritik an der FeM zu verhindern. (Arzt_FFM_00:29:31)

Ähnlich sieht dies ein MDK-Gutachter: „(...) ja und dann der Druck, dass das Gefühl entsteht, du musst jetzt etwas machen: entweder wegbringen oder zuhause sedieren – vor dieser Alternative sehen sich die Leute oft (...)“ (MDK_BHS_00:12:31) Gerade wenn den Betroffenen versprochen wurde, sie zuhause zu pflegen, entstehe eine Zwangssituation. Insofern stellt die Vermeidung der Heimunterbringung ebenfalls eine Legitimationsressource für FeM dar, denn sie dienen dazu, den ursprünglichen und ggf. auch noch aktuell geäußerten Willen des Betroffenen erfüllen zu können.

Im Zusammenhang zu den meisten der genannten Kontexte steht der Sachverhalt, dass **zu wenig Zeit für die Betreuung** zur Verfügung steht und zwar sowohl den pflegenden Angehörigen (Arzt_FFM_00:34:17) wie auch Pflegefachkräften (Pflege_FFM_00:22:42). Auf diesen Zusammenhang weisen fast alle Experten hin. Angehörige sind allerdings überfordert damit (s. auch oben), alleine eine 24-Stunden-Präsenz zu gewährleisten, da

„(...) sie eh schon am Limit laufen. Was ich noch nie erlebt habe, ist, dass durch menschliche, immerwährende Präsenz solche Zustände [der Unruhe, Verwirrung] aufgefangen worden sind.“ (Pflege_BHS_00:1:40)

3.4 Haltungen zu FeM und Demenz

3.4.1 Die Sichtweise von Angehörigen auf Demenz und FeM

„ ... ich habe diese Frau geliebt, aber nicht in ihrer Krankheit“ (Pflege_FFM_00:39:21)

Für Angehörige ist es schwierig mit der demenzbedingten Wesensveränderung umzugehen. Die Experten erleben, dass sehr unterschiedlich mit Demenzerkrankten umgegangen wird. Zum einen lernen sie Angehörige kennen, die die Autonomie und Selbstständigkeit der Betroffenen aufrechterhalten, andererseits treffen sie auf Angehörige, die wenig Verständnis für ein selbstbestimmtes Leben mit Demenz haben. Betroffene werden durch übermäßige Hilfe unselbstständig und immobil gemacht, zum Beispiel, wenn selbstverständlich der Mantel zugeknöpft werde, obwohl es der Betroffene mit etwas mehr Zeit selbst geschafft hätte (SozialeArbeit_FFM_00:21:49). Übermäßige Hilfe gehe häufig einher damit, dass sich pflegende Angehörige sozial isolierten und eigene Freizeitaktivitäten vernachlässigten (SozialeArbeit_BHS_00:86:06).

Die Haltung von pflegenden Angehörigen zu FeM beschreibt ein Sozialarbeiter wie folgt:

Es sei eher generell so, dass FeM als etwas Privates und Selbstverständliches angesehen werden. Wenn sich jemand gefährdet, weil er vielleicht wegläuft, dann müsse man ihn einschließen. Die Übertragung, dass die Freiheit dieser Person ein Grundrecht ist, das jeder Mensch hat und das durch das Einschließen eingeschränkt wird, sei gar nicht vorhanden. (SozialeArbeit_FFM_00:28:58)

Wie oben schon ausgeführt, ist der Wissenstand von Angehörigen über die Anwendung und rechtliche Bewertung von FeM häufig gering. So werden nach Ansicht eines Befragten FeM nicht verheimlicht, weil selten ein Unrechtsbewusstsein vorhanden sei (MDK_FFM_00:32:30), allerdings sei in den letzten Jahren festzustellen, dass die Sensibilität wachse, auch weil die Dokumentation von FeM eine Gutachteraufgabe sei (MDK_FFM_00:14:08).

3.4.2 Haltungen und Handlungsbedingungen der professionellen Helfer

In diesem Abschnitt stehen die Experten selbst im Mittelpunkt, ihre Handlungsbedingungen und ihre (durch diese Rahmenbedingungen beeinflussten) persönlichen bzw. professionellen Haltungen. Wie oben schon gezeigt wurde, werden Freiheitseinschränkende Maßnahmen von den Befragten unterschiedlich definiert (vgl. 3.1 Was wird unter FeM verstanden?). Aber auch das Maß, in dem sie als legitim wahrgenommen und vertreten werden, unterscheidet sich.

Ein Bewusstsein für FeM ist in vielen, aber nicht in allen Gesprächen zu erkennen. Das Spektrum der Handlungsweisen reicht von einem aktiven Einschreiten gegen FeM und Aufklärung darüber bis hin zur Durchführung von FeM. Dabei gilt, dass Ärzte und Gutachter eher von außen auf die Situation schauen, während die Pflege aktiv im Pflegearrangement beteiligt ist.

Nur in einem Interview werden FeM im häuslichen Bereich als „absolut sinnvoll und notwendig“ bezeichnet.

„Also, für mich persönlich als Arzt, vom reinen Arztbild her, kenne ich an sich nichts, wo ich jetzt sagen würde, das ist jetzt zu viel des Guten. Ja, wenn einer ständig aus der Wohnung läuft, dann schließt man halt die Tür ab. Juristisch ist das eine Freiheitsberaubung, ärztlich ist das absolut sinnvoll und notwendig. Da habe ich gerade im häuslichen Bereich, wo kein Gericht oder keine Heimleitung dahinter steckt, keine Probleme. (...). (Arzt_BHS_00:16:12)

Die Einschätzung der Frankfurter Pflegedienste differiert: Während sie zum einen für „durchweg kritisch in Bezug auf FeM“ gehalten werden, auch aufgrund der Aktivitäten des Frankfurter Amtsgerichtes (SozialeArbeit_FFM_00:45:03, vgl. auch Abschnitt 4 im Gesamtbericht), so wird ihnen zum anderen „eine relative Distanzierungsneigung“ attestiert. Soweit man die FeM nicht verant-

wortet habe, gehe es einen auch nichts an (Arzt_FFM_00:37:50). Für den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald liegen keine Aussagen über die generelle Haltung der Pflegedienste vor. Mehrere Befragte stellen aber fest, dass sich das Bewusstsein zum Thema FeM innerhalb der letzten Jahre sehr geändert hat. Wo früher FeM selbstverständlich waren, werde heute sehr viel darüber diskutiert (Pflege_BHS_00:25:08, SozialeArbeit_BHS_00:58:50). Eine Pflegedienstleitung aus Frankfurt berichtet, dass ihre Mitarbeiter von ihr erwarten, dass sie aktiv wird, wenn in einem Haushalt eine Fixierung festgestellt oder vermutet wird (Pflege_FFM_00:17:08).

