Fachhochschule Frankfurt am Main
University of Applied Sciences

EVANGELISCHE HOCHSCHULE FREIBURG

AGP

Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben

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

Förderkennzeichen 17S14B09

SILQUA

Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter

SILQUA Fachhochschulen forschen
Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Förderkennzeichen: 17S14B09

Fördernde Institution:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

53170 Bonn

Durchführende Institutionen:

Evangelische Hochschule Freiburg
AGP Sozialforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
info@agp-freiburg.de
+49 (0) 761/47812-696

Fachhochschule Frankfurt
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt

Autoren

Klie, Thomas
Bredthauer, Doris
Becker, Kerstin
Behrend, Sabine
Borgloh, Barbara
Göhner, Anne
Gratzkowski, Sandra
Karner, Susanne
Noack, Carolyn
Pankratz, Norman
Pfleghaar, Lisa
Schuhmacher, Birgit
Walther, Lisa

Schlagworte

Freiheiteinschränkende Maßnahmen, freiheitsentziehende Maßnahmen, Häuslichkeit, häusliche Pflege, Angehörige, Sicherheit, Pflege, ambulant

Stand: Februar 2013

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Der Abschlussbericht ReduFix ambulant und der Anhang stehen unter www.agp-freiburg.de zum Download zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung 9

2 Einleitung 10

2.1 Aufgabenstellung 10

2.2 Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt 11

werden sollte 11

2.3 Planung und Ablauf des Vorhabens 11

2.4 Wissenschaftlicher und technischer Stand 12

2.5 Zusammenarbeit mit anderen Stellen 13

3 Empirische Daten zu FeM in der häuslichen Pflege und Betreuung von alten Menschen 13

3.1 Literatur- und Datenbankrecherchen 13

3.1.1 Prävalenz von FeM 13

3.1.2 Begründungen für und Risikofaktoren von FeM 14

3.2 Empirische Daten aus dem Projekt ReduFix ambulant 15

3.2.1 FeM aus Sicht der Experten im Feld 15

3.2.2 Befragung von Anrufenden am Beratungstelefon der Dt. Alzheimer Gesellschaft 17

3.2.2.1 Sample und Methodik 17

3.2.2.2 Ergebnisse 18

3.2.3 Befragung von Pflegefachkräften, BetreuerInnen und Beraterinnen in der 20

Altenhilfe 20

3.2.3.1 Design, Durchführung und Datenbasis der postalischen Befragung 20

3.2.3.2 Ergebnisse der Befragung 20

3.2.4 Gruppendiskussion zu einigen Ergebnissen der standardisierten Befragung 26

3.2.5 Fallstudien zu FeM in sieben Haushalten 28

4 Freiheitseinschränkende und –entziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege aus juristischer Sicht 28

5 Erprobung von Interventionen bei FeM in der häuslichen Pflege und Betreuung von alten Menschen 30

5.1 Literatur- und Datenbankrecherchen 30
5.1.1 FEM und FeM in Gesetzen, Lehrplänen und Lehrbüchern 30
5.1.1.1 Methodische Vorgehensweise 30
5.1.1.2 Analyse der Gesetze und Lehrpläne 31
5.1.1.3 Analyse von Lehr- und Arbeitsbüchern für Pflegeberufe 32
5.1.2 Standards, Leitlinien und Richtlinien 33
5.1.3 Transferzeitschriften aus Medizin und Pflege 34
5.1.4 Internetrecherche zu Interventionsprojekten 35
5.1.5 Pflegespezifische und Case Management-basierte Interventionen 37
5.1.5.1 Ergebnisse 37
5.1.5.2 Diskussion 40
5.1.6 FeM Ethisch-reflektierter Technikeinsatz bei Menschen mit Demenz zur Vermeidung von 40
5.1.6.1 Einleitung 40
5.1.6.2 Systematische Literaturrecherche 41
5.1.6.3 Fallstudie 42
5.1.6.4 Fazit 44
5.2 Interventionen im Projekt ReduFix ambulant 46
5.2.1 Case Management basierte Interventionen 47
5.2.2 Schulungen für Pflegekräfte, Beratungskräfte und pflegende Angehörige 48
5.2.3 Veranstaltungen und öffentlichkeitswirksame Aktionen 50

6 Qualifikationsarbeiten im Projekt ReduFix ambulant 58

6.1 Bachelor-Thesen am Standort Freiburg 58
6.1.1 Lebensweltorientierung im Alter. Eine Annäherung an die Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter 58
6.1.2 Zwischen Fürsorge und Gewalt – Ältere Angehörige mit Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung. Ein Thema für die Soziale Arbeit? 60
6.1.3 Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum 63
6.2 Master- und Bachelor- Thesen am Standort Frankfurt 64
6.2.1 Expertenbefragung zum Einsatz von Technik bei Personen mit Demenz 64
6.2.1.1 Zielsetzung und methodische Vorgehensweise 64
6.2.1.2 Ergebnisse 65
6.2.1.3 Fazit 66
6.2.2 Reduzierung von FeM im häuslichen Umfeld 66
6.2.3 Familiengesundheitspflege bei älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf 67
6.2.4 Wohnraumanpassung bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen 68

7 Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse 69
7.1 Wesentliche Ergebnisse 69
7.2 Nutzen 70
7.2.1 Örtliche Ebene 71
7.2.2 Landespolitische Ebene 71
7.2.3 Bundesebene 72
7.2.4 Wirtschaft 73
7.3 Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens 73
8 Veröffentlichungen 73
9 Literaturverzeichnis 75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Begründungen/Risikofaktoren für FeM nach Profession 23
Tabelle 2: Begründungen für FeM (Pflege) 24
Tabelle 3: Hilfreiche Interventionen (Professionenvergleich) 24
Tabelle 4: Hilfreiche Interventionen (Pflege) 25
Tabelle 5: Übersicht über die recherchierten, relevanten Studien 37

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Meilensteinplanung November 2010 12
Abb.2: Formen von FeM (Professionsvergleich) 21
Abb.3: Formen von FeM (Pflege) 22
Abb. 4: Funktionen von Technik für Teilhabe 44
Abb. 5: Ethisch reflektierter Technikeinsatz 46
Abb. 6: Schulungsmodule 49

1 Zusammenfassung

Das Projekt ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität für ältere Menschen mit Pflegebedarf in privaten Haushalten wurde von 2009 bis 2012 von der Evangelischen Hochschule Freiburg und der Fachhochschule Frankfurt unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie (Freiburg) und Prof. Dr. Doris Bredthauer (Frankfurt) durchgeführt. Ziel des Projekts war es, das Phänomen der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege zu erforschen und effektive Interventionen zu entwickeln.

Das Thema freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit ist ein in der nationalen und internationalen Diskussion bisher vernachlässigtes Thema. Das Projekt ReduFix ambulant hat einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, die Forschungslage einerseits, aber auch die Sensibilität für das Thema in der Fachöffentlichkeit andererseits zu verbessern. Es ist die erste wissenschaftliche Studie, die sich systematisch und interdisziplinär mit dem Themenfeld auseinandergesetzt hat.

Systematische Literatur- und Datenbankrecherchen sowie eine standardisierte Erhebung unter Fachkräften aus Pflege und sozialer Arbeit ergaben für FeM in der Häuslichkeit eine Prävalenz von ca. 6-9% Betroffenen von allen Pflegebedürftigen. Es werden vorrangig sedierende Medikamente gegeben und Bettgitter hochgezogen oder Personen im Haus oder in der Wohnung eingeschlossen. Betroffen sind in erster Linie kognitiv beeinträchtige Menschen und Menschen mit unruhigem Verhalten oder einer schwer kontrollierbaren Mobilität. Hier zeigte sich, dass es sich dabei nicht um Randerscheinungen handelt, sondern um auch qualitativ bedeutsame Phänomene, die auf allen Ebenen fachlichen, aber auch fachpolitischen Handlungsbedarf erkennen lassen. Dies gilt für die Qualifikation der mit den entsprechenden Fragen konfrontierten Professionellen, das gilt für die Information der breiten Öffentlichkeit, aber auch für die systematische Befassung relevanter Stellen (Betreuungsbehörden, Pflegedienste, MDK, Betreuungsgerichte, örtliche Sozialhilfeträger) mit dem Thema. Es gehört zu den wesentlichen Ergebnissen des Projektes, dass das Thema zwar von den verantwortlichen Akteuren als latent Relevantes wahrgenommen, jedoch nicht systematisch aufgegriffen wird.

Die Erkenntnisse über die multiplen Hintergründe und Kontexte (Überlastung, ein Defizit an geeigneten Betreuungs- und Versorgungskonzepten und -angeboten, Kosten zusätzlicher Betreuung und technischer Hilfsmittel, fehlendes Wissen über Rechtslage und Hilfemöglichkeiten, psychodynamische Hintergründe etc.) sind wesentlich sowohl für das Verständnis von FeM in der Häuslichkeit als auch für die Entwicklung von Interventionen und Maßnahmen, die der Abstellung oder Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen dienen.

Die Ergebnisse aus der Befragung der professionellen Akteure aus beiden Regionen zu bedeutungsvollen und wirksamen Interventionen ordnen der Beratung eine besonders hervorgehobene Rolle zu. Entlastende Hilfen, aber auch technische Hilfsmittel werden als potentiell bedeutsame Maßnahmen eingeschätzt. In den Fallstudien wurde deutlich, dass der Aufbau vertrauensvoller Beziehung in die jeweiligen Haushalte im Vordergrund steht, wenn sie auf dem Weg zum Verzicht auf freiheitseinschränkende Maßnahmen begleitet werden sollen. Dabei kommt dem Arbeitsansatz und Organisationsprinzip Case Management für die Arbeit der Beratungskräfte eine qualifizierende Wirkung zu. Es zeigte sich, ohne dass die Ergebnisse insofern generalisierungsfähig sind, dass erst eine umfassendere, auch und gerade pflegerische Aspekte einbeziehende Begleitung und Beratung der betreffenden Haushalte einen längerfristigen Zugang und eine im Sinne des Forschungsprojektes produktive Behandlung des Themas freiheitseinschränkende Maßnahmen möglich machte. Eine alleinige Fokussierung des Themas Freiheitseinschränkung erscheint als nicht zielfüh-

rend. Das Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit ist überdies, auch das lässt sich als Ergebnis kondensieren, eingebunden in eine regionale Kultur der Pflege und Unterstützung. Werden doch zentral Rollenbilder pflegebedürftiger Menschen als auch die Bedeutung von Freiheitsrechten für die Bildung eben dieser Rollenbilder berührt. Von dem breiten Spektrum technischer Unterstützungsmöglichkeiten, die im Rahmen des Projektes in den Blick genommen wurden, erwiesen sich in der praktischen Anwendung einige als durchaus hilfreich und sowohl Sicherheit stiftend, als auch Lebensqualität erhöhend. Dazu gehörten neben GPS Systemen auch Signalsysteme im eigenen Haushalt. Sowohl unter juristischen als auch unter compliance-Gesichtspunkten führt der Technikeinsatz einzelfallbezogen zu Erfolgen, jeweils eingebunden in einen, im Rahmen der Case Management basierten Unterstützung, erarbeiteten umfassenden Hilfe- respektive Versorgungsplan, der sorgfältig ethische und rechtliche Gesichtspunkte (z.B. Überwachung) berücksichtigt.

Zu den wesentlichen Ergebnissen der Studie ReduFix ambulant gehört, dass der Umgang mit den mit freiheitseinschränkenden und -entziehenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit verbundenen Rechtsfragen ausgesprochen defensiv und uneinheitlich erfolgt und gerade hier Unsicherheit und Unwissenheit der meisten Beteiligter besteht. Auch ist eine uneinheitliche Rechtspraxis der Betreuungsgerichte zu beobachten. Das Thema freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen in der Häuslichkeit ist nicht nur in der wissenschaftlichen Literatur und in der pflegepolitischen Diskussion bislang weitgehend ausgeklammert worden. Der Befund gilt auch für die rechtswissenschaftliche und rechtspolitische Befassung mit dem Thema und dies sowohl national wie international.

2 Einleitung

Der hier vorgelegte Bericht besteht aus Kurzfassungen von Arbeitspapieren und Publikationen, die während der Projektlaufzeit erstellt wurden. Er bietet einen umfassenden, gleichwohl konzentrierten Überblick. Die wissenschaftlichen Belege und empirischen Details der Studie müssen den Papieren im Anhang entnommen werden.

2.1 Aufgabenstellung

Das Forschungsprojekt „ReduFix ambulant - Sicherheit und Lebensqualität von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, sowohl das Ausmaß von freiheitseinschränkenden und -entziehenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege als auch ihre Hintergründe zu untersuchen. Die Studie lässt sich insofern als Dunkelfeldanalyse einer bislang vernachlässigten Wirklichkeit in dem immer bedeutsamer werdenden Umfeld der häuslichen Pflege, insbesondere von Menschen mit Demenz, bezeichnen. Die Studie war als Interventionsstudie angelegt. Case Management basierte Beratung, Begleitung und Unterstützung durch ausgebildete und im Projekt angestellte Case Manager für Haushalte, in denen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Pflege gegriffen wurde, gehörten ebenso zu den Maßnahmen, wie ein ethisch reflektierter Technikeinsatz, mit dem das Ausmaß freiheitseinschränkender und -entziehender Maßnahmen abgesenkt und den mit dem Einsatz verbundenen Problemen begegnet werden sollte. Außerdem wurde auf der Ebene der Versorgungsinstitutionen und Fachkräfte mit Schulungen interveniert und die breite gesellschaftliche Öffentlichkeit durch Veranstaltungen und Medienarbeit für das Thema sensibilisiert.

Zu Beginn der Projektarbeit und weil Vorarbeiten zur hier beschriebenen Aufgabenstellung national und international fehlten, wurde das Begriffsfeld reflektiert und auf den häuslichen Kontext hin fokussiert (vgl. Arbeitsdefinition im Anhang). „Bewegungseinschränkende Maßnahmen" (BEM), eine Bezeichnung, die in der Antragstellung noch benutzt wurde, wurde als rechtlich offener und inhaltlich unscharfer Begriff verworfen. Von „Freiheitentziehenden Maßnahmen" (FEM) kann dann gesprochen werden, wenn von einem gerichtlichen Überprüfungsanspruch ausgegangen werden muss, was in Einrichtungen regelmäßig der Fall ist, in der Häuslichkeit jedoch nicht unbedingt (vgl. Abschnitt 4 i. d. Bericht). „Freiheitseinschränkende Maßnahmen" (FeM) wird dann als Begriff benutzt, wenn von diesem Anspruch nicht ausgegangen werden kann, z.B. weil Angehörige eine Maßnahme ergreifen, ohne dass ein professionelle Pflegedienst involviert wäre. Das bedeutet aber auch, dass dieselbe Maßnahme in unterschiedlichen Anwendungskontexten eine freiheitseinschränkende oder -entziehende Maßnahme sein kann.

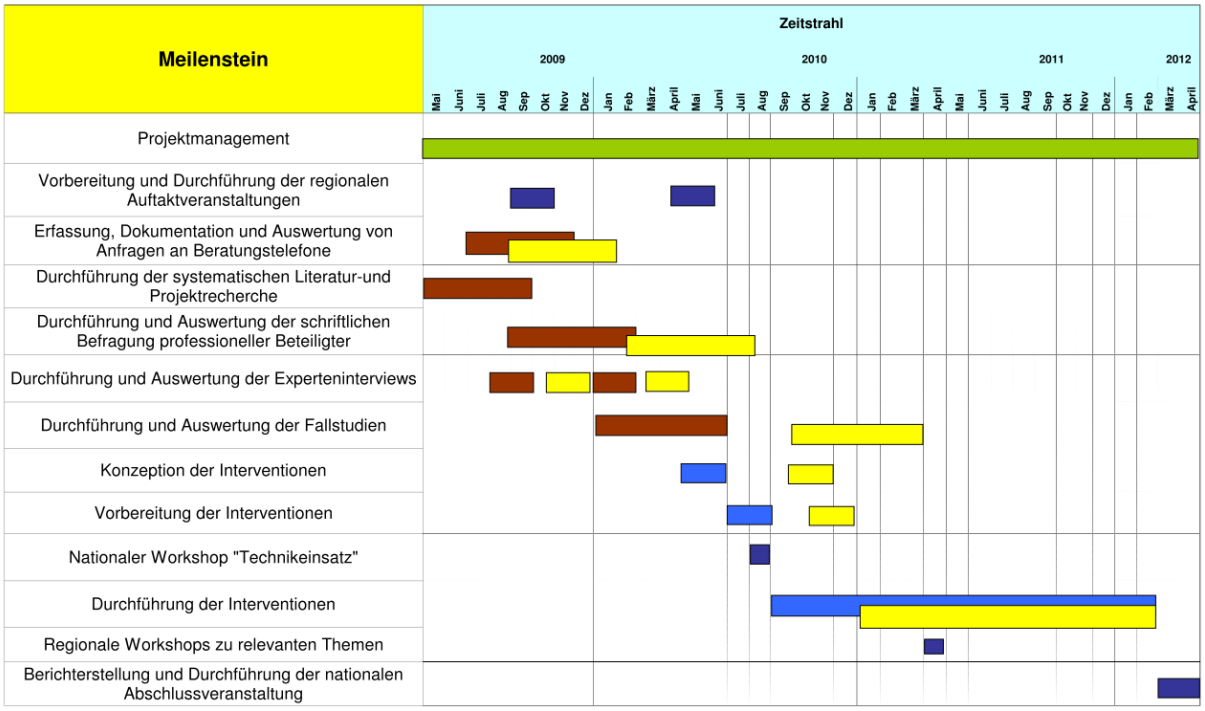
2.2 Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt werden sollte

Die Studie wurde an zwei Standorten, in der typisch urbanen Großstadt Frankfurt am Main und in dem ländlich geprägten Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald durchgeführt. Auf diese Weise konnten unterschiedliche Siedlungsräume kontrastierend in die Studie einbezogen werden. Die Studie basierte auf der engen Zusammenarbeit mit regionalen Partnern, die in unterschiedlicher Weise für die Fragen der Unterstützung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit Verantwortung trugen, als kommunale Gebietskörperschaften respektive Anbieter sozialer Dienstleistungen. Mit ihrer Hilfe sollten die Probanden gewonnen werden, die für die Maßnahmen zur Verfügung standen und von ihnen profitierten. Ein Vertrauen stiftendes Kooperationsnetzwerk war Voraussetzung für diese Studie, die in ein Dunkelfeld hineinleuchtete und in hohem Maße private Umstände zum Gegenstand der Forschung machte.

2.3 Planung und Ablauf des Vorhabens

In dem Kooperationsprojekt zweier Hochschulen und zweier Regionen galt es mit jeweiligen fachlichen Schwerpunktsetzungen (Case Management, Rechtsfragen, Qualifikationsmaßnahmen: Freiburg; medizinische Fragen, Technik, pflegewissenschaftliche Aspekte: Frankfurt) verschiedene Projektschwerpunkte engmaschig zu koordinieren. Die Koordination der Forschung zum Ausmaß freiheitseinschränkender Maßnahmen und zu ihren Hintergründen sowie die Interventionen in den Haushalten, in denen freiheitseinschränkende Maßnahmen vorkamen, wurde durch eine gemeinsame Steuerungsgruppe der beiden Hochschulen mit klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten durchgeführt. In der Projektlaufzeit wurden 12 Steuerungsgruppentreffen abgehalten, zuzüglich der Treffen anlässlich gemeinsamer Tagungen bzw. Veranstaltungen. Die erheblichen Zugangsprobleme zum Feld, die so nicht absehbar waren, führten zu Anpassungen im Projektdesign, die jeweils mit dem Projektträger abgestimmt wurden (vgl. Abb. 1, gelbe Balken). Im Wesentlichen konnten alle vorgesehenen Planungsschritte eingehalten und realisiert werden.

Abb.1: Meilensteinplanung November 2010



Letztlich musste aber die Anzahl der Fallstudien gegenüber der ursprünglichen Planung reduziert werden und die Auswertung der empirischen Daten aus den Fallstudien konnte bis zur Berichtlegung nicht abgeschlossen werden (vgl. Abschnitt 3.2.5 i .d. Bericht). Auch die Berichterstellung für das fallbegleitende Case Management ist noch nicht vollständig abgeschlossen (vgl. Abschnitt 5.2.1 i. d. Bericht). Diese Ergebnisse werden im Anschluss an die Berichterstellung, wie weitere der im Folgenden dargestellten, publiziert werden.

2.4 Wissenschaftlicher und technischer Stand

ReduFix ambulant konnte an die jahrelangen Vorarbeiten der beiden Projektleiter in den Forschungs- und Praxisprojekten ReduFix, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend anknüpfen. Gegen die Nutzung des Begriffes „ReduFix“ wurden seitens des Ministeriums (Schreiben vom 05.11.2008) keine Einwände erhoben. Die Operationalisierung freiheitseinschränkender Maßnahmen, die Erklärungsmuster sowie die Interventions- und Schulungsmaßnahmen waren auf das häusliche Setting umzustellen. Es konnte überdies angeknüpft werden an internationale Forschungskontakte. Diese wurden für ReduFix ambulant genutzt, wobei das Gebiet der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit als ein nicht weiter beleuchtetes angesehen werden kann. Die Erkenntnisse von ReduFix ambulant wiederum wurden in die internationale Ebene kommuniziert (vgl. Abschnitt 8 i. d. Bericht). Die für das Forschungsfeld einschlägigen Datenbanken auf nationaler und insbesondere auf internationaler Ebene wurden zur Ermittlung des Forschungsstandes systematisch ausgewertet (vgl. Abschnitte 3.1. und 5.1. i. d. Bericht). Die Literatur, die Verwendung gefunden hat, wird in Abschnitt 9 i. d. Bericht aufgeführt. Weiterführende Literatur ist den im Anhang befindlichen Langfassungen der Arbeitspapiere zu entnehmen.

2.5 Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Das Projekt war jeweils in regionale Kooperationsnetzwerke eingebunden: Im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald handelt es sich um den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und das Diakonische Werk des Evangelischen Kirchenbezirks Breisgau-Hochschwarzwald. In Frankfurt waren 5 Praxispartner eingebunden: Die Stadt Frankfurt vertreten durch das Jugend- und Sozialamt, das Rathaus für Senioren; der Caritasverband Frankfurt e.V.; der Frankfurter Verband für alten- und Behindertenhilfe e.V.; der Evangelische Verein für Innere Mission Frankfurt und der VDE Rhein-Main e.V.

Im Projektverlauf ist es gelungen, im Rahmen der Forschungen weitere Partner für die Kooperationen im Projekt ReduFix ambulant zu gewinnen. Dazu gehörte die Deutsche Alzheimergesellschaft, die für eine Auswertung ihrer telefonischen Beratung unter dem Aspekt freiheitseinschränkender Maßnahmen zur Verfügung stand (vgl. Abschnitt 3.2.2 i. d. Bericht) sowie die Medizinischen Dienste von Baden-Württemberg, Bayern und Hessen (Herold-Majumar et al. 2010), die einen wesentlichen Beitrag dazu leisteten, im Rahmen des Projektes belastbare Daten über die Verbreitung freiheitsentziehender Maßnahmen über die Projektstandorte hinaus zu gewinnen

3 Empirische Daten zu FeM in der häuslichen Pflege und Betreuung von alten Menschen

3.1 Literatur- und Datenbankrecherchen

3.1.1 Prävalenz von FeM

Susanne Karner

Welche Aussagen machen nationale und internationale Untersuchungen zur Prävalenz von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei älteren Menschen, die zuhause versorgt und gepflegt werden? Eine systematische Literaturrecherche soll dazu Anhaltspunkte liefern.

Zwischen Mai 2009 und Juni 2009 wurde eine umfangreiche Recherche nach nationalen und internationalen Quellen durchgeführt. Durchforstet wurden elektronische Verlagsdatenbanken, Bibliotheksverzeichnisse, Internetseiten von Berufsverbänden, Dokumentationssysteme themenspezifischer Institute sowie acht elektronische Datenbanken (SSCI®, PsyndexPlus, PubMed, CINAHL®, WiSo, GeroLit, SoLit und EbM-R).

Im Ergebnis konnte keine Studie gefunden werden, welche explizit die Häufigkeit von FeM bei der genannten Personengruppe untersucht. Es gelang lediglich acht Forschungsarbeiten zu identifizieren, die Angaben zur Prävalenz von FeM enthielten.

Die gefundenen Studien differieren durch große Abweichungen in der Stichprobengröße und in der Methode der Datenerhebung. So variieren die Größen der Stichproben zwischen N = 122 - 4630. Zur Sammlung der Daten wurden strukturierte Assessments, Beobachtungen, Dokumentenanalyse oder schriftliche postalischer Befragung eingesetzt. Zu entnehmen sind den gesichteten Forschungsarbeiten Angaben zur Häufigkeit von Bewegungseinschränkungen durch Fixierungen zwischen 1,2% und 9,6% und Maßnahmen der Freiheitseinschränkung in Form von Verabreichung sedierender Medikamente zwischen 3,8% und 4,4%.

Die aufgeführten Ergebnisse können lediglich als vager Anhaltspunkt für die Häufigkeit Freiheitseinschränkender Maßnahmen im häuslichen Umfeld älterer Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf betrachtet werden. Die dürftige Datenlage ist ein Beleg dafür, dass die Anwendung Freiheitseinschränkender Maßnahmen bei alten Menschen mit Pflege- und Hilfsbedarf bisher kaum unter die Lupe genommen wurde. Die Rechercheergebnisse sind außerdem hinsichtlich Vergleichbarkeit und Aussagekraft stark begrenzt. Das zeigt die kritische Studienbewertung.

3.1.2 Begründungen für und Risikofaktoren von FeM

Barbara Borgloh

Berichte über Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) bei alten Menschen finden sich seit einigen Jahren zunehmend sowohl in den Medien als auch in der Wissenschaft. In erster Linie geht es dabei um alte Hilfe- oder Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen, die in irgendeiner Form fixiert werden. Begründungen für die Anwendung von FeM beziehen sich in diesem Zusammenhang u. a. auf die Sturzprävention oder auf die Kontrolle von herausfordernden Verhaltensweisen der alten Menschen (Bredthauer 2006: 185). Der weitaus größte Teil der alten Menschen lebt in der Häuslichkeit, und es gibt Hinweise, dass auch in diesem Umfeld FeM eingesetzt werden (Hamers/Huizing 2005: 20; vgl. Abschnitt 3.1.1.). Wie begründen unterdessen professionell Pflegende in der Häuslichkeit den Einsatz von FeM? Welche (Risiko-) Faktoren gehen mit der Anwendung von FeM in privaten Haushalten einher?

Ziel dieser Recherche ist es aufzuzeigen, welche Rechtfertigungen und Einstellungen von Pflegenden bisher in der wissenschaftlichen Literatur zu FeM in der Häuslichkeit bekannt sind. Durchsucht wurden die Datenbanken EBMR, SSCI, Cinahl, SoLit, Psyndex, Gerolit und Pubmed im Zeitraum zwischen 01.06.2009 und 25.09.2009. Der Artikel von de Veer et al. 2009 ist nach Abschluss der Recherchen erschienen und wurde aufgrund seiner hohen Relevanz für die Forschungsfragen in die Analyse mit aufgenommen.