Die Spannbreite der Antworten auf die Frage, ob **selbst schon einmal FeM angewandt** wurden, ist hoch. Einige der befragten Experten haben noch nie FeM veranlasst oder angewandt (Pflege_FFM_00:02:29, gesBetr_BHS_26:06), andere tun dies nur unter bestimmten Rahmenbedingungen, z. B. wenn ein richterlicher Beschluss vorliegt (Pflege_FFM_00:10:30).

Ein Arzt ist sich der Gefahr sedierender Medikamente bewusst, setzt sie aber dennoch von Fall zu Fall ein:

*„Es ist eine Frage der medizinischen Ethik, ab welchem Punkt man als Arzt bereit ist, sedierende Medikamente zu geben oder Tranquilizer zur verschreiben (...)“
(Arzt_FFM_00:41:08)*

Hausärzte kämen hier an ihre Grenzen, allerdings möchte er sich bei laufendem Tonband hierzu weiter nicht äußern.

Für Pflegedienste spielt der **ökonomische Faktor** eine Rolle, so ein Experte aus Freiburg (Pflege_BHS_01:06:07). Sie haben ein Interesse daran, ihre Kunden nicht zu verlieren. Bevor Angehörige, deren Wunsch nach einer FeM nicht erfüllt wird, sich einen anderen Dienst suche, wende man die FeM an. Es gebe aber Dienste, die sich strikt diesen Ansinnen der Angehörigen verweigerten (Pflege_BHS_01:06:54). MDK-Gutachter seien grundsätzlich kritisch, da sie von außen auf die Situation schauen (MDK_BHS_01:02:23). Diese Unabhängigkeit hätten auch gesetzliche (Berufs-)Betreuer und Betreuungsvereine:

„Wir können von der Herangehensweise und Haltung her den Betreuten viel unabhängiger begegnen als Familienangehörige“ (ges.Betr_FFM_00:03:30)

Zentrales Thema in allen Expertengesprächen sind die **Ambivalenzen**, in welchen sich professionelle Kräfte der Altenhilfe, Medizin und Pflege durch die Wahrnehmung und Anwendung von FeM befinden. Die Pflege ist die Profession, welche einen täglichen Kontakt zu den Betroffenen hat und agiert somit an der Schnittstelle zwischen den pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und Ärzten, den Gutachtern und auch dem eigenen Arbeitgeber. Pflegekräfte berichten in den Experteninterviews, dass dadurch eine Art Ohnmacht bezüglich der Freiheitseinschränkenden Maßnahmen und ihren Handlungsmöglichkeiten als professionell Pflegende entstehen kann (Pflege_BHS_31:20).

Professionell Pflegende sehen sich häufig von Seiten der Angehörigen dazu aufgefordert, FeM anzuwenden (vor allem: Türen abschließen, Bettgitter hochziehen) und müssen dann darüber aufklären, dass sie das nicht dürfen. Das koste manchmal viel Kraft, wenn die Angehörigen immer wieder darauf bestehen (Pflege_BHS_00:08:20). Pflegekräfte sind aber auch „in die Notwendigkeiten des Alltags verstrickt“:

„(...) und genau das ist der Punkt mit den Professionellen, die dann so bedauernd sagen: ‚Wir dürfen ja nicht einschließen.‘ mit dem Unterton: Wir würden es aber gerne, weil die

Angehörigen es von uns wollen. Stattdessen muss jetzt die arme Tochter extra 10 km herfahren, um abzuschließen, weil wir es nicht machen.“ (Pflege_BHS_01:04:02)

Im Alltag kommt den Pflegekräften eine hohe praktische Verantwortung zu, wenn sie vor der Entscheidung stehen, ob sie selbst FeM anwenden, von Angehörigen anwenden lassen oder aktiv verhindern, dass FeM angewandt werden. Pflegekräfte erwarten in diesen Fragen Unterstützung von ihrer PDL (Pflege_FFM_00:19:17). Ein anderer der befragten Experten aus der Pflege betont, dass die Verantwortung für FeM nicht bei der Pflege (allein) liege – für Fixierung sei der rechtliche Betreuer zuständig (Pflege_FFM_00:23:18). Dennoch werde häufig von der Pflege erwartet genau diese Verantwortung zu übernehmen.

Für den Fall dass Angehörige eine FeM anwenden, bleibt nicht immer die Zeit, die notwendigen Aufklärungsgespräche zu führen. Es koste Wochen, manchmal Monate, die pflegenden Angehörigen von einer Alternative zu überzeugen. Wenn diese Zeit fehle, so diese Pflegekraft, weise sie manchmal nur auf die Rechtslage hin, dokumentiere dieses und interveniere nicht weiter (Pflege_BHS_00:29:30).

Weitere, bereits oben geschilderte Ambivalenzen ergeben sich für alle Professionen in den Bereichen Schädlichkeit oder Nützlichkeit einer Medikamentengabe, im Spannungsverhältnis von Schutz, Risiko und Freiheit und in der Frage, ob FeM ein häusliches Arrangement zum Wohle auch der Betroffenen stützen können (Vermeidung der Heimeinweisung).

Quer durch alle Professionen kritisieren die Experten Defizite im **Schnittstellen-Management** bei der Versorgung von geriatrischen Patienten. Krankenhäuser seien zu wenig auf geriatrische Patienten ausgerichtet (Arzt_BHS_00:38:41), die älteren Patienten würden zu schnell entlassen (Arzt_BHS_00:37:09) und im Übergang vom Krankenhaus gehe viel Information verloren (SozialeArbeit_BHS_00:11:02). Gute Schnittstellenarbeit während einer Krankenhausesentlassung kann Fixierung verhindern (Pflege_FFM_00:24:47). Oben wurde schon aufgezeigt, dass sedierende Medikamente nach der Entlassung weiterhin gegeben werden. Kompetenzstreitigkeiten zwischen Ärzten und der ambulanten Pflege belasten ebenfalls die professionelle Kooperation (Arzt_BHS_00:13:12).