Anhand der systematischen Recherche sind zwei Studien gefunden worden, die explizit FeM im häuslichen Bereich zum Thema haben. Fariña-López et al. (2008) haben in einer explorativen Studie 43 Familien aus Lanzarote befragt, die Erfahrungen in der Pflege von älteren Menschen haben. Dabei sollte die Pflegeerfahrung mindestens sechs Monate umfassen. Darüber hinaus war ein Einschlusskriterium eine Verschlechterung des physischen oder psychischen Zustands sowie das Vorliegen einer mittelschweren oder fortgeschrittenen Demenz bei den älteren Angehörigen. De Veer et al. (2009) haben eine schriftliche Befragung von 157 professionell Pflegenden in den Niederlanden durchgeführt. Die Befragungsgruppe besteht aus professionellen Pflegekräften, die im ambulanten Bereich tätig sind. Die Gruppe wurde so ausgewählt, dass sie bzgl. Geschlecht und Alter den professionell Pflegenden im stationären Bereich entspricht.

Fasst man die Ergebnisse aus beiden Studien zusammen, beziehen sich Begründungen für FeM auf a) die Sicherheit der Pflegebedürftigen(Vermeidung von Stürzen; Vermeidung des sich Verirrens, Kontrolle von Risiken während des Träumens; Schutz des Klienten) und den Schutz Dritter; b) die Unterstützung des Pflegebedürftigen (Aufrechterhaltung des Körpergleichgewichts; Erleichterung des Ausruhens); c) die Verhaltenskontrolle (bei Aggressionen oder Unruhezuständen); d) organisatorische Gründe (z.B. Zeitmangel des Pflegenden, wenig Zeit für Überwachung oder für ablenkende Aktivitäten); e) sonstige Gründe (FeM auf Wunsch von Angehörigen oder des Klienten selbst; Instandhaltung von Apparaturen).

Aufgrund der geringen Trefferquote wurden in einem zweiten Schritt aus allen Artikeln, die für die systematische Recherche beschafft wurden, diejenigen ausgewertet, die sich mit Kontextfaktoren und Begründungen für FeM als Unterkategorie von 'abuse' und 'mistreatment' beschäftigen. Schließlich wurden im dritten

Schritt aus allen gesichteten Artikeln diejenigen ausgewählt, die Aussagen zu Begründungen bzw. Kontextfaktoren für 'abuse' und 'mistreatment' allgemein gemacht haben – d. h. ohne expliziten Bezug zu FeM.

Risikofaktoren von FeM bzw. Gewalt/Misshandlung beziehen sich demnach auf Faktoren, die einerseits beim Pflegebedürftigen, andererseits beim Pflegenden liegen, aber auch in der Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem oder auf Systemebene zu verorten sind. Faktoren, die auf Seiten des Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit FeM bzw. Gewalt/Misshandlung auftreten, beziehen sich auf Gesundheit, Verhalten, Wohn- und materielle Situation. Entsprechend stehen auch Gesundheit, Verhalten sowie Belastungen und Coping-Strategien des Pflegenden in Zusammenhang mit der Anwendung von FeM bzw. Gewalt/Misshandlung. Schließlich sind gesellschaftliche Wertungen als Risikofaktoren auf der Systemebene zu nennen.

Das Ergebnis der Literaturrecherche zeigt, dass das Thema FeM im häuslichen Bereich und hier vor allem die Frage nach Rechtfertigungsmustern und Risikofaktoren bisher in der wissenschaftlichen Literatur nur wenig beleuchtet wurde. Erschwert wird eine vergleichende Analyse durch die uneinheitlichen Definitionen von FeM, Misshandlung und Gewalt sowie die unterschiedliche Qualität der Studien.

3.2 Empirische Daten aus dem Projekt ReduFix ambulant

3.2.1 FeM aus Sicht der Experten im Feld

Birgit Schuhmacher, Lisa Pfleghaar

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 i. d. Bericht), 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 Be-

ginn 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 Verlaufens. Die Gruppe der **Betroffenen** ist gekennzeichnet durch Unruhe, Selbstgefährdung, kognitive Beeinträchtigungen, aggressives Verhalten, schwer kontrollierbare Mobilität und Demenz. **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.

Diskussion: 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.

3.2.2 Befragung von Anrufenden am Beratungstelefon der Dt. Alzheimer Gesellschaft

Birgit Schuhmacher, Carolyn Noack, Doris Bredthauer

unter Mitarbeit von Helga Schneider Schelte und dem Team des Alzheimer- Beratungstelefons

3.2.2.1 Sample und Methodik

In der nicht repräsentativen Befragung von Anrufenden beim Beratungstelefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft mit dem Ziel der Datengewinnung zum Problem der Anwendung Freiheitsentziehender Maßnahmen in der häuslichen Versorgung konnten Daten von 58 Anrufenden und deren demenziell erkrankten Angehörigen gewonnen werden.

2/3 der Anrufenden waren Kinder oder Schwiegerkinder und gehören somit einer Generation an, die in ihrer Sozialisation mit den Konzepten der Selbsthilfe und professionell-fachlicher Beratung am Telefon schon Erfahrung sammeln konnte. Nur ca. ein Fünftel der Anrufenden waren Ehepartner. Ebenfalls 2/3 der Anrufenden sind weiblich, was der geschlechtsspezifischen Verteilung von familiärer Pflege- und Betreuungsarbeit, die überwiegend durch Frauen erbracht wird, entspricht. Die Hälfte der Anrufenden pflegt und betreut selbst, zur gesetzlichen Betreuung blieb die Datenlage unklar, da die Hälfte der Befragten hierzu keine Angaben machte.

Die von einer Demenz betroffenen Angehörigen der Anrufenden sind zu drei Vierteln weiblich und 70 Jahre oder älter. Die Verteilung dieser Merkmale in der Stichprobe entspricht der Alters- und Genderstruktur demenziell Erkrankter in Deutschland. Knapp die Hälfte der Betroffenen in der Stichprobe lebt bei ihren Ehepartnern, wodurch deutlich wird, dass Kinder und Schwiegerkinder eine „mitsorgende" Rolle übernehmen und häufig statt des pflegenden Elternteils die telefonische Beratung genutzt haben.

Von den vier erfragten Ressourcen (Sprache, Bewegung, Orientierung und selbstständige Beschäftigung) verfügen knapp drei Viertel der Befragten nur noch über zwei oder weniger. Auffällig und entsprechend den Einschlusskriterien der Studie nach erwartbar, ist die Ressource „Bewegung" prominent in 47 von 58 Fällen vertreten. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen unter mittelschweren bis schweren Demenzen leiden. Eine exakte Diagnose der vorliegenden Erkrankungsform konnte aufgrund der explorativen Befragung innerhalb des Beratungssettings nicht vorgenommen werden.

3.2.2.2 Ergebnisse

Die Frage nach den vorliegenden Schwierigkeiten und Problemen, die betreuende Angehörige haben, zeigt, dass vorwiegend

- die Lauftendenzen, verbunden mit der Gefahr nicht mehr nach Hause zu finden
- Unruhe, auch nächtliche Unruhe, und
- aggressives Verhalten

als problematisch empfunden wird. Daraus erwächst ein subjektives Belastungsempfinden, dass sich hauptsächlich in der Sorge um die Sicherheit des Erkrankten äußert und in der eigenen psychischen und physischen Erschöpfung.

Hinsichtlich der Anwendung Freiheitsentziehender Maßnahmen zeigt sich für die Schlafsituation, dass bei 18 der 58 Personen FeM eingesetzt werden und zwar vor allem Bettgitter und Abschließen der Tür. Vereinzelt wird körpernah fixiert. Nur fünf Angehörige geben an, dass sie die Erkrankten allein zuhause lassen und die Tür abschließen, wenn sie selbst außer Haus gehen. Für die Situationen Aggression, Bewegungsdrang, Unruhe und Sturzgefahr wurden insgesamt 28 Freiheitsentziehende Maßnahmen genannt und zwar überwiegend das Abschließen von Türen (11) und die Gabe beruhigender Medikamente (14). Alternativ dazu kamen insgesamt drei Hüftprotektoren zum Einsatz, wurden 5-mal Stolperfallen beseitigt, 4-mal für gute Lichtverhältnisse gesorgt und 5-mal technische Hilfen eingesetzt.

Aufgrund der nur weich formulierten Einschlusskriterien und der geringen Fallzahlen lassen sich diese Häufigkeiten nicht mit den in der Literatur vereinzelt dokumentierten Prävalenzen für FeM in der häuslichen Pflege vergleichen (vgl. Abschnitt 3.1.1 i. d. Bericht) Dennoch wird deutlich, dass FeM in der häuslichen Pflege ihren Platz haben, aber auch in gewissem Umfang alternative Maßnahmen Anwendung finden.

Neben der Bewegungseinschränkung durch abgeschlossene Türen ist vor allem der Einsatz sedierender Medikamente bedeutsam. In 19 Fragebögen, also einem Drittel wurde angegeben, dass Medikamente verabreicht werden. Dies scheint vor allem dann der Fall zu sein, wenn demenziell Erkrankte eher weitfortgeschritten im Verlauf der Krankheit und unruhig sind, zu aggressivem Verhalten neigen und sich die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch überfordert fühlen. Die Sorge um die Sicherheit des Erkrankten spielt hier nur eine untergeordnete Rolle. Hinsichtlich der verabreichten Medikamente war auffällig, dass Neuroleptika am häufigsten verabreicht wurden, obwohl für diese Substanzklasse das Nutzen-Risiko-Verhältnis als eher negativ zu bewerten ist. Auch fand sich bei drei Befragten der Einsatz von sog. potenziell inadäquater Medikation im Alter, also Substanzen, die bei älteren Menschen vermieden werden sollten. Diese Ergebnisse können – korrespondierend mit aktuell vorliegenden Literaturdaten – auf mangelnde Kenntnisse in der Verordnungspraxis einer adäquaten Psychopharmakabehandlung von älteren Menschen mit Demenz hinweisen.

Auf deskriptiver Ebene lassen sich drei unterschiedliche Gruppen von FeM-Betroffenen bzw. FeM-Gefährdeten identifizieren. Für jede Gruppe verbinden sich die Verhaltensmerkmale des erkrankten Menschen, das Belastungserleben den pflegenden Angehörigen und die ergriffenen oder angestrebten Maßnahmen zu einem typischen Profil.

Menschen mit Demenz, die nachts unruhig sind oder allgemein Zeichen von Unruhe zeigen, bilden die größte Merkmalsgruppe in der Befragung (29 von 58). 69 % in dieser Gruppen verfügen nur noch über eine oder zwei Ressourcen; diese Menschen sind also vergleichsweise schwer beeinträchtigt durch ihre Demenzerkrankung. Die Schwierigkeiten, die sich in dieser Gruppe ergeben, sind neben Unruhe auch Lauftendenz mit

der Gefahr sich zu verirren (17) Aggressionen (12), das ‚nicht allein bleiben wollen' (6), sowie Sturzgefährdung (6) und Wahrnehmungsstörungen (3).

Entsprechend sind die Angehörigen um die Sicherheit des Erkrankten besorgt, aber in dieser Gruppe sind auch die meisten Angehörigen, die als psychisch und physisch überfordert gelten können, die sich eingeengt fühlen und darunter leiden, dass sie alleine sind und keine Hilfe haben. 13 Betroffene aus der Gruppe erhalten Medikamente, bei zweien ist es angedacht. In 7 Fällen wird die Tür abgeschlossen. Unruhiges Verhalten scheint für Menschen mit Demenz ein Risikofaktor für eine sog. „chemische Fixierung" zu sein.

Menschen mit Demenz, die zu einer Lauftendenz neigen und dabei Gefahr laufen, nicht wieder nach Hause zu finden, bilden die zweitgrößte Gruppe derer, die von FeM bedroht sind. Es handelt sich um eine vergleichsweise aktive Gruppe: noch 69% verfügen über 2 oder mehr Ressourcen (im Vergleich zu 42% in der Gesamtgruppe). Die Problematik des Weglaufens steht im Zentrum, begleitet von einer Selbstgefährdung (8 von insgesamt 9 Nennungen in dieser Gruppe). Entsprechend ist das Belastungserleben der Angehörigen geprägt von der Sorge um die Sicherheit des Erkrankten (2/3 der Gesamtnennungen in dieser Gruppe). Mittel der Wahl sind in dieser Gruppe räumlich-physische FeM, an erster Stelle das Abschließen von Türen (10 von 11 Nennungen insgesamt in dieser Gruppe) sowie bauliche Veränderungen an Fenstern und Türen oder Veränderungen der Einrichtungen. Aber auch technische Hilfen werden als Alternative zu FeM in Anspruch genommen und nachgefragt: Beseitigung von Stolperfallen, Ortungs- und Hausnotrufgeräte. Medikamente spielen nur eine geringe Rolle. Menschen mit Demenz, die zum Weglaufen neigen entsprechen somit – auch was das Empfinden der Angehörigen und die ergriffenen Maßnahmen angeht – am ehesten dem Profil, mit dem Freiheitsentziehende Maßnahmen im Allgemeinen legitimiert werden: aus Sorge um die Sicherheit der erkrankten Person und aus Mangel an Alternativen.

In der Studie lassen sich jedoch noch ein weiteres Profil deutlich nachzeichnen: So hat sich eine Gruppe von dementiell erkrankten Menschen herauskristallisiert, die zu verbal oder körperlich aggressivem Verhalten neigt. In 19 von 58 Fragebogen ließen sich Hinweise für das Auftreten von Aggressionen finden, die eher von männlichen Erkrankten ausgehen. Diese Betroffenen verfügen vor allem über ein (37%) oder zwei Ressourcen (26%),vier und fünf Ressourcen besitzen zusammen 26% der Betroffenen. Im Zentrum der Schwierigkeiten, die sich für die Angehörigen ergeben steht das (überwiegend verbal) aggressive Verhalten der Erkrankten, erst viel später ergänzt sich nächtliche Unruhe (8 Nennungen) und Lauftendenz/ nicht nach Hause gefunden (7 Nennungen). Das Belastungserleben der Angehörigen ist geprägt von psychischer Überforderung, Ängsten wegen dem aggressiven Verhalten und dem Gefühl der Einengung. Die ergriffenen Maßnahmen sind überwiegend medikamentöser Art. In 8 Fällen erhalten die Erkrankten sedierende Medikamente, 3-mal sind diese angedacht.

Die Methodik der hier vorgelegten Befragung lässt keine belastbaren Aussagen über Art und Umfang von Freiheitsentziehenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege von älteren Menschen zu. Dies ist dem Einschluss der Befragung in ein Beratungssetting geschuldet, wodurch methodische Abstriche notwendig waren. Der gewählte Zugang kann jedoch als gerechtfertigt gelten, da pflegende Angehörige, die Freiheitseinschränkende Maßnahmen anwenden, für die Forschung ansonsten nur schwer zu erreichen sind. Trotz der eingeschränkten Reichweite der Daten sollten die deskriptiv und qualitativ herausgearbeiteten Profile von Risikogruppen für häusliche Freiheitseinschränkungen weiter verfolgt werden. Sie zeigen, dass neben der (berechtigten) Sorge um die Sicherheit des Erkrankten auch andere Motive und Hintergründe für die Anwendung von FeM Beachtung finden sollten, in erster Linie, wenn Betroffene zu Unruhe und Aggression neigen. Die Gabe sedierender Medikamente in der häuslichen Betreuung und Begleitung von demenziell erkrankten Menschen muss in dieser Hinsicht ebenfalls genauer untersucht werden.

3.2.3 Befragung von Pflegefachkräften, BetreuerInnen und Beraterinnen in der Altenhilfe

Barbara Borgloh

Ein Scheinwerfer, der Licht ins bislang wenig erforschte Dunkelfeld der Freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf werfen kann, ist die Methode der standardisierten Befragung. Die hier skizzierte postalische Befragung ermöglicht einen Einblick in die Thematik durch die Brille einer großen Anzahl von Fachleuten, die regelmäßig in Haushalten von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf tätig sind. Die Befragung war als Vollerhebung konzipiert und richtete sich an MitarbeiterInnen von Pflegediensten, an gesetzliche BetreuerInnen sowie an BeraterInnen in der Altenhilfe.

3.2.3.1 Design, Durchführung und Datenbasis der postalischen Befragung

Um Stadt-Land-Vergleiche zu ermöglichen, wurden Zielpersonen aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und aus der Stadt Frankfurt am Main rekrutiert. Es wurde für jede Zielgruppe ein Fragebogen konzipiert (siehe Anhang), wobei die meisten Fragen identisch sind. Hauptthema der Befragung ist, welche FeM im häuslichen Bereich auftreten und wie häufig und aus welchen Gründen sie angewendet werden. Zudem geht es um Interventionsoptionen, die die Befragten für nützlich halten, aber auch um die Einstellung der Zielpersonen zu FeM an sich. Schließlich werden einige rechtliche Aspekte angesprochen, wie z.B. die Frage, wer den Anstoß für FeM in der Häuslichkeit gibt, ob es in der Pflegedokumentation eine Rubrik für FeM gibt oder ob BetreuerInnen beispielsweise die Notwendigkeit von FeM regelmäßig überprüfen.

Die Befragung wurde im Frühjahr 2010 durchgeführt. Die folgenden Ergebnisse basieren auf Angaben von insgesamt 293 PflegedienstmitarbeiterInnen, 51 gesetzlichen BetreuerInnen sowie 31 BeraterInnen der Altenhilfe aus Frankfurt.

3.2.3.2 Ergebnisse der Befragung

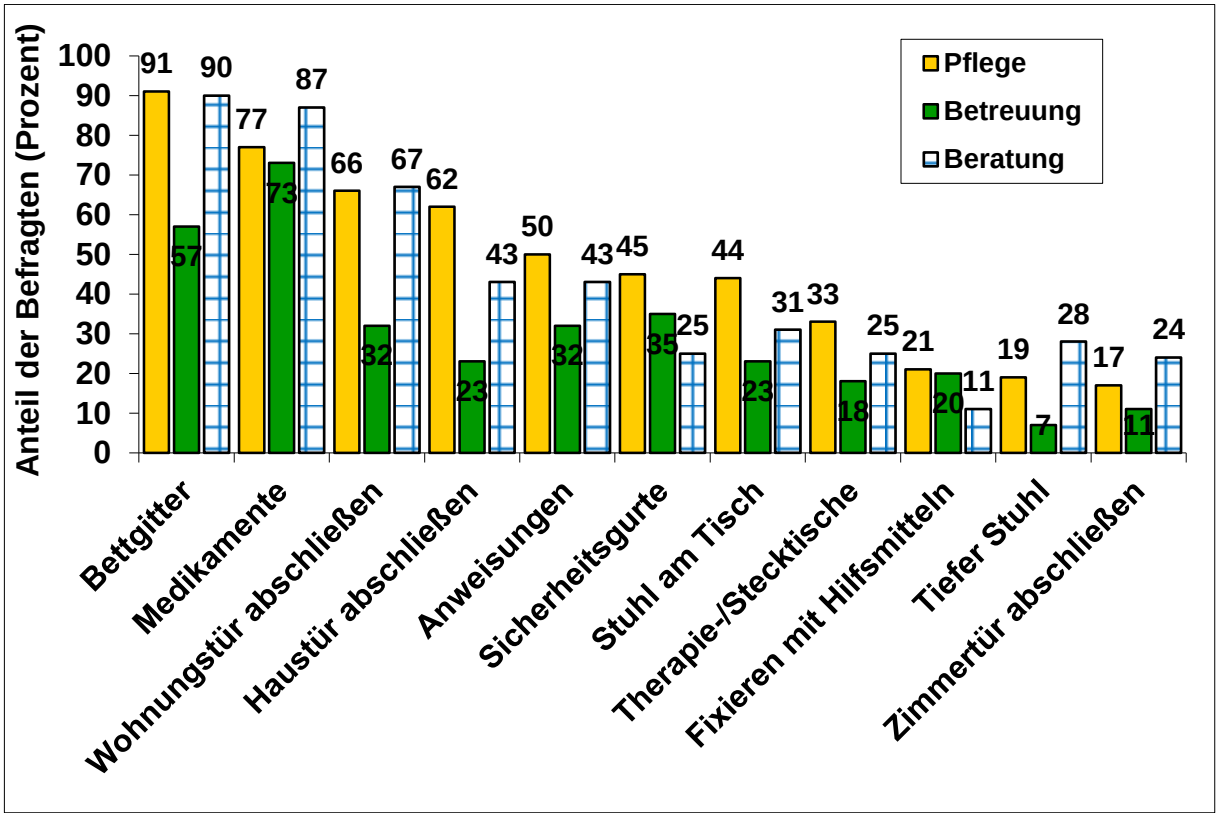
Im Folgenden werden Ergebnisse zu drei zentralen Themenbereichen der Befragung betrachtet, wobei zunächst die drei befragten Berufsgruppen miteinander verglichen werden und in einem zweiten Schritt auf regionale Unterschiede bei den Angaben der PflegedienstmitarbeiterInnen eingegangen wird. Regionale Vergleiche sind in Bezug auf die Aussagen der BetreuerInnen nicht sinnvoll möglich, weil die Fallzahl dazu zu niedrig ist. BeraterInnen der Altenhilfe wurden ausschließlich in Frankfurt befragt, weil sich die Methode der standardisierten Befragung für eine kleine Zielgruppe, wie sie bei BeraterInnen in Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald vorliegt, nicht eignet.

Arten von FeM und Prävalenz

In den drei Berufsgruppen wurden von den im Fragebogen vorgeschlagenen FeM Bettgitter und Medikamente am häufigsten beobachtet bzw. auf andere Weise wahrgenommen (vgl. Abb.2). Hier wird ein hohes Problembewusstsein der Befragten deutlich, denn Medikamente sind weniger offensichtliche FeM als beispielsweise physische Maßnahmen, wenngleich es fraglich ist, ob die Befragten über ausreichende Fachkenntnisse verfügen um einschätzen können, welche Wirkung auf welche Medikamente zurückzuführen ist – so ein Hinweis aus einer Gruppendiskussion. Das Abschließen von Wohnungs- bzw. Haustüren folgt an dritter Stelle, wobei BetreuerInnen diese FeM – wie auch alle anderen Arten von FeM – deutlich seltener wahrgenommen haben als die Vergleichsgruppen. BetreuerInnen können bestimmte FeM vermutlich seltener wahr-

nehmen als beispielsweise Pflegekräfte, z.B. wenn es um Bettgitter oder Medikamente für die Nacht geht. Zudem kommen BetreuerInnen meist erst dann in den Haushalt, wenn bereits ein Arzt, ein Gutachter oder ein Gericht mit dem Fall zu tun hatten. Es ist jedoch auch davon auszugehen, dass FeM in den betroffenen Haushalten häufig verschleiert werden, denn BetreuerInnen kündigen ihre Besuche in der Regel an und sind üblicherweise nicht so häufig und nicht so lange im Haushalt der Klienten wie PflegedienstmitarbeiterInnen. Dieses Argument trifft im Prinzip auch auf BeraterInnen zu. Jedoch stimmen diese mit ihrem Antwortverhalten deutlich stärker mit PflegedienstmitarbeiterInnen überein als mit BetreuerInnen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass BeraterInnen ihre Antwort vor allem auf den zweiten Teil der Frage '... oder von welchen [FeM] haben Sie auf andere Weise [als durch Beobachtung] Kenntnis erlangt?' bezogen haben. Schließlich beraten sie häufig telefonisch. Möglicherweise laufen dabei viele Anfragen auf, die in Zusammenhang mit FeM stehen, ohne dass daraus ein 'Fall' wird, der kontinuierlich betreut wird.

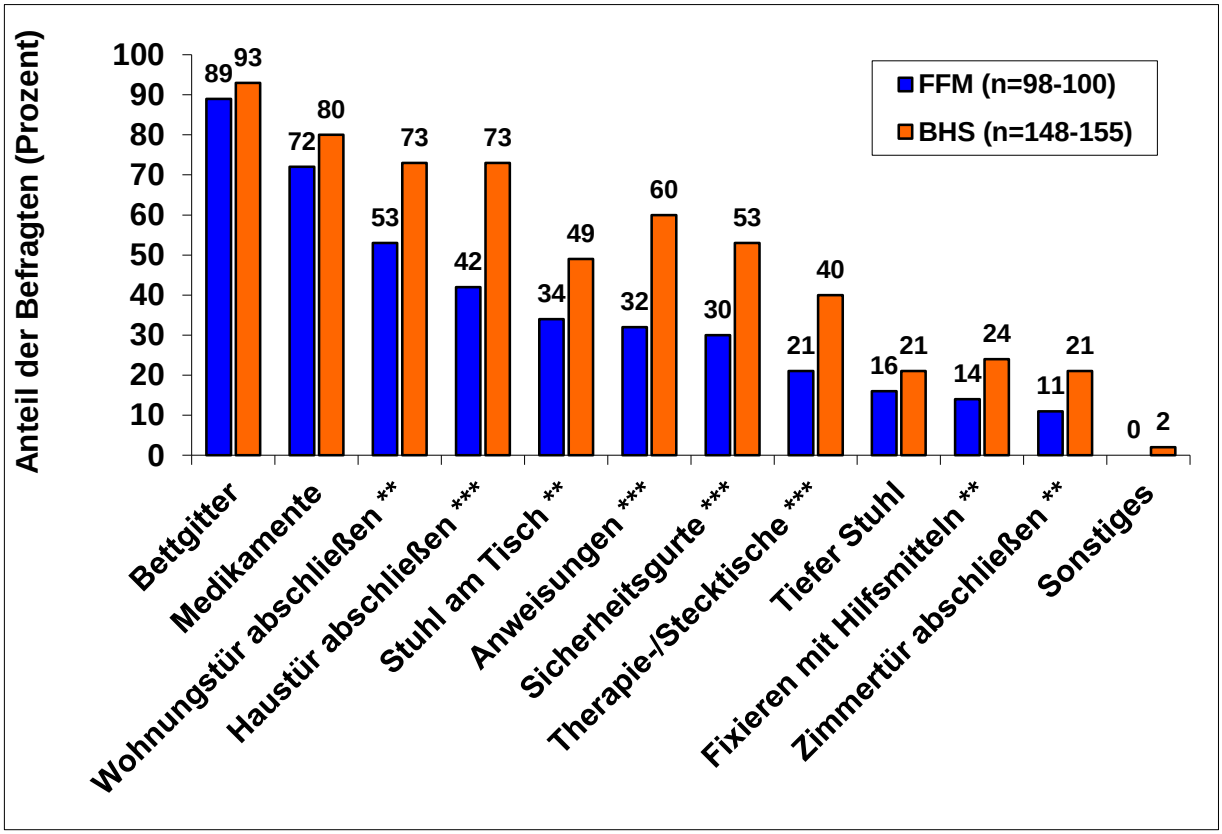
Abb.2: Formen von FeM (Professionsvergleich)



Anmerkungen: Rangfolge nach Gesamt-Prozent/Pflege. Ausgewiesen sind die Angaben zur Kategorie "Ja, das habe ich beobachtet / Kenntnis erlangt". Nein-Kategorien sind redundant. Gültige Werte: Pflege n=245 bis 278 (je nach Item); Betreuung n=43 bis 44 (je nach Item), fehlende Werte n=7 (k.A. insgesamt); Beratung: n=28 bis 30; fehlende Werte n=1 (k.A. insgesamt). Angaben beziehen sich auf die beiden Jahre vor der Befragung, 2008 und 2009.