Für den **MDK** gilt, dass seine Beobachtungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, quasi Momentaufnahmen (MDK_BHS_00:10:48). Auch die Eingriffsmöglichkeiten sind begrenzt, so werden aufgrund fehlender Ressourcen die Empfehlungen in den Gutachten von den Pflegekassen nur verzögert oder gar nicht umgesetzt (MDK_FFM_00:24:21). In extremen Fällen werde aber das Sozialrathaus und die Pflegekasse direkt informiert und die Angehörigen vor Ort zu möglichen Alternativen beraten (MDK_FFM_00:25:52).

Einer der Experten plädiert dafür, über das Projekt ReduFix ambulant **politischen Druck** aufzubauen. Es sollte ein Arbeitsklima geschaffen werden, in welchem Missstände aufgedeckt, aber nicht angeprangert werden (Arzt_FFM_01:28:46).

3.4.3 Haltung der Öffentlichkeit zu Demenz und FeM

Die Befragten nehmen **Demenz** in den Medien als ein sehr präsent Thema wahr, jedoch herrsche in der Gesellschaft immer noch eine Distanz (SozialeArbeit_FFM_00:25:44, Arzt_FFM_00:42:48, Arzt_BHS_00:27:54). Zumindest fehle die Kompetenz, mit demenzkranken Menschen in der Öffentlichkeit umzugehen (Pflege_BHS_00:36:52). Andererseits gebe es auch positive Beispiele,

nämlich dass verwirrten älteren Menschen auf der Straße uneigennützig geholfen werde (Pflege_BHS_00:22:01).

Weit verbreitet ist in der Bevölkerung die Scham, mit der Demenzerkrankung in die Öffentlichkeit zu treten. Zwar sei innerhalb der letzten 15 bis 20 Jahre ein Wandel zu erkennen, früher sei der „Aufschrei“ größer gewesen, wenn ein verwirrter Mensch im Lebensmittelladen oder bei der Post aufgetaucht sei (SozialeArbeit_FFM_00:25:44). Eine Beratungskraft beschreibt Beispiele, dass demenziell erkrankte Menschen bewusst „unter Verschluss“ gehalten werden, besonders Menschen, welche in ihrer Vergangenheit ein hohes Ansehen genossen haben.

„...der Herr Direktor darf da nicht gesehen werden...“, dass man den Demenzkranken mal draußen sehen würde, gibt es nicht. (00:42:39)

Die Experten sind sich einig darin, dass mehr Toleranz und Sensibilität der Gesellschaft für Menschen mit Demenz in der Öffentlichkeit nötig ist. Werden demenziell erkrankte Menschen als selbstverständlicher Teil des öffentlichen Lebens akzeptiert, so kann dies die Häufigkeit von FeM verringern und eine selbstständige Lebensführung der Betroffenen unterstützen.

FeM spielen in der Öffentlichkeit hauptsächlich eine Rolle, wenn sie in Verbindung mit einem Skandal auftreten (Pflege_FFM_00:14:00). Angehörige, die FeM anwenden, können auf Verständnis des sozialen Umfeldes hoffen: „Es ist nicht so, als wenn man ein Kind misshandelt.“ (Pflege_BHS_01:00:40). Eher werde Mitgefühl gegenüber den Angehörigen geäußert. FeM werden zwar auf eine abstrakte Weise abgelehnt, in der täglichen Praxis gibt es aber wenig Toleranz für das unangepasste Verhalten von demenzkranken Menschen (z. B. wenn ein alleinstehender Bewohner eines Mietshauses nachts an anderen Türen klingelt).

„Es wird lieber gesehen, wenn die Leute gut und sicher irgendwo festgebunden sind, also fest sitzen und bloß nicht rauskommen, weil die Menschen auch einfach damit überfordert sind. Die kommen mit jemand, der verwirrt ist, überhaupt nicht klar.“ (Pflege_BHS_00:21:30)

Mehr Aufklärung und auch mehr Gemeinsinn seien nötig, „(...) so dass ein Angehöriger, der seinen alten Menschen einschließt, guten Grund hat anzunehmen, dass die Nachbarn das mitkriegen und nicht den Mund halten.“ (Arzt_FFM_01:19:40). Allerdings ist es wichtig, repressionsfreie Aufklärung zu bieten um die pflegenden Angehörigen zu erreichen (Arzt_FFM_01:00:03).

3.5 Alternativen zur Anwendung von FeM

Die befragten Experten nennen unterschiedliche Alternativen zu FeM. Oben wurde schon deutlich, dass die Förderung des Kompetenzerhalts und ein **Zutrauen in die Fähigkeiten von Menschen mit Demenz** dazu beiträgt, die Anwendung von FeM zu reduzieren, auch wenn damit gewisse Risiken einhergehen können (vgl. 3.3.5 Kontexte und Risikofaktoren der Anwendung von FeM).

Eine Alternative zu sedierenden Psychopharmaka kann eine individuelle und **validierende Zuwendung** sein:

„Mich total auf die Demenz einlassen, was sie erzählen, wenn es auch noch so wirr ist, immer weiterfragen und wie die Leute dann erzählen! Die blühen auf und werden ruhig und ich denke es sind so einfachste Maßnahmen, in wenigen Minuten gelingt es

*manchmal Kontakt zu bekommen zu Leuten, die angeblich gar nichts mehr sagen.“
(MDK_BHS_01:21:22)*

Zeit und Zuwendung können Medikamente ersetzen, so auch ein Facharzt aus Freiburg (00:21:02).

Zwei Befragte schildern, dass ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus sehr belastend für die Angehörigen ist, weshalb sie versuchen den Rhythmus durch Medikamente zu regulieren (SozialeArbeit_FFM_00:47:21, Arzt_BHS_00:03:40). Die Auswirkungen der Medikamente beschränken sich jedoch nicht ausschließlich auf den Abend und die Nacht. So erlebte eine Tochter ihre Mutter auch tagsüber sediert durch die Medikation und dadurch in ihren Kompetenzen deutlich eingeschränkt. Die Medikamente wurden wieder abgesetzt, da die Tochter nicht davon profitiere, wenn sie zwar nachts schlafen, die Mutter aber tagsüber nicht mehr alleine auf die Toilette gehen könne (SozialeArbeit_FFM_00:47:45). Anschließend wurden **pflanzliche Mittel** gegeben.

Grundlegende Überlegungen werden von einem der Experten angestellt, der einen **gesellschaftlichen Wandel** für notwendig hält. Die Betreuung alter Menschen dürfe nicht allein Angehörigen und Institutionen überlassen werden, sondern die gesamte Gesellschaft müsse Verantwortung entwickeln. Die Konzentration auf die (wirtschaftlich) produktiven Lebensjahre von 25 bis 65 sei unverständlich und führe dazu, dass die Versorgung von Kindern und Älteren als etwas Besonderes gelte (Arzt_FFM_01:28:27). Eine positive Sanktionierung pflegender Angehöriger sei sinnvoll. Grundsätzlich sind auch barrierefreie Zugänge wesentlich für eine Partizipation an der Gesellschaft, auch wenn Anpassungsmaßnahmen in der Stadt mit hohen Kosten verbunden sind (SozialeArbeit_FFM_01:01:02). Einige der Befragten vermissen eine selbstverständliche Mitmenschlichkeit in der Gesellschaft. Ein Beispiel aus der Praxis erzählt ein gesetzlicher Betreuer von einer dementen alten Dame. Sie konnte regelmäßig einkaufen gehen, weil alle Verkäufer und auch ihre Nachbarn ihr bei der Orientierung geholfen haben (welche Einkäufe, welche Wege) (ges.Betreuung_BHS_00:07:28). Es brauche „viel Sozialarbeit“, um Menschen mit Demenz integrieren zu können: soziale Stadtteilarbeit, Gemeinwesenarbeit. Eine Betreuungskraft nennt ein positives Beispiel: eine gemischte Fußballmannschaft aus Kindern und Jugendlichen und an Demenz Erkrankten (00:27:28).

Eine Alternative für FeM im Zusammenhang mit Unruhe, unkontrollierter Mobilität und Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen ist **Bewegung**, z. B. in Form von Spaziergängen oder speziellen Demenzgärten, die Anregung und übersichtliche Rundwege bieten⁴ (Pflege_FFM_00:21:15, Pflege_BHS_00:33:21). Natürlich ist es auch eine Alternative zum Einschließen, wenn Angehörige in ihrer Abwesenheit eine andere Person organisieren, die bei dem Betroffenen bleibt (Pflege_FFM_00:03:07). Weitere Alternativen bestehen z. B. darin die Türe immer unverschlossen zu lassen, so dass eine demenziell erkrankte Person sich nicht selbst ausschließen kann (SozialeArbeit_BHS_00:50:07) oder die Polizei präventiv zu informieren und den Betroffenen eine Ausweiskopie sowie einen kleinen Geldbetrag mit zu geben (SozialeArbeit_FFM_00:56:33).

⁴ Zur Frage der Freiheitseinschränkung durch geschlossene Gärten s. Abschnitt 4 im Gesamtbericht und oben: 3.1 Was wird unter FeM verstanden?

3.6 Interventionen bei FeM

Die weitaus am häufigsten genannten Interventionen sind die Beratung und die Entlastung pflegender Angehöriger.

3.6.1 Beratung pflegender Angehörige

Beratung für pflegende Angehörige muss möglichst früh ansetzen (SozialeArbeit_BHS_00:14:57), leicht zugänglich, repressionsfrei und kostenneutral sein (Arzt_FFM_01:00:49) und unabhängig in Bezug auf Leistungsanbieter oder Kostenträger (SozialeArbeit_BHS_00:13:10). Alle Befragten halten eine individuelle Beratung ohne Schuldzuweisungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, beim Vorliegen von FeM für unverzichtbar. Es sei jedoch zentral, dass explizit auf die negativen Folgen von FeM hingewiesen wird (Pflege_BHS_00:15:21). Der Wissensstand zum Thema Demenz ist sehr unterschiedlich, so dass häufig telefonische Anfragen von Angehörigen rund um das Thema Demenz gestellt werden (SozialeArbeit_BHS_00:12:49). Durch eine professionelle Beratung kann ein tragfähiges ambulantes Pflegearrangement aufgebaut werden und eine Heimeinweisung verhindert werden. Angehörige ließen sich schnell vom Hausarzt oder den Nachbarn verunsichern, wenn sie hören: „Das geht zuhause nicht mehr!“ und neigen dann dazu FeM anzuwenden, um eine Heimeinweisung zu verhindern (s. oben). Diese Verunsicherung tritt vor allem ein, wenn sie wenig über die vielfältigen Möglichkeiten und Angebote der ambulanten Pflege und Betreuung wissen (Pflege_FFM_00:36:21). Auch im Rahmen der MDK-Begutachtungen wird nach Möglichkeit beraten oder auf die Beratung der Pflegekassen verwiesen. Dies sollte nach Ansicht des Experten verstärkt stattfinden (MDK_BHS_00:40:39), da häufig unklar sei, wie die niedrigschwelligen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen werden können (ebd., SozialeArbeit_BHS_00:19:00).

3.6.2 Entlastung von pflegenden Angehörigen

„Kapazität Mensch“ nennt ein Experte als zentrale Intervention (00:48:11). Damit beschreibt er, dass zum einen die Ressourcen der Angehörigen irgendwann erschöpft sind und zum anderen eine Entlastung durch andere Personen geschaffen werden kann. Dies können weitere Angehörige, Freunde, Nachbarn oder Zivildienstleistende (mittlerweile BFD) sein. Entlastung bringen auch ehrenamtliche Helfer, z. B. die sog. Pflegebegleiter. Sie unterstützen nicht in der Pflege, sondern sind Gesprächspartner für die pflegenden Angehörigen, hören zu und weisen auf Unterstützungs- und Beratungsangebote hin. Diese Pflegebegleiter fungieren als „Notadresse“. Das Wissen, dass jemand erreichbar ist, ist für die pflegenden Angehörigen entlastend (SozialeArbeit_BHS_00:10:10).