Die PflegedienstmitarbeiterInnen aus beiden Regionen sind sich überwiegend einig, was die hohe Bedeutung von Bettgittern und Medikamenten im Vergleich zu anderen Arten von FeM angeht (vgl. Abb.3). Aber: Nahezu alle weiteren im Fragebogen vorgeschlagenen FeM-Formen wurden von den Befragten aus dem ländlichen Raum deutlich (und statistisch signifikant) häufiger beobachtet als von den Befragten aus Frankfurt. Dies ist möglicherweise ein Effekt der höheren Anzahl an zu betreuenden Klienten im Breisgau-Hochschwarzwald im Vergleich zu Frankfurt, welche die Wahrscheinlichkeit FeM zu beobachten erhöht.

Abb.3: Formen von FeM (Pflege)



Anmerkungen: Rangfolge nach FFM-Anteilen. Mehrfachnennungen möglich. Ausgewiesen sind die Angaben zur Kategorie "Ja, das habe ich beobachtet / Kenntnis erlangt". Fehlende Werte: Ges. FFM n=9 (k.A. insg.), BHS ges. n=6 (k.A. insg.). *** Mittelwertunterschied zwischen FFM und BHS ist signifikant mit p<0,01, ** signifikanter Mittelwertunterschied (p<0,05). Angaben beziehen sich auf die beiden Jahre vor der Befragung, 2008 und 2009.

In Bezug auf die Prävalenz von FeM unterscheiden sich die befragten Berufsgruppen nicht, ebenso gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen PflegedienstmitarbeiterInnen aus dem Breisgau-Hochschwarzwald und aus Frankfurt. Die Befragten der drei Berufsgruppen schätzen durchschnittlich, dass etwa sechs Prozent ihrer Klienten im Jahr 2009 von FeM betroffen waren. Trotz einiger Einschränkungen, was die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu FeM in der Häuslichkeit angeht, kann festgehalten werden, dass diese Prävalenzrate im Rahmen der dort festgestellten Angaben liegt.

Begründungen für die Anwendung von FeM

In Bezug auf Begründungen und Risikosituationen bzgl. FeM herrscht überwiegend Einigkeit zwischen den Berufsgruppen (vgl. Tabelle 1). Es überrascht wenig, dass der Schutz und die Verhaltenskontrolle des Klienten aus Sicht der drei befragten Professionen am häufigsten als Ursache für FeM angesehen werden. Im Übrigen gibt es hier keine regionalen Unterschiede in den Angaben der PflegedienstmitarbeiterInnen. Dies geht mit Befunden aus Studien zum Themenbereich einher und ist ausgesprochen plausibel. Schließlich ist die Gefahrenvermeidung ein Motiv für FeM, das am ehesten vor Dritten und vor sich selbst Bestand hat. Wenn es also darum geht, FeM in der Häuslichkeit zu vermeiden, ist es erforderlich, die Ursachen zu beseitigen oder abzumildern, die diesen Schutz notwendig erscheinen lassen.

Tabelle 1: Begründungen/Risikofaktoren für FeM nach Profession

Begründung: Schutz/Verhaltenskontrolle des Klienten				
Profession	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Pflege	3,0	0,64	3,1	292
Betreuung	2,9	0,76	3,0	50
Beratung	3,2	0,60	3,3	31
Gesamt	3,0	0,65	3,1	373
Begründungen im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen				
Profession	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Pflege	2,7	0,73	2,8	289
Betreuung	2,5	0,86	2,7	48
Beratung	2,9	0,71	2,9	31
Gesamt	2,7	0,75	2,8	368

Anmerkung: Bei 'Begründungen im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen' ist der Mittelwertunterschied zwischen Betreuung und Beratung signifikant (mit $p<0,05$). Alle anderen Mittelwertunterschiede sind statistisch nicht-signifikant.

Ein zweiter wichtiger Faktor sind Begründungen, die im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen stehen, wobei BeraterInnen Gründe für FeM im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen als etwas häufiger vorkommend ansehen als BetreuerInnen und Pflegekräfte (vgl. Tabelle 1). PflegedienstmitarbeiterInnen aus dem ländlichen Raum halten diese Begründungen bzw. Risikofaktoren für etwas relevanter als die Frankfurter Befragten (vgl. Tabelle 2). Überlastung, fehlende Nachtruhe, mangelnde Suche nach Unterstützung, aber auch fehlende Unterstützung der pflegenden Angehörigen oder der Wunsch eine Heimeinweisung zu vermeiden sind Beispiele, die zu diesem zweiten Begründungsstrang zählen. Daneben gehören 'Risiken' wie hohes Alter der pflegenden Angehörigen, bestehende Konflikte zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen aber auch Überfürsorglichkeit der pflegenden Angehörigen zu diesem Begründungs-/Risikobild. Im Sinne der Reduktion und Vermeidung von FeM muss es daher auch darum gehen, Angehörige in den Blick zu nehmen. Entlastende Angebote müssen vorhanden sein, sie müssen pflegenden Angehörigen aber auch bekannt sein, um sie abrufen zu können. Dazu zählen beispielsweise auch Angebote für nachts, damit Angehörige Kraft schöpfen können. Daneben wäre es in einigen Fällen sicherlich auch hilfreich, wenn Angehörige darin unterstützt würden, für sich selbst zu sorgen, Hilfen anzunehmen oder evtl. bestehende Konflikte mit dem Pflegebedürftigen zu klären.

Tabelle 2: Begründungen für FeM (Pflege)

Schutz/Verhaltenskontrolle des Klienten				
Region	**Mittelwert**	**Standardabweichung**	**Median**	**N**
Frankfurt	2,9	0,72	3,0	106
Breisgau-HS	3,0	0,59	3,1	183
Gesamt	3,0	0,64	3,1	289
Im Zusammenhang mit den pflegenden Angehörigen				
Region	**Mittelwert**	**Standardabweichung**	**Median**	**N**
Frankfurt	**2,6**	0,84	2,6	106
Breisgau-HS	**2,8**	0,65	2,9	183
Gesamt	2,7	0,73	2,8	289

Anmerkung: Der Mittelwertunterschied (FFM-BHS) bei 'Schutz/Verhaltenskontrolle des Klienten' ist nicht signifikant; bei 'Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen' ist der Mittelwertunterschied signifikant mit p<=0,05 (fett gedruckt).

Hilfreiche Interventionsmöglichkeiten

An erster Stelle wird – unabhängig von der Berufsgruppe – Beratung und Aufklärung als nützliche Interventionsoption genannt (vgl. Tabelle 3). Dies schließt beispielsweise Hinweise auf entlastende und informative Angebote für pflegende Angehörige ein, aber auch rechtliche Beratung zum Thema FeM für Pflegekräfte, andere Fachkräfte und Angehörige, fachliche Beratung von Pflegekräften z.B. zu Nutzen, möglichen Schäden und Alternativen von FeM und schließlich Aufklärung der Öffentlichkeit in Bezug auf FeM und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für altersverwirrte Menschen und deren Problematiken.

Tabelle 3: Hilfreiche Interventionen (Professionenvergleich)

Intervention: Beratung				
Profession	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Pflege	3,4	0,60	3,5	290
Betreuung	3,3	0,62	3,4	51
Beratung	3,4	0,59	3,6	31
Gesamt	3,4	0,60	3,5	372
Intervention: Unterstützende / entlastende Angebote				
Profession	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Pflege	3,4	0,47	3,4	290
Betreuung	3,4	0,47	3,5	50
Beratung	3,2	0,48	3,3	31

Gesamt	3,4	0,47	3,4	371
Intervention: Innovative technische Hilfsmittel				
Profession	Mittelwert	Standard-abweichung	Median	N
Pflege	3,1	0,69	3,2	290
Betreuung	3,1	0,70	3,2	51
Beratung	2,9	0,76	3,0	31
Gesamt	3,1	0,70	3,2	372

Anmerkung: Sämtliche Mittelwertunterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen sind nicht signifikant.

Die Frankfurter PflegedienstmitarbeiterInnen halten Beratung und Aufklärung für etwas hilfreicher als die Befragten aus dem ländlichen Raum (vgl. Tabelle 4). Hieraus könnte abgelesen werden, dass Beratungsangebote aus Sicht der Frankfurter PflegedienstmitarbeiterInnen nicht ausreichend in Anspruch genommen werden oder nicht genügend bekannt sind. Hier drückt sich möglicherweise aber auch aus, dass gerade PflegedienstmitarbeiterInnen, die naturgemäß sehr viel mit älteren Pflegebedürftigen in Kontakt stehen, z.B. Intoleranz gegenüber alten Menschen als Problem kennen.

Für fast genauso bedeutsam halten die Befragten – unabhängig von der Berufsgruppe und der Region – unterstützende und entlastende Angebote für pflegende Angehörige. Dies reicht von familialer über nachbarschaftliche und ehrenamtliche Unterstützung sowie stunden- oder tageweise Unterbrechungen der Pflege, z.B. durch teilstationäre Angebote für tagsüber oder für nachts, bis zu 24-Stunden-Betreuung.

Schließlich halten die Befragten (innovative) technische Hilfsmittel für sinnvoll, um auf FeM verzichten zu können. Alarmsysteme für verschiedenste Anwendungen oder Ortungssysteme können dem Betroffenen einen gewissen Schutz bieten und damit zugleich Pflegende entlasten.

Bestätigt werden die genannten Interventionsmöglichkeiten durch Angaben der PflegedienstmitarbeiterInnen und BetreuerInnen, die selbst keine Klienten mit FeM betreut haben. Als Begründung für diese Tatsache haben sie in einer offenen Frage neben verantwortungsvollem Umgang oder motivierten MitarbeiterInnen beispielsweise gute fachliche Beratung der Angehörigen und gute Betreuung der Klienten durch den Pflegedienst sowie das soziale Netzwerk angegeben.

Tabelle 4: Hilfreiche Interventionen (Pflege)

Interventionsoption: Beratung / Aufklärung zu FeM				
Region	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Frankfurt	**3,5**	0,52	3,7	107
Breisgau-HS	**3,3**	0,63	3,4	183
Gesamt	3,4	0,60	3,5	290
Interventionsoption: Unterstützende / entlastende Angebote				
Region	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Frankfurt	3,3	0,51	3,4	107

Breisgau-HS	3,4	0,44	3,5	183
Gesamt	3,4	0,47	3,5	290
Interventionsoption: Innovative technische Hilfsmittel				
Region	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Median**	**N**
Frankfurt	*3,2*	0,68	3,3	107
Breisgau-HS	*3,1*	0,70	3,0	183
Gesamt	3,1	0,69	3,2	290

Anmerkung: Der Mittelwertunterschied zwischen FFM und BHS bei 'Beratung/Aufklärung zu FeM' ist hoch signifikant mit p<0,01 (fett gedruckt). Der Unterschied in den Mittelwerten zwischen FFM und BHS bei 'innovative technische Hilfsmittel' ist signifikant mit p<0,05 (kursiv gedruckt). Dagegen ist der Mittelwertunterschied bei unterstützenden /entlastenden Angeboten nicht signifikant.

3.2.4 Gruppendiskussion zu einigen Ergebnissen der standardisierten Befragung

Barbara Borgloh

Um einige auffällige Ergebnisse der standardisierten Befragung besser einordnen zu können, wurde an beiden Untersuchungsstandorten je eine Gruppendiskussion mit VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen durchgeführt. Teilgenommen haben insgesamt acht Personen, zwei BetreuerInnen, zwei Pflegekräfte in Leitungsfunktionen, ein MDK-Vertreter, zwei Ärzte, eine Beraterin.

Fokus der beiden Gruppendiskussionen waren drei Ergebnisse aus der standardisierten Befragung von Pflegekräften, gesetzlichen BetreuerInnen und BeraterInnen der Altenhilfe, die das Forschungsteam überrascht hatten und daher in einem Fachgremium vertiefend diskutiert werden sollten: 1. Warum beobachten BetreuerInnen deutlich seltener die verschiedenen Formen von FeM als Pflegekräfte und BeraterInnen? 2. Warum erscheinen BeraterInnen FeM gegenüber kritischer als die Befragten der beiden anderen Berufsgruppen? 3. Warum ist es anscheinend immer die jeweils andere Berufsgruppe, die den Anstoß zu FeM gibt? Im Lauf der Diskussion ergaben sich darüber hinaus weitere Fragen, deren Ergebnisse im Folgenden ebenfalls dargestellt werden.

Zur ersten geplanten Frage, weshalb der **Anteil der BetreuerInnen bei allen Formen von FeM deutlich niedriger** ist als der der BeraterInnen und Pflegekräfte, wurden verschiedene Punkte angesprochen: BetreuerInnen könnten FeM weniger gut wahrnehmen als die anderen beiden Berufsgruppen, weil sie deutlich seltener in den Haushalten von FeM Betroffenen seien, somit eine größere Distanz zum Klienten hätten und außerdem bestimmte FeM-Formen häufig erst dann eingesetzt werden, wenn BetreuerInnen das Haus wieder verlassen hätten, wie beispielsweise Bettgitter oder Medikamente für die Nacht. Zudem kämen BetreuerInnen meist erst dann in die Haushalte, wenn sich z.B. die Betreuungsstelle, ein Gutachter oder ein Gericht bereits mit dem Fall befasst hätten. Weiterhin sei die Klientel von BetreuerInnen deutlich stärker gestreut, d. h., sie hätten nicht ausschließlich alte Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf zu versorgen, somit hätten sie eine geringe 'Chance' FeM überhaupt zu beobachten im Vergleich zu Pflegekräften. Diese Vermutung kann anhand der Umfrage bestätigt werden. Schließlich wird angedeutet, BetreuerInnen könnten FeM nicht sehen *wollen,* weil sie dann tätig werden müssten.

Die hohe Bedeutung, die Medikamente als FeM in der standardisierten Befragung einnehmen, überraschte die Diskutanten. Schließlich erfordere es Fachwissen, um Medikamente einordnen zu können und um beurteilen zu können, ob sie tatsächlich als FeM verordnet wurden. So könnten beispielsweise auch Blutdruckmedikamente freiheitseinschränkend eingesetzt werden. Hier wurde auf die Frage der Intention bei der Ga-

be von Medikamenten verwiesen und die Vermutung geäußert, dass die Befragten dies nicht bei der Beantwortung der Frage berücksichtigt hätten. Im Übrigen würden sedierende Medikamente häufig auf Wunsch von Angehörigen oder des Pflegepersonals eingesetzt, wenngleich hier eine große Ambivalenz zu beobachten sei. Es würde durchaus die Be- oder Überlastung der Angehörigen wahrgenommen aber ebenso die (Bewegungs-) Freiheit der alten Menschen.

Auf die Frage, wann Professionelle eingreifen, wenn sie FeM bei ihren Klienten feststellen, wurde – was wenig überraschend ist – angemerkt, dass dies sofort mit den anderen Berufsgruppen besprochen würde. Allerdings sei dies schwierig, wenn es um Medikamente ginge. Gerade für BetreuerInnen und BeraterInnen sei es nicht einfach, Medikamente zu beurteilen (siehe oben). Hinzu komme die teilweise schwierige Beziehung zwischen Pflege und Arzt sowie die Frage, ob der Arzt seinen Patienten überhaupt ausreichend häufig sehe, um die Wirkung der verschriebenen Medikamente beim Patienten beurteilen zu können. In diesem Zusammenhang wird auch der Wunsch nach besserer Kooperation mit den Ärzten deutlich, die mit der neueren Ärztegeneration zunehmend leichter werden könnte.

Die zweite geplante Frage an die Diskutanten war die nach der etwas kritischeren Haltung der BeraterInnen zu FeM im Vergleich zu Pflegekräften und BetreuerInnen. Dies liegt nach Meinung der meisten Diskutanten daran, dass BeraterInnen eine stärkere Distanz zu den Klienten hätten als BetreuerInnen oder gar Pflegekräfte, die tagtäglich mit den Klienten zu tun hätten. Außerdem stünden BeraterInnen viel weniger in der Haftung als die anderen beiden Berufsgruppen und könnten daher aus ihrer distanzierten Haltung kritischer eingestellt sein.

Dritter Fokus der Gruppendiskussion war die Frage, von wem FeM in privaten Haushalten veranlasst werden. Die Diskutanten gehen mehrheitlich davon aus, dass es vor allem pflegende Angehörige und professionell Pflegende sind, die den Anstoß zu FeM geben. Die in der Befragung relativ hohen Anteile von BetreuerInnen und Ärzten als diejenigen, die FeM veranlassen, erklären sich die Diskutanten durch das Prozedere bei der Genehmigung von FeM, bei dem Ärzte und Betreuer per se involviert seien. Problematisiert wurde, dass diese Frage möglicherweise falsch verstanden wurde, dass also ein Teil der Befragten die Frage nach dem rechtlichen Ablauf, der andere Teil nach dem Anwender von FeM verstanden haben könnte. Dennoch erscheint die Tendenz, die Verantwortung für das Veranlassen von FeM auf die jeweils andere Berufsgruppe abzuschieben, aus Sicht eines Diskutanten plausibel. Dies zeige, dass FeM tendenziell als negativ wahrgenommen würden. Umso wichtiger sei es, dass diejenigen, die FeM anwenden, erklären können, warum sie dies tun. An diesem Beispiel ist der Sinn und die von den Diskutanten geforderte interprofessioneller Vernetzung bzw. interprofessioneller Austausch erkennbar, um das gegenseitige Verständnis zu fördern.

Schulungen zu FeM sollten – so die Diskutanten – interprofessionell angelegt sein. Es müsste dabei darum gehen, Ärzte für die Thematik zu sensibilisieren, BetreuerInnen und BeraterInnen 'Handwerkszeug' zu geben, z.B. Checklisten über mögliche FeM, auf die sie achten müssten. Schließlich wird angeregt, Schulungen auch zu nutzen, um Informationen über technische Hilfsmittel zu verbreiten. Außerdem sei eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit vonnöten, denn viele Heimeinweisungen kämen auf Druck von Dritten, wie z.B. Polizei, Nachbarn, zustande. Abschließend wird diskutiert, wie schwierig es ist, präventiv tätig zu werden. Denn bewusst ist allen Diskutanten, dass es ein großes Dunkelfeld gibt, vor allem bei denjenigen, die kaum in ein soziales Netz aus Angehörigen, professionell Pflegenden, Ärzten oder Nachbarn eingebunden sind. Ein Ansatz dazu ist beispielsweise, dass eine Beratungsstelle die Telefonnummer einer ratsuchenden Familie an die entsprechende Stelle weiterleitet, damit die Betroffenen nicht selbst tätig werden müssen.

3.2.5 Fallstudien zu FeM in sieben Haushalten

Birgit Schuhmacher

Im Projekt ReduFix ambulant wurden Fallstudien durchgeführt, um einerseits die Perspektive der Anwender von FeM und der von ihnen Betroffenen erfassen zu können und andererseits Zugang zu finden zu Haushalten, in denen FeM angewandt werden und denen eine Case Management basierte Intervention angeboten werden konnte.

Die Zielsetzung der Fallstudien lag zentral in der Exploration der Legitimationsstrukturen der FeM-Anwender:

- Welche Gründe werden für den Einsatz von FeM angeführt?
- Welche Legitimationsressourcen werden genannt (Überforderung, gesellschaftliche Akzeptanz von FeM, Beziehungskonflikte ...)?
- Welche Bedeutung wird der Anwendung von FeM zugemessen?
- In welchen (auch biographischen) Kontext wird die FeM-Anwendung gestellt?

Die Frage nach der Bedeutung des Einsatzes von FeM für die Betroffenen wurde, soweit es die Auskunftsfähigkeit der Betroffenen zuließ, ebenfalls miterhoben: Inwiefern und wie stark wird ihre Lebensqualität eingeschränkt? Welche Ängste, Schmerzen und anderen negativen Gefühle werden durch FeM ausgelöst? Dies sollte mit im Fokus der Beobachtung und Befragung stehen (Fremdeinschätzung durch Pflegende, ggf. kurze, eingestreute Fragen an Betroffene).

Die Fallzahl wurde von geplanten 10-20 pro Standort (vgl. Antrag) auf 2 reduziert, da die Probleme Zugang zu betroffenen Haushalten zu finden, erheblich größer waren als vermutet. Letztlich konnten sieben Fallstudien verwirklicht werden, wobei zwei den Einschlusskriterien nicht entsprachen, weil entweder die Person bereits in der ambulanten Wohngruppe lebte oder die Familie nicht auskunftsbereit war.

In den Haushalten wurden standardisierte und qualitative Daten über bzw. von den Betroffenen und den pflegenden Angehörigen erhoben. Außerdem wurden die sog. Türöffner befragt, also diejenigen, die den Zugang vermittelt hatten und nach Möglichkeit eine Schlüsselperson, also z.B. ein weiteres Familienmitglied (vgl. für die eingesetzten Instrumente 3.2.5 im Anhang), Die Interviews wurden transkribiert und mit Hilfe der Software MaxQDA codiert. Es liegt ein umfangreicher Datensatz der von den beiden Projektteams über Kreuz codierten Interviews vor, sowie eine Vielzahl von Vermerken, Protokollen und Beobachtungsnotizen. Die Interpretation dieser Daten verspricht weiteren Aufschluss über die Motive und Kontexte der Anwendung von FeM in der Häuslichkeit und Hemmnisse im Zugang zu Betroffenen. Eine vollständige Analyse wird im Moment erarbeitet und im Anschluss publiziert.

4 Freiheitseinschränkende und –entziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege aus juristischer Sicht

Anders als in Krankenhäusern und Pflegeheimen sieht das deutsche Erwachsenenschutzrecht, das Betreuungsrecht, keine Genehmigungsfähigkeit und -pflicht für die vielfältigen Formen freiheitseinschränkender und -entziehender Maßnahmen in der häuslichen Pflege vor. Der von der Familienverantwortung geprägte Bereich der häuslichen Versorgung sollte, so die Begründung des Gesetzgebers bei der Erarbeitung des

Betreuungsgesetzes, nicht durch staatliche Ingerenz in seiner Autonomie und Eigenverantwortlichkeit durch vorgeschriebene staatliche Supervisionsmaßnahmen, wie die der betreuungsgerichtlichen Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen, belastet werden. Dieser seinerzeit strittig diskutierten Position des Gesetzgebers hat sich die betreuungsrechtliche Spruchpraxis der Gerichte, aber auch die betreuungsrechtliche Literatur weithin, aber nicht einheitlich und nicht ohne Differenzierung angeschlossen. Die Analyse der Rechtsprechung und Kommentarliteratur zu § 1906 BGB lässt eine sich durchsetzende herrschende Meinung erkennen, die dann von der Genehmigungsfähigkeit und -pflichtigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit ausgeht, wenn die Hauptverantwortung für die Organisation des Pflegesettings beim ambulanten Pflegedienst oder anderen professionellen Akteuren liegt, für die sich die aus Artikel 6 GG ableitende Autonomie der Familie als Abwehrreflex gegenüber staatlicher Supervision nicht heranführen lässt. Insbesondere bei alleinstehenden Personen sind die ambulanten Dienste gehalten, sich entsprechende Maßnahmen genehmigen zu lassen und damit zugleich die formale Rechtmäßigkeit ihres Handelns herzustellen. Ergreifen Familienangehörige diese Maßnahmen, entfällt die Genehmigungspflichtigkeit (vgl. ausführlich Klie 2011). In jedem Fall, unabhängig von der Frage, wer die freiheitsentziehenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit durchführt, ist die Entscheidung über eine solche immer von einem hierzu befugten Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer zu fällen. Weder Angehörige, noch Pflegekräfte, noch Ärzte besitzen als solche eine Legitimation, über eine entsprechende Maßnahme in einer Weise zu entscheiden, die sie rechtlich zulässig macht und damit den für die Abwendbarkeit der Strafbarkeit der zugrunde liegenden Handlung Rechtfertigung herbeiführt. Allein ein rechtlicher Betreuer mit dem entsprechenden Aufgabenkreis, respektive ein entsprechend Bevollmächtigter sind rechtlich legitimiert die Entscheidungen zu treffen. Sie können sich jeweils der Beratung des Betreuungsgerichtes gemäß § 1837 BGB bedienen. Materiellrechtlich, ist eine freiheitsentziehende Maßnahme in der eigenen Häuslichkeit nur unter der Voraussetzung zulässig, dass sie dem Wohl des Betroffenen dient. Es dürfen überdies keine anderen Möglichkeiten bestehen, die Risiken zu vermeiden, denen durch die FeM begegnet werden soll. Auch müssen entsprechende Maßnahmen geeignet und fachlich begründet sein.

Von der in dieser Weise skizzierten Rechtslage weicht die Rechtspraxis mit und ohne forensische Qualität deutlich ab. Die Rechtspraxis der deutschen Betreuungsgerichte ist hoch different. Während sie in Frankfurt über eine offensive Auseinandersetzung mit der Thematik überwiegend einheitlich praktiziert und auch kommuniziert wird - mit entsprechender Wirkung auf die Genehmigungspraxis - gilt dies etwa für den Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald nicht. Hier findet sich eine uneinheitliche Spruchpraxis der Gerichte und eine äußerst zurückhaltende Inanspruchnahme der Betreuungsgerichte. Entsprechend hoch sind Unsicherheit und Informationsbedürfnis bei den Beteiligten. Weithin unbekannt ist und in der Rechtspraxis nicht befolgt wird die Rechtslage insofern, als nur Betreuer oder Bevollmächtigte über Maßnahmen freiheitsentziehender Art in der eigenen Häuslichkeit entscheidungsbefugt sind. Hier wird faktisch von einem gesetzlichen Angehörigenvertretungsrecht ausgegangen bzw. ein solches unterstellt. Auch die allein am Wohl des Betroffenen orientierte Entscheidungspraxis über freiheitsentziehende Maßnahmen lässt sich, angesichts der häufig den Hintergrund für FeM bildenden Belastungssituation von pflegenden Angehörigen respektive die Frage der Ressourcenknappheit zur Sicherstellung der Versorgung, empirisch nicht rekonstruieren. Hierbei ergeben sich in mehrfacher Hinsicht Diskrepanzen zwischen Rechtslage und Rechtspraxis, die sowohl rechtspolitischen als auch Handlungsbedarf an der Implementation der rechtlichen Voraussetzungen für die menschenrechtlich relevanten Grundrechtseingriffe durch freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit signalisieren.

Auf dem Gebiet des Haftungsrechtes lässt sich eine große Unsicherheit bei allen Beteiligten und entsprechender Informations- und Fortbildungsbedarf ausmachen. Auch auf dem Gebiet des Sozialrechtes fehlen

Routinen für die Leistungsbewährung zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit, etwa der Hilfsmittelgewährung oder ergänzenden persönlichen Assistenz. Auch sind freiheitsentziehende Maßnahmen nicht systematisch Gegenstand der Beratung durch zuständige Stellen wie etwa dem Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der behandelnden Ärzte, Pflege- und Krankenkassen oder kommunalen Beratungsstellen. Damit wird der sozialstaatliche Gewährleistungsanspruch hinsichtlich eines wirksamen Freiheitsschutzes in der eigenen Häuslichkeit (Hoffmann/Klie 2012) weder präventiv noch im Einzelfall eingelöst. Das Projekt ReduFix Praxis hat auf diese Weise mit hoher Relevanz ausgestattete Rechtsfragen identifiziert, die der weiteren Bearbeitung dringend bedürfen.