Es ist wichtig den Angehörigen konkrete Hilfen an die Hand zu geben, um sich strukturieren zu können. Jeweils mehrere Experten nennen die folgenden Angebote:

- angeleitete Selbsthilfegruppen: Zielgruppe sind die Angehörigen, welche sich mit anderen Angehörigen austauschen oder Freizeitaktivitäten unternehmen können, während die Betroffenen betreut werden
- Betreuungsgruppen im Umfang von ca. 3 bis 5 Stunden, während derer die Angehörigen Zeit für sich haben

- Tagespflege oder ambulante geriatrische Reha
- Nachtpflege, wenn der Tag-Nacht-Rhythmus gestört ist
- Unterstützung im Haushalt durch Nachbarschaftshilfe
- flexibel abrufbare, zeitlich begrenzte häusliche Betreuung, um Angehörigen in ihrem Alltag etwas Flexibilität und Freiheit zu verschaffen. Auch als „Betreuungspool“ und „Notdienst für Krankenhaus-Entlassungen“
- Umzug in eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, also Aufgabe der häuslichen Pflege

Unabhängig von diesen Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige wird von den Experten angemerkt, dass gerade im ländlichen Raum eine leistungsrechtliche Unterversorgung herrscht, die pflegende Angehörige eher noch zusätzlich belastet. Zum Beispiel können wichtige Therapien wegen langer Anfahrtswege nicht erbracht werden oder medizinische Betreuung ist aufgrund der fehlenden Kapazitäten der Ärzte zum Teil mangelhaft (SozialeArbeit_BHS_00:12:02).

3.6.3 24-Stunden-Betreuung

Zwei der befragten Ärzte sehen eine 24-Stunden-Betreuung durch – meist osteuropäische Helferinnen – als sehr gute Möglichkeit, die Anwendung von FeM zu vermeiden (Arzt_FFM_00:18:59, Arzt_BHS_00:30:38). Auch eine der befragten Pflegedienstleitungen ist dieser Ansicht (Pflege_FFM_00:32:38), denn das Angebot des ambulanten Dienstes ist kostenintensiv und deckt bei weitem nicht alle Tageszeiten ab. Das würden auch die Angehörigen so sehen. Ein Gutachter des MDK ist ebenfalls davon überzeugt, dass die 1:1-Betreuung eine optimale Prävention gegen FeM ist, gibt aber zu bedenken, dass die Helferinnen auch dominant auftreten können, in manchen Fällen tagelang alleine mit dem Betreuten wären und normalerweise keinerlei Kontrollen unterliegen (MDK_BHS_00:18:46).

3.6.4 Netzwerke aufbauen

Ein gesetzlicher Betreuer berichtet, dass durch eine gute Netzwerkarbeit auch schwierige Fälle zu Hause betreut werden können (vgl. oben, Beispiel Risperdal, 3.2.1 Sedierende Medikation). Die Herangehensweise und positiven Erfahrungen aus diesem Fall zeigten wie wichtig es sei, „die richtigen Leute ins Boot zu holen“, um problematische Versorgungs- oder Pflegearrangements zu klären (SozialeArbeit_BHS_00:07:28). Genau die gleiche Formulierung verwendet eine Pflegekraft:

*„(...) es muss geschaut werden, welches Netz um eine Person besteht! Es gibt Hausärzte, das Sozialamt und Angehörige. Die müssen dann alle mit ins Boot geholt werden.“
(00:23:56)*

Netzwerkbildung hat also weniger die Erhöhung der Betreuungsichte zum Ziel, sondern die Regelung von schwierigen Situationen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen – und das kann z. B. die Vermeidung von FeM sein.

3.6.5 Schulungen und Weiterbildungen

Aufklärung, Information, Schulung und Weiterbildung sollten auf drei Ebenen ansetzen: in der allgemeinen Bevölkerung, bei den pflegenden Angehörigen und bei professionellen Fachkräften.

Die Bevölkerung muss über Ursachen, Verhaltensauffälligkeiten und Defizite von älteren Menschen und Menschen mit Demenz aufgeklärt werden (SozialeArbeit_FFM_00:56:59). Schulungen für Angehörige sind in den Untersuchungsgebieten verbreitet, finden jetzt schon großen Zuspruch, allerdings erreiche man am ehesten die, die sowieso schon sehr reflektiert seien:

*„Während viele nicht registrieren, wenn solch eine Veranstaltung angeboten wird. Und falls sie es registrieren, sicherlich überzeugt sind, dass sie es nicht nötig haben.“
(Arzt_FFM:01:23:20)*

Die Experten befürworten Fortbildungen zum Thema FeM oder eine Implementation des Themas in bestehende Curricula der jeweiligen Profession (Pflege_FFM_00:18:20, vgl. Abschnitt 5.1.1 im Gesamtbericht). Gerade Pflegehilfskräfte hätten noch nie eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik erlebt (Pflege_FFM_00:18:32). Die Fortbildungen sollten theoretische Grundlagen vermitteln und anhand von Fällen aufgebaut sein (Pflege_FFM_00:22:00). Hinsichtlich der Rechtslage in Bezug auf häusliche FeM herrsche bei allen Beteiligten noch viel Unklarheit, so ein rechtlicher Betreuer (BHS_00:28:58). Eine Pflegekraft vermisst aussagekräftige Studien zum Thema, so dass sie gegenüber pflegenden Angehörigen gute Argumente zu den schädlichen Folgen von FeM vorbringen kann. Sie würde sich eine Hotline wünschen, an der sich Pflegekräfte fallspezifisch informieren können (BHS_00:40:44).

3.6.6 Technische Hilfen

Die befragten Experten sehen in technischen Hilfen Chancen, aber auch Risiken im alltäglichen Gebrauch. Ein gewisses Interesse für technische Hilfsmittel ist bei Angehörigen und Betroffenen vorhanden, es wird aber auch von Ablehnung berichtet. Der Beratungsbedarf in Bezug auf technische Unterstützung ist auf Seiten der Angehörigen wie auch der professionellen Kräfte hoch. Die Experten bemängeln, dass keine zentralen Ansprechpartner oder Kooperationen mit Anbietern (Handwerker, Sanitätsfachgeschäft etc.) in ihrem Handlungsfeld vorhanden sind bzw. dieser Bereich noch zu wenig ausgebaut ist.

Bereits angeschaffte technische Hilfen werden häufig von den Klienten nur bedingt angenommen, z.B. Notrufgeräte oder Hüftprotektorrhosen (Arzt_FFM_00:32:46). Angehörige scheuen die Kosten für Anschaffung oder Unterhalt von technischen Geräten (SozialeArbeit_FFM_00:36:39).