5 Erprobung von Interventionen bei FeM in der häuslichen Pflege und Betreuung von alten Menschen

5.1 Literatur- und Datenbankrecherchen

5.1.1 FEM und FeM in Gesetzen, Lehrplänen und Lehrbüchern

Birgit Schuhmacher (Projektgruppe EH FR),Lisa Walther, Susanne Karner und Kerstin Becker (Projektgruppe FH FFM)

In den kommenden Jahrzehnten wird in Deutschland die Anzahl der Zuhause lebenden, älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf ansteigen. Eine besondere Herausforderung stellt sich damit auch an die Pflegekräfte, die im ambulanten Versorgungssektor arbeiten. Jährlich werden in den Berufen der Alten- und Krankenpflege[1]bundesweit 10.373 Personen ausgebildet (Statistisches Bundesamt, 2011: 215). Ca. 356.000 Beschäftigte arbeiteten im Jahr 2010 im Bereich der ambulanten Pflege (Statistisches Bundesamt, 2010), wobei hier nicht nur Altenpflegefachkräfte, sondern auch Menschen mit der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger oder anderen sozialen oder pflegerischen Grundausbildungen tätig sind.

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, wie in der Bundes- und Landesgesetzgebung zu den Berufen der Alten- und Krankenpflege, in den themenrelevanten Ausbildungs- und Prüfverordnungen des Bundes, den entsprechenden Rahmenlehrplänen für die Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg sowie in zentralen Lehrbüchern der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege das Thema „freiheitseinschränkende Maßnahmen bei alten Menschen in häuslichen Pflegesituationen“ behandelt wird. Aufgrund der Annahme, dass das Thema FeM in der häuslichen Versorgung wenig Beachtung findet, werden die Materialien (Gesetze, Curricula und Unterrichtsmedien) zusätzlich auf Inhalte zum Themenkomplex „Gewalt in der häuslichen Pflege“ geprüft.

5.1.1.1 Methodische Vorgehensweise

Untersucht wurden auf Bundesebene das Altenpflegegesetz vom 25. August 2003 (AltPflG), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV 2002), das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG v. 16.07.2003) und die Ausbildungs- und Prüfungs-

[1] Altenpfleger/in (Fachkraft für Altenpflege), Altenpflegehelfer/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in

verordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV v. 10.11.2003). Die Landesgesetze der Länder Hessen und Baden-Württemberg in den Bereichen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und der entsprechenden Assistenzberufe wurden daraufhin überprüft, ob der Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen thematisiert wird. Im Anschluss daran wurden Rahmenlehrpläne der Länder Baden-Württemberg und Hessen für die Berufe Altenpflege(hilfe), Gesundheits- und Krankenpflege(hilfe) und andere Berufe, die in der häuslichen Versorgung tätig sind, analysiert.

Die zentrale Fragestellung der Analyse fokussiert die Behandlung der Thematik „Freiheitsentziehende bzw. -einschränkende Maßnahmen" (FEM/FeM) in Lehrbüchern der Alten- und Krankenpflege. Insbesondere interessierte, ob FeM auch im Kontext ihrer Anwendung in der privaten Häuslichkeit thematisiert werden. In engem Zusammenhang zu FEM/FeM stehen die Themenbereiche „Recht in der Pflege" bzw. „Betreuungsrecht" sowie „Gewalt in der Pflege", die deshalb ebenfalls in die Analyse miteinbezogen wurden. Handlungsleitend war die Frage, inwiefern Auszubildende in Pflege auf die vorher genannten Themen vorbereitet bzw. für sie sensibilisiert und mit ihnen konfrontiert werden. Um zu einer einschlägigen Auswahl relevanter Lehrbücher der Altenpflege zu gelangen, wurden zwei Expertinnen befragt, eine Programmrecherche bei Verlagen durchgeführt und Empfehlungen zu Ausgestaltung der bundesweit geltenden Ausbildungs- und Prüfverordnung analysiert. Es wurden insgesamt 25 Titel aus der Altenpflege, der gerontopsychiatrischen Pflege, der Gerontologie für Pflegeberufe und zum Recht in der Pflege analysiert. Für einen Überblick über Lehrbücher der Gesundheits- und Krankenpflege wurden 11 Krankenpflegeschulen kontaktiert und insgesamt sechs Titel analysiert.

5.1.1.2 Analyse der Gesetze und Lehrpläne

Die gesetzlichen Grundlagen für die Ausbildung von Pflege- und pflegeverwandten Berufen auf Bundesebene lassen wie auch die entsprechenden Gesetze und Verordnungen auf Landesebene keine Relevanz für das Thema FeM in der häuslichen Versorgung erkennen.

In Baden-Württemberg werden in den Lehrplänen für die Ausbildung zur Fachkraft Altenpfleger/in FeM hauptsächlich unter rechtlichen Aspekten beleuchtet. Außerdem sollen sich die SchülerInnen mit dem Thema „Gewalt in der Pflege" näher auseinandersetzen. In den Curricula für die Altenpflegehelfer/in-Ausbildung werden FeM erwähnt, wenn es um den Schutz der Grundrechte geht. Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger wie auch andere soziale Berufe, die in der häuslichen Pflege tätig sind, erfahren lt. Lehrplan nichts über freiheitseinschränkende Maßnahmen. FeM im häuslichen Kontext sind nicht Gegenstand der Lehrpläne.

Deutlich ausführlicher gehen die Lehrpläne für Pflegeberufe des Landes Hessen auf FeM und Gewalt ein, allerdings wird auch hier ein relativ gering bemessener Unterrichtsanteil deutlich. FeM werden nicht nur unter rechtlichen Gesichtspunkten behandelt, sondern auch unter ethischen und explizit im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen – also der Personengruppe, die besonders stark von FeM in der Häuslichkeit betroffen ist. Positiv fällt auf, dass im „Rahmenlehrplan des Landes Hessen für die schulische und betriebliche Ausbildung zur Fachkraft Altenpflege" (Hessisches Sozialministerium Mai 2009) betont wird, dass bevor freiheitseinschränkende Maßnahmen überhaupt zur Anwendung kommen, zunächst alle geeigneten Alternativen eruiert werden sollen. Dies vermittelt den Eindruck, dass es sich bei FeM um Maßnahmen handeln sollte, die erst als letzte Option in Betracht gezogen werden sollten. Außerdem müssen Schüler und Schülerinnen lernen, freiheitseinschränkende Maßnahmen fach- und sachgerecht einleiten zu können, was angesichts zahlreicher Verletzungen, die durch Fixierungen verursacht werden (Berzlanovich et al. 2007), keine Selbstverständlichkeit ist.

Interessant ist, dass der Lehrplan für die GesundheitsKrankenpflegerInnen den häuslichen Kontext in den Blick nimmt und dort sich mit dem Phänomen der Gewaltanwendung durch Überlastung pflegender Angehöriger auseinandersetzt – häufig eine Ursache von FeM (vgl. Abschnitt 3.1.2). Auch lernen Pflegeschülerinnen explizit, durch Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen einer solchen Überlastung, die Gewalt in der Pflege zur Folge haben kann, entgegenzuwirken. Hiermit sind zwei wichtig Kontexte von FeM benannt, die im Rahmenlehrplan für Altenpflege fehlen.

Im Vergleich zu den stichwortartigen Themenaufgliederungen der baden-württembergischen Lehrpläne sind die hessischen deutlich differenzierter und rücken FeM und Gewalt in die relevanten Kontexte der ethischen Reflexion, der Überlastung pflegender Angehöriger und den besonderen Ansprüchen an gerontopsychiatrische Pflege. Dennoch wird in beiden Ländern nicht deutlich, welche Formen freiheitseinschränkende Maßnahmen haben können und der häusliche Kontext wird nicht in Bezug auf FeM behandelt. Lernziele und -schritte der Lehrpläne werden sehr allgemein formuliert, was dem Charakter eines Rahmenlehrplans entspricht, der an der jeweiligen Schule weiter ausdifferenziert werden soll. Deshalb sollen im Folgenden Lehrbücher der Alten- und Krankenpflege daraufhin geprüft werden, ob sie differenziert auf das Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Häuslichkeit eingehen.

5.1.1.3 Analyse von Lehr- und Arbeitsbüchern für Pflegeberufe

In nahezu keinem der untersuchten Lehrbücher der Altenpflege werden freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen behandelt. Ausnahmen bilden hier nur Klie (2009), wo spezifisch die Rechtslage für FeM in der Häuslichkeit aufgearbeitet wird und Grond (1997), indem FeM als Form von häuslicher Gewalt thematisiert und hier die Partnerpflege und die Pflege der „alten Eltern" gesondert anspricht. In der Lehrbuch-Literatur fehlen also weitgehend spezifische, an der häuslichen Versorgung ausgerichteten Empfehlungen, wie in rechtlicher, ethischer und fachlicher Hinsicht mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen im privaten Haushalt umzugehen ist. Damit bleibt ein wichtiges Problemfeld der Pflege- und Betreuungspraxis in der Ausbildung von Altenpflegekräften, -helferInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen unbeleuchtet. Auch Reflexionen über die einer FeM zugrunde liegenden Motive der betreuenden Angehörigen, die häufig in der Überlastung zu suchen sind, sind an keiner Stelle zu finden. Angesichts der wachsenden Anzahl ambulant betreuter, pflegebedürftiger und ggf. dementiell erkrankter, alter Menschen muss hier – zumindest auf der untersuchten Ebene der schriftlichen Unterrichtsmaterialien - ein Lehr- und Ausbildungsdefizit festgestellt werden.

Für den stationären Kontext der Altenpflege gilt, dass in vielen Lehrbüchern Hinweise zum rechtlichen Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu finden sind und –entsprechend den Rahmenlehrplänen – auch auf das Thema Gewalt, meist in eher allgemeiner Weise, eingegangen wird. Die Ausführungen über FEM stationären Einrichtungen in den untersuchten Lehrbüchern fallen eher knapp und unzureichend aus. Meist stehen rechtliche Aspekte im Vordergrund – ethische und fachliche Aspekte (welche Maßnahmen zählen zu Fixierungen? Wie werden Fixiergurte korrekt verwendet?) werden dagegen mit wenigen Ausnahmen nicht behandelt. So wird an keiner Stelle thematisiert, wie eine Fixierung auf die Betroffenen emotional und psychisch wirkt, bzw. welche entwürdigenden Aspekte damit verbunden sind. Nur in zwei der analysierten Titel finden sich klare Hinweise, darauf, dass die Wirksamkeit von Fixierungen in RCT-Studien widerlegt wurde und stattdessen hohe Verletzungsrisiken nachgewiesen werden konnten (Bohnes, Bremer-Roth u.a. 2006; Meyer, Schlömer, Warnke 2004). In einem der meist verlegten Lehrbücher („Thiemes Altenpflege", Köther 2007) werden freiheitsentziehende Maßnahmen überhaupt nicht erwähnt, allerdings ist ihnen im Band „Thiemes Altenpflege in Lernfeldern" von 2008 ein ausführlicher Abschnitt gewidmet.

Immerhin findet sich der Hinweis, dass FEM als absolut letztes Mittel angewandt werden sollten, wenn Alternativen ausgeschöpft sind und es keine andere Möglichkeit mehr gibt, Eigen- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (Kienzle 2007; Brandenburg, Huneke 2006; Kors, Seunke, 1997). Dass grundsätzlich nicht gegen den Willen des Betroffenen gehandelt werden darf, betonen Bohnes et al. 2006, Klie 2009, Seel 1998, Kipp, Jüngling 2007 und Seel, Hurling 2005. Die meisten der Lehrbücher, (Kienzle 2007; Klie 2009; Kipp, Jüngling 2007; Seel 1998) weisen auch darauf hin, dass eine richterliche Genehmigung Voraussetzung ist für eine Freiheitsentziehende Maßnahme. Die starke Betonung der Genehmigungsfähigkeit von FeM im stationären Einrichtungen bis hin zur oben zitierten Ausführung bei Seel, Hurling (2005), die Gewalthandlungen danach unterscheiden, wann sie strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (Fixierungen ohne zuvor eingeholte Genehmigung) bzw. wann nicht, lenkt die Aufmerksamkeit auf die korrekte rechtliche Absicherung bei vollzogenen Fixierungen (Legitimation), nicht auf deren Reduzierung und Vermeidung. Dies wird bei Seel, Hurling (2005) besonders deutlich, wenn sie schreiben:

> „Pflege ist allerdings nicht immer ohne Gewalt durchzuführen. Wann Gewalt in der Pflege angewendet werden darf, bestimmt das Gesetz." (554)

Ähnlich bedenklich ist es, wenn Fixiergurte unkritisch als „Hilfsmittel zur Lagerung" gelistet werden (Neuber 2002). Auch die Umsetzung der Stundentafel auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Ausbildungs- und Prüfverordnung (AltPflAPrV 2002) von Sowinski und Behr behandelt die Themen FEM und Gewalt in der Pflege nur sehr randständig. Andere Themen (z.B. Ernährung) werden dagegen detailliert ausgearbeitet. Auch die in den Empfehlungen angeführte Fachliteratur geht wenig auf FEM ein.

Einzig in der Reihe „In guten Händen", Arbeitsbuch 2 (Bäßler et al. 2005) werden freiheitsentziehende Maßnahmen detailliert fachlich und praxisrelevant dargestellt. Die Risiken von FeM werden aufgezeigt, detailliert verschiedene Maßnahmen (darunter auch die chemische Fixierung durch Medikamente) geschildert, Alternativen aufgezeigt und die korrekte Anwendung von Fixiergurten und -gittern dargestellt. Die dort zu findenden Ausführungen über „faktische" FeM, z.B. tiefe Sessel oder Möbelhindernisse vor Türen sind auch gut auf den häuslichen Bereich zu übertragen. Ansonsten ist eine Übertragung von Reflexionen und Handlungspraxis zu den Themen FEM und Gewalt von dem in den Lehrbüchern beschriebenen stationären Kontext auf die Häuslichkeit nur schwer möglich, weil eine tiefergehende ethische Reflexion fehlt und auch die Motive der Anwendung von FEM (meist) nur ungenügend beleuchtet werden.