In mehreren Aussagen der Experten wird deutlich, dass technische Hilfsmittel kein Ersatz für personelle Ressourcen sein können, sondern nur eine Unterstützung. Technische Hilfen müssen sozial eingebettet werden und sollten nicht als Absicherung angesehen werden (Arzt_FFM_00:33:18, Pflege_BHS_01:11:40). Auf jedes Signal z. B. eines GPS oder einer Sensor-matte müsse wieder menschliche Hilfe und Begleitung folgen (Arzt_BHS_00:30:45:09).

Auf die Frage, welche technischen Hilfen oder Geräte, unabhängig von evtl. Entwicklungs- oder Anschaffungskosten, für die Zukunft zur Verringerung von FeM wünschenswert wären, haben die Experten keine Antwort. Lediglich sensorgesteuerte PKW, die ihre Geschwindigkeit bei der Annäherung an ein Hindernis (= Fußgänger) automatisch reduzieren, werden genannt.

Folgende technischen Hilfen und Geräte werden von den befragten Experten genannt:

- Ortungssysteme oder GPS-Geräte werden von den Experten unterschiedlich beurteilt: Als Erweiterung des Freiraumes oder als Einschränkung. Der Vergleich zu einer „Fußfessel“ wird gezogen (SozialeArbeit_BHS_00:50:58) und die totale Überwachung, die eine GPS-

Ortung mit sich bringt, kritisiert (Pflege_FFM_00:26:02). Selbstgefährdung, z. B. durch Erfrieren oder Stürze, wird durch GPS-Ortung nicht sicher verhindert (Arzt_FFM_00:28:16). Ältere Menschen reagierten aber durchaus aufgeschlossen. Im Einzelfall könne die Ortung ein Mittel zur Gefahrenabwehr darstellen (Arzt_FFM_00:53:13). Mehrere der befragten Experten beklagen die unklare Rechtslage (vgl. auch Abschnitt 4.1 Rechtliche Begutachtung in d. Bericht). (6 Nennungen)

- Niederflurbetten oder Matratzen vor dem Bett als Alternative für das Bettgitter verhindern Verletzungen durch Stürze aus großer Höhe. Allerdings wirken sie auch freiheitsentziehend, wenn die Betroffenen sich aus eigener Kraft nicht mehr vom bodennahen Bett erheben können. (5 Experten aus allen Professionen)
- Klingel- oder Sensormatten senden ein Signal, wenn der Betroffene seinen persönlich geschützten Raum verlässt. Dies wird in der Praxis vor Betten oder bei Haustüren angewendet. Angehörige können dann reagieren, ohne den Betroffenen unter „Dauerbeobachtung“ stellen zu müssen. Dies wirkt entlastend auf Angehörige. Sensormatten können auch als FeM dienen, wenn sie dazu dienen, jemanden an einem bestimmten Ort festzuhalten. (4 Nennungen)
- Herdsicherung in verschiedenen Varianten: Ausschaltung bei einer bestimmten Temperatur, Ausschaltung nach voreingestelltem Zeitfenster, Ausschaltung bei Verlassen des Herds oder des Raums (mit Bewegungsmelder) (3 Nennungen)
- Hausnotruf (3 Nennungen)
- Sturzprotektorhosen können Folgen eines Sturzes minimieren. Hier liegen positive Erfahrungen vor (3 Nennungen)
- Umbau zu altersgerechten, barrierefreien Wohnungen, Beratung zur Wohnraumanpassung (2 Nennungen)
- Geteilte Bettgitter (1 Nennung)

3.6.7 Nutzungsbarrieren und Zugangsprobleme

Die befragten Experten nennen unterschiedliche Barrieren, welche einen offenen Umgang mit der Erkrankung verhindern und die Nutzung individuell abgestimmter Hilfeangebote verhindern. Wie oben schon aufgezeigt, ist das Thema Demenz in vielen Familien noch mit einer großen Scham behaftet. Selbst innerhalb der Familien werde nicht über die Krankheit gesprochen, sie werde unter „seelischem Verschluss“ gehalten (SozialeArbeit_FFM_00:43:01). Ein anderer Experte berichtet, dass Eltern aus Scham eher einen ehrenamtlichen Betreuer einsetzen, als die eigenen Kinder zu informieren (SozialeArbeit_BHS_00:33:47). Die fehlende Krankheitseinsicht hat zur Folge, dass eher FeM eingesetzt werden, als Hilfen organisiert:

„Da wo das Bild erhalten werden soll, wird man längerfristig solche Maßnahmen [FeM] probieren.“ (SozialeArbeit_BHS_00:32:05)

Aber nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch nach außen, im Dorf oder Stadtteil soll die Erkrankung nicht sichtbar werden. Deshalb werde nicht aktiv nach ambulanten Hilfen und Angeboten gesucht (SozialeArbeit_BHS_00:29:32). In einem Fall wurde ein Betroffener mit Hilfe von 24-

Stunden-Kräften aus Osteuropa im Haus festgehalten, so dass die Öffentlichkeit nicht von seiner Erkrankung erfahren konnte (SozialeArbeit_FFM_99:42:20).

Ein weiteres Zugangsproblem sehen einige Experten darin, dass es für manche Angehörige schwierig ist „Fremde“ in die eigene Privatsphäre zu lassen. „Fremde“ steht hier für professionelle Hilfe (Pflege_BHS_00:39:18). Außerdem werde „Hilfe von außen“ häufig als Zeichen der eigenen Unfähigkeit oder Unzulänglichkeit gedeutet:

“(...) die Vorarbeit läuft über Wochen und Monate, bis die Angehörigen in die Gruppe kommen.”Zunächst muss von den Angehörigen die Erlaubnis gegeben werden, dass angerufen werden darf. In allen Telefonaten muss immer betont werden, dass es um das Wohlergehen der pflegenden Angehörigen geht, nicht um das des Erkrankten. Dann funktioniert es. (SozialeArbeit_FFM_00:25:40)

„Angehörigen fällt es schwer, den Erkrankten ‚wegzugeben‘“ (Pflege_BHS_00:38:13)

„Pflegende Angehörige sind da manchmal schwierig mit der Annahme der Hilfe von außen.“ (SozialeArbeit_BHS_00:16:57)

Die Angehörigen versuchen in der Folge so lange wie möglich die Pflege des Betroffenen selbst zu leisten und aufrecht zu erhalten. Dies kann Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen haben.

Auch die Kosten der Angebote spielen eine Rolle. Zum Teil fällt es schwer, die entsprechenden finanziellen Mittel aufzubringen, zum Teil sind sie zwar vorhanden, aber man möchte sie nicht für Pflege und Betreuung einsetzen (Pflege_BHS_00:40:27).

Einige Experten sehen Barrieren darin, dass das Hilfenetz nicht den Bedürfnissen entsprechend ist. Für Angehörige ist es, gerade in Frankfurt, mühsam sich über die unterschiedlichen Angebote zu informieren. Ein hohes Maß an Eigeninitiative ist dafür erforderlich (Arzt_FFM_01:11:55). Bei anderen Angeboten ist es eher die Nutzung, die vor Probleme stellt, z. B. gilt für niederschwellige Leistungen nach § 45b SGB XI, dass Angehörige „gar nicht wissen, was sie damit anfangen können“ (SozialeArbeit_BHS_00:19:00). Nach entsprechender Beratung werde aber doch ein Antrag gestellt. Manchmal helfe auch etwas fachlicher Druck:

„Es ist ja oft eine Hemmung da bei Angehörigen [Hilfen anzunehmen], da kann ich schon mal mit ein bisschen fachlichem Nachdruck sagen: Das ist gut, das setzen wir jetzt um! Und dann mache ich einen Termin bei der Tagespflege.“ (SozialeArbeit_BHS_00:34:40)

Eine weitere Barriere, insbesondere im urbanen Raum, ist die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Kulturen und Sprachen, z. B. hinsichtlich nachbarschaftlicher Unterstützung (Arzt_FFM_00:36:32).

Mehrere Experten betonen, dass es von zentraler Wichtigkeit sei, den pflegenden Angehörigen keine Vorwürfe zu machen, sondern ihnen Unterstützung anzubieten. Dies bezieht sich auch auf die Anwendung von FeM, auf die nicht mit Schuldzuweisungen oder Kontrollen und Überprüfungen reagiert werden dürfe: *„Wenn Sie irgendwas von außen anregen, dann verlieren Sie die Angehörigen.“ (SozialeArbeit_BHS_01:16:21)*

3.7 Rechtliche Fragen

Die Antworten der Experten machen deutlich, dass das Wissen um die Notwendigkeit der Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) durch einen rechtlichen Betreuer und der richterlichen Bestätigung dieser Genehmigung weit verbreitet ist. Besonders in Frankfurt herrsche ein hoher Problematisierungsgrad zu diesem Thema (SozialeArbeit_FFM_00:23:45). Dennoch seien FeM in der Häuslichkeit eine „juristische Grauzone“ (Pflege_BHS_00:48:54). Es herrschen Unklarheiten, ab wann und von wem eine Genehmigung notwendig ist, z. B. wenn der Betroffene selbst den Wunsch äußert, z. B. die Türe abzuschließen oder wenn es durch die Angehörige geschieht. Die meisten der Experten sind sich aber im Klaren darüber, dass professionelle Helfer aus der Pflege oder Sozialen Arbeit keine FEM in der Häuslichkeit ohne Genehmigung anwenden dürfen.

FeM ohne betreuungsrechtliche Genehmigung und richterlichen Beschluss kommen dennoch in der Praxis häufig vor. Die Angehörigen entscheiden, meist ohne zu wissen, dass ein richterlicher Beschluss notwendig wäre (Pflege_BHS_00:09:56). Mehrere der Experten haben in ihrem Alltag festgestellt, dass bei den Angehörigen wenig Wissen und Verständnis für den Ablauf des Betreuungsverfahrens herrschen.

„Der Durchschnittsmensch hat kein Verständnis dafür, warum diese Formalitäten wie Betreuungsverfahren nötig sind.“ (Arzt_FFM_00:21:36)

Haftungsfragen spielen für Helfer aller Professionen eine große Rolle (SozialeArbeit_FFM_00:52:59), vor allem für rechtliche Betreuer. Haftungsängste fördern übertriebene Sicherheitsansprüche und damit FeM. Hier könnten rationale Überlegungen und Informationen helfen (SozialeArbeit_FFM_01:02:47).

Vorsorgevollmachten, so einer der Experten, werden zukünftig eher im „oberen Bereich der Gesellschaft“ verbreitet sein, gesetzliche Betreuungen dagegen im „unteren Bereich“. Angehörige wissen meist wenig über die Unterschiede zwischen Vorsorgevollmacht, Testament und Patientenverfügung (SozialeArbeit_00:19:51).

4 Fazit und Diskussion

Das Forschungsprojekt „ReduFix ambulant“ hatte zum Ziel, gesicherte Erkenntnisse über Verbreitung, Erscheinungsformen und Begründungen des Einsatzes von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FeM) im häuslichen Bereich zu generieren. Studien zu dieser Thematik sind bisher äußerst selten (vgl. Abschnitt 3.1.1 im Gesamtbericht), weshalb zunächst explorative Experteninterviews im Feld durchgeführt wurden. Der Leitfaden folgte einer heuristischen Struktur: Was geschieht (Formen von FeM)? Wie oft, wie häufig geschieht es? Was ist bekannt, was unbekannt? Warum geschieht es? Wie wird es beurteilt? Was sind Alternativen?

Die Erfahrungen der Experten mit ihren unterschiedlichen professionellen Zugängen zum Feld und zu FeM wurden exemplarisch rekonstruiert. Daneben rückten auch das implizite Handlungs- und Deutungswissen der Experten, also ihre Haltung zu FeM und die Bedingungen ihres professionellen Handelns in den Blick. Es wurden 16 Interviews im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und in Frankfurt mit Fachkräften aus der Sozialen Arbeit, der Pflege, mit niedergelassenen Ärzten, gesetzlichen Betreuern und mit Richtern geführt. Die Experteninterviews wurden aufgezeichnet, sinngemäß transkribiert und durch die Vergabe von zusammenfassenden Überschriften vergleichend ausgewertet.

Die Befragten haben überwiegend einen **weiten Begriff von FeM**, der auch subtile Formen umfasst. Sie reflektieren Grenzbereiche und Grauzonen der Thematik, wie beispielsweise das Verstecken von Haus- oder Wohnungstüren, das Vorenthalten von Speisen, Getränken oder Unterstützung bei der Mobilität und die Frage, ob eine von den Betroffenen selbst gewünschte FeM nicht eher auf den Wunsch der Pflegenden zurückgeht.

Die Experten verweisen auf **Formen** wie Medikamente, Bettgitter, abgeschlossene Türen und körpernahe Fixierungen im Bett oder am Stuhl, letztere eher selten mit speziellen Hilfsmitteln, sondern durch Küchenschürzen o.ä.. Bei der Sedierung durch Medikamente betonen die Befragten, dass diese „Teil des Problems und Teil der Lösung“ seien. Unterschiede zwischen altersbedingter Müdigkeit, indikationsgerechter Medikation und Sedierung im Sinne einer FeM seien schwer zu unterscheiden. Angehörige experimentieren zu Beginn einer Verordnung, aber auch dauerhaft, mit der Dosis. Für rechtliche Betreuer stellt sich die Frage des mutmaßlichen Willens der Betreuten, die vermutlich einerseits ihre Bewegungsfreiheit schätzen, aber andererseits krankheitsbedingte Ängste und Unruhe nicht erleiden wollen. Bettgitter und abgeschlossene Türen werden als häufige, und selbstverständlich in die Alltagspraxis eingelassene, FeM beschrieben. Die Betroffenen sind üblicherweise alleine, wenn diese FeM angewandt werden. Extreme Formen von FeM sind sehr selten, aber mit vergleichsweise hohen Risiken verbunden.

Die **Häufigkeit (Prävalenz) von FeM** wird von den befragten Experten sehr unterschiedlich eingeschätzt. Ihre Wahrnehmungen reichen von „FeM sind kaum vorhanden“ bis „FeM werden in der Häuslichkeit häufig angewendet“. Am häufigsten seien sedierende Medikamente, Bettgitter und abgeschlossene Türen. Die meisten der Experten haben schon negative **Folgen** von FeM erlebt, z. B. Stürze über ein Bettgitter, Mobilitätsverlust, gesteigerte Unruhe der Betroffenen. Negative Folgen der Nicht-Anwendung von FeM sind seltener und konzentrieren sich auf die Gefahren des Verlaufs. Die Gruppe der **Betroffenen** ist gekennzeichnet durch Unruhe, Selbstgefährdung, kognitive Beeinträchtigungen, aggressives Verhalten, schwer kontrollierbare Mobilität und De-

menz. **Anwender** von FeM sind den Experten zufolge eher ältere pflegende Angehörige, Männer wenden eher FeM als Frauen an – dies sind aber keine systematischen Beobachtungen. Bezüglich der Schichtzugehörigkeit oder Stadt-Land-Unterschieden werden keine einheitlichen Aussagen getroffen.

Zentrale **Kontext- und Risikofaktoren** der Anwendung von FeM sind

- die Überlastung der pflegenden Angehörigen
- das Motiv der Sorge um den Betroffenen und seines Schutzes
- eine besonders enge (Pflege-)Beziehung, die den Pflegenden keinen Raum für sich selbst lässt
- mangelndes Wissen im Umgang mit demenziell Erkrankten
- der Wunsch, eine Heimunterbringung zu vermeiden
- Kontexte von häuslicher Gewalt
- sozialer Druck von Nachbarn und anderen Angehörigen und
- zu wenig Zeit in der Betreuung.

Einige dieser Kontextfaktoren spiegeln gesellschaftlich anerkannte Verhaltensweisen, so dass sie als Legitimationsressource für FeM herangezogen werden können, insbesondere das Motiv des Schutzes.

Die Bandbreite von **Haltungen zu FeM** ist bei pflegenden Angehörigen groß und reicht von bewusster Ablehnung bis zu selbstverständlicher Anwendung. Die rechtliche Bewertung von FeM in der häuslichen Pflege ist den Angehörigen weitgehend unbekannt. Das Bewusstsein hinsichtlich FeM hat unter professionellen Kräften in den letzten Jahren zugenommen, ihre Legitimität wird unterschiedlich beurteilt. Immer aber befinden sich professionelle Kräfte in ambivalenten Situationen, in denen sie zwischen den unterschiedlichen Interessen von Betroffenen, pflegenden Angehörigen und anderen Fachkräften vermitteln und die je eigene Fachlichkeit entwickeln müssen. Dabei fördern die Handlungsbedingungen, also die Ressourcen und das Schnittstellen-Management in der Versorgung älterer Menschen keineswegs eine Reduzierung von FeM. Die breite gesellschaftliche Öffentlichkeit hält die FeM für durchaus legitim, um Betroffene vor Eigen- und Fremdgefährdung zu schützen.

Unter den **Alternativen und Interventionen** zu FeM kommt der Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger die höchste Relevanz zu. Auch Schulungen für pflegende Angehöriger und für professionelle Kräfte werden als sehr wichtig eingeschätzt. Hinsichtlich technischer Hilfen geben sich die Experten eher zurückhaltend und betonen die Wichtigkeit der sozialen Einbettung technischer Hilfen. Die Nutzung bestehender Hilfsangebote scheitert häufig daran, dass Familien und Betroffene die demenzielle Erkrankung leugnen bzw. sich schämen. Helfer werden als Fremde in der Privatsphäre empfunden und man scheut auch die Kosten der Angebote.

Die vorliegenden Ergebnisse haben explorativen Charakter und geben erste, erfahrungsgeleitete Einschätzungen zur Prävalenz und zu empirisch beobachtbaren Formen von FeM in der Häuslichkeit. Sie liefern außerdem Einblicke in bisher wenig bekannte Handlungspraxen, Motive und Legitimationsstrategien. Es wird vor allem deutlich, dass der Einsatz von FeM in der häuslichen Pflege Teil eines komplexen Bedingungsgefüges ist, das weit über die individuellen biographischen Hintergründe, Motive und Handlungsziele der direkt handelnden Personen (Angehörige, professionell Pflegende) hinausweist. So spielen Ressourcen und Schnittstellen in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung ebenso eine Rolle wie die Qualität der sozialen Akteurs-Netzwerke in

Pflege- und Betreuungsarrangements. Gesellschaftlich und kulturell verankerte Wertvorstellungen über das Leben im Alter und mit Pflegebedarf fördern und legitimieren die Anwendung von FeM eher, als dass sie sie verhindern würden – obwohl hier in den letzten Jahren ein Wandel zu beobachten ist.

5 Literatur

Meuser, M. / Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht - Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: 71 - 94.

Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung (2. Auflage, S.33-70). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Littig, Beate (2008). Interviews mit Eliten – Interviews mit ExpertInnen: Gibt es Unterschiede? [37 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 9(3), Art. 16, <http://nbn-resolving.de>