In der Literatur der Gesundheits- und Krankenpflege sind FeM ein Rechtsthema, zu dem im Wesentlichen die Literatur von Klie und Stacheit (2008) herangezogen wird. Alle Lehrbücher der Krankenpflege haben ein eigenes kurzes Kapitel über Fixierungen, in dem die Schwerpunkte auf mechanischen Fixierungen und der Dokumentation liegen. Die Beispiele, die in den Krankenpflegelehrbüchern gegeben werden, handeln nahezu alle von FeM, die bei Menschen, die ein aggressives Verhalten zeigen, zur Anwendung kommen. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Versorgung werden in keinem Krankenpflegelehrbuch behandelt.

5.1.2 Standards, Leitlinien und Richtlinien

Susanne Karner

Standards, Leitlinien und Richtlinien stellen wichtige Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege dar und haben eine große Bedeutung, wenn es darum geht geeignete Praxisentscheidungen im Sinne einer ‚Best Practice' zu treffen. Ob und inwieweit Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen für den speziellen Problemkomplex - Umgang mit FeM bei alten Menschen im häuslichen Bereich - entwickelt sind und der Praxis zur Verfügung stehen, soll mittels einer Literaturrecherche geklärt werden. Das Ziel der Literatur-

recherche besteht demnach darin den derzeitigen Bestand an Leitlinien, Standards und Richtlinien zum Umgang mit Freiheitseinschränkende Maßnahmen in häuslichen Pflegesituationen aufzudecken.

Die im Zeitraum zwischen August 2009 und Februar 2010 durchgeführten Internet- und Datenbankrecherchen werden mit folgenden Ergebnissen abgeschlossen: Mittels systematischer Recherchestrategie konnte kein Hinweis zu existierenden Leitlinien oder Richtlinien zur Thematik gefunden werden. Lediglich eine Broschüre mit Empfehlungshilfen zum Umgang mit FeM wurde gesichtet. Herausgeber dieser Broschüre ist die Betreuungsstelle des Amts für Soziale Sicherung in München (2009). Eine Analyse macht deutlich, dass sich die Empfehlungen dieser Broschüre an die MitarbeiterInnen der Betreuungsstelle München richten, da sich im Anhang entsprechende Adressen befinden, die auf regionale Hilfs-, Betreuungs- und Beratungsangebote hinweisen. Es finden keine Angaben einer systematischen Vorgehensweise bei der Konzeption der Empfehlungen statt. Es wird ebenfalls nicht transparent, auf welchen Erkenntnissen die Empfehlungen zum Umgang mit FeM im häuslichen Bereich beruhen. Vermutlich basieren sie auf Expertenmeinungen, *nicht* aber auf neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Die Entwicklung folgender qualitätssichernder Instrumente zum Umgang mit FeM ist wünschenswert: Leitlinien, die Empfehlungen zu alternativen und kreativen Lösungen bereithalten und aufzeigen, wie FeM in häuslichen Pflegesituationen gänzlich vermieden oder reduziert werden können und Richtlinien bzw. gesetzliche Rahmenempfehlungen, die den Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen verbindlich regeln und so z. Bsp. Mitarbeitenden in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Pflege und Hilfebedarf rechtliche Handlungssicherheit geben.

5.1.3 Transferzeitschriften aus Medizin und Pflege

Susanne Karner

Inwieweit wird die Problematik Freiheitseinschränkende Maßnahmen im häuslichen Umfeld von pflege- oder hilfebedürftigen Personen in der Zeitschriften-Transferliteratur von Medizin und Pflege behandelt? Um dieser Frage nachzugehen, wurden in der Zeit zwischen Juni 2009 und August 2009 nach Beiträgen in einschlägigen pflegerischen und medizinischen Fachzeitschriften recherchiert.

Es wurden insgesamt 19 Artikel gesichtet von denen 12 Beträge näher betrachtet und analysiert wurden. Dabei handelt es sich um 4 Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt und 8 Beiträge aus pflegerischen Zeitschriften. Die Themen der Beiträge variierten in ihrem Schwerpunkt: Während drei Texte die rechtliche Dimension Freiheitseinschränkender Maßnahmen erörtern, beleuchten die anderen Artikel das Phänomen Gewalt in der häuslichen Pflege.

Den recherchierten Artikeln lassen sich zusammenfassend folgende Informationen entnehmen: Die Entstehung von Gewalt im häuslichen Umfeld pflege- und hilfebedürftiger Personen gilt als besonders vielschichtig und als ein Phänomen, welches durch vielfältige Faktoren begünstigt wird. Individuelle Interventionen in Form von Hilfe- und Entlastungsangeboten für die pflegenden Familien haben einem besonderen Stellwert in der Prävention von Gewalt. Empowerment und die Entwicklung geeigneter Copingstrategien sind demnach von großer Bedeutung. Die Qualifizierung von MitarbeiterInnen stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, um Risiken für die Entstehung von Gewalt zu erkennen und den Familien adäquate Hilfen anzubieten. Die Autoren zweier Beiträge fordern die Initiierung und Verstärkung von Forschung, um das Phänomen Gewaltentstehung zu untersuchen. Informationen zu rechtlichen Aspekten beschränken sich auf die Sachinformation, was unter Freiheiteinschränkende Maßnahmen zu verstehen ist. In einem Beitrag geht es um sogenannte Bettschürzen, die zum Fixieren von bettlägerigen Personen verwendet werden. Ein weiterer

Text thematisiert die Dokumentationspflicht im Fall einer vorliegenden Freiheitseinschränkung, denn fehlt deren Dokumentation, wird dies vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen als gravierender Fehler bemängelt. Die Einstellung und Haltung der jeweils einzelnen Autoren zum Thema Gewalt in häuslichen Pflegesituationen ist aufgrund der Kürze der Artikel nicht offenkundig und differenziert. Dennoch spricht sich der Großteil der Verfasser für unterstützende und entlastende Maßnahmen gegenüber den pflegenden Angehörigen aus. Sie sollten nicht stigmatisiert werden, sondern professionelle Unterstützung und Hilfen erhalten. Ein Teil der Autoren appelliert an verschiedene Instanzen und ruft zur aktiven Veränderung auf, um das Thema Gewalt im häuslichen Umfeld öffentlich zu machen und aus der Tabuzone zu rücken.

Insgesamt zeigt die geringe Anzahl an Rechercheergebnissen, dass das Thema Gewalt, insbesondere in Form von Anwendung Freiheitseinschränkender Maßnahmen im häuslichen Umfeld pflege- oder hilfebedürftiger Personen in der Fachpresse von Medizin und Pflege stark unterrepräsentiert ist und somit ein Randthema darstellt. Eine daraus resultierende Forderung richtet sich auch an Redaktionen der Fachjournale von Medizin und Pflege, nämlich das Thema zukünftig verstärkt aufzugreifen und die Leser für die besondere Problematik zu sensibilisieren.

5.1.4 Internetrecherche zu Interventionsprojekten

Anne Göhner, Birgit Schuhmacher

Gibt es bereits Institutionen oder Projekte, die sich aus medizinischer, pflegerischer oder sozialarbeiterischer Sicht mit der Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in der häuslichen Pflege und Betreuung von alten Menschen beschäftigen? Dieser Frage wurde zu Beginn der Studie ReduFix ambulant zwischen Mai und August 2009 durch eine Internetrecherche nachgegangen.

Mit Hilfe der Suchmaschinen „Google“ und „MetaGer“ wurden deutschsprachige Projekte der Angehörigen- und Betroffenenberatung zu den Themen Gewalt gegen Ältere, Gewalt in der Pflege, Sturzrisiko, Herausforderndes Verhalten, Wandern, FEM, BEM, Fixierung, (Demenz) gesucht. Dabei wurde eine weite Wortstammsuche durchgeführt. Es wurden sowohl übliche Fachbegriffe (z.B. BEM, FEM) für die Suche verwendet, als auch Wortstämme, bei denen angenommen werden konnte, dass sie in Zusammenhang mit den gesuchten Projekten im Internet verwendet werden (z.B. Beratung, Angehörig, Hilfe). Zudem wurde die Recherche durch Kontextfaktoren ergänzt (z.B. Weglauf, Selbstgefährdung, Schutz).

Acht Beratungsangebote, bei denen es sich überwiegend um regional ansässige Einzelangebote ohne überregionalen Träger handelt sowie ein Forschungsprojekt (Tele.TAnDem - Telefonische Beratung für Angehörige von Demenzerkrankten) konnten recherchiert werden. Auffällig ist, dass die Grundthematiken Gewalt, Sturzrisiko sowie Fixierung nicht direkt genannt werden. Zur Beschreibung der Situation pflegender, hilfesuchender Angehöriger werden unter anderen folgenden Formulierungen verwendet:

- an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gebracht werden
- Überforderung
- Überlastung
- Pflegeprobleme
- seelische und körperliche Belastung
- Teufelskreis aus Ratlosigkeit und Verzweiflung
- größtmögliche Selbstbestimmung erreichen (hinsichtlich der Pflegebedürftigen)

- Entlastung der Angehörigen

Eine direkte Benennung von Gewalt, Sturzrisiken und Fixierungen konnten in keinem Fall festgestellt werden.

Unabhängig von der Projektrecherche im Internet konnten fünf weitere - den Recherchekriterien entsprechende - Projekte gefunden werden. Hierbei handelt es sich um:

- Beschwerdestelle München für Probleme mit der Altenpflege
- HsM Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Alzheimer Telefon
- AWO Schleswig- Holstein – PflegeNotTelefon
- Weißer Ring

Ähnlich wie bei den über „Google“ und „MetaGer“ gefundenen Beratungsangeboten/ Forschungsprojekten werden auch hier (meist) die Themen Gewalt, Sturzrisiko und Fixierung nicht explizit benannt. Zur Beschreibung der Situation pflegender, hilfesuchender Angehöriger werden unter anderen folgenden Formulierungen verwendet:

- Informationen zum Umgang mit Demenzkranken mit Verhaltensstörungen- oder auffälligkeiten
- Entscheidungs- und Krisensituationen
- belastende Pflegesituation
- Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen
- körperliche und seelische Belastung
- Sorgen wachsen über den Kopf

Setzt man die fünf bereits bekannten Projekte in einen direkten Bezug zu den Rechercheergebnissen beider Suchmaschinen, so zeigte die Recherchemethode keine hohe Validität. Die bereits bekannten Angebote konnten im Rahmen der Internetrecherche nicht gefunden werden. Dies kann seine Ursache darin haben, dass die gewählten Suchwörter die Thematik direkt umreißen, nicht aber den Selbstbeschreibungen der Einrichtungen entsprechen. Durch diese unterschiedliche Benennung des Tätigkeitsbereiches gestaltet sich eine Internetrecherche schwierig und ist nur bedingt zuverlässig.

Im Rahmen der Internetrecherche wurden die Suchmaschine „Google“ und die Datenbank „MetaGer“ verwendet. Es erfolgten insgesamt 47 dokumentierte Suchvorgänge. Im Rahmen dieser Untersuchung konnten acht Beratungsangebote für Angehörige sowie ein Forschungsprojekt, welches als primäre Zielgruppe pflegende Angehörige hat, gefunden werden.

Die sensiblen Themen Gewalt, Sturzrisiko und Fixierung wurden bei keinem der recherchierten Ergebnisse direkt benannt. Der Grund hierfür liegt vermutlich darin, dass sich die Internetpräsenzen an die Angehörigen selbst richten. Als Gesamtergebnis kann trotz der eingeschränkten Validität festgehalten werden, dass nicht von einer weiten Verbreitung von Beratungsangeboten und Interventionsprojekten im Themenfeld „Freiheitseinschränkende Maßnahmen / Gewalt in der häuslichen Pflege“ ausgegangen werden kann.

5.1.5 Pflegespezifische und Case Management-basierte Interventionen

Anne Göhner, Birgit Schuhmacher

Im Rahmen des Projektes ReduFix ambulant wurden fallbezogen Case Management-basierte Interventionen eingesetzt, um Freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege zu begegnen. Mit der hier vorliegenden systematischen Literaturrecherche sollten zunächst die bisher international vorliegenden Erfahrungen sowie ggf. evidenzbasierte Studien über pflegespezifische Interventionen[2] und auf Case Management basierende Strategien zur Reduzierung von FeM ermittelt werden. Ziel der Recherche war es, zu untersuchen, ob Case Management oder pflegespezifische Interventionen dazu beitragen können, die Sicherheit, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Bewegungsfreiheit und Autonomie von älteren Menschen, welche von FeM betroffen sind, zu verbessern.
Von April 2011 bis Juli 2011 wurden in den Datenbanken CINAHL, PubMed, GeroLit und SoLit insgesamt 116 Suchläufe durchgeführt und die Referenzlisten relevanter Artikel nach weiteren Hinweisen durchsucht. Im Fokus standen die Endpunkte restraints bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen, die jedoch aufgrund der wenigen Treffer um die Surrogat -Endpunkte falls/Stürze, abuse / Misshandlung und wandering /Weglauftendenz und caregiversburden/Belastung ergänzt wurden. Die Relevanzprüfung der recherchierten Texte erfolgte entlang der Kriterien: methodische Qualität der Studie und Art der Intervention (community-based, case-management-basierend, pflegespezifische Intervention, psychoeducational).

5.1.5.1 Ergebnisse

Es konnten keine Studien eruiert werden, welche sich unmittelbar mit Interventionen im Bereich FeM in häuslichen Pflege und Betreuung befassten. Mit Hilfe der erweiterten Endpunkt-Skala konnten insgesamt 11 thematisch relevante internationale Studien und Beiträge recherchiert werden.

Tabelle 5: Übersicht über die recherchierten, relevanten Studien

Autor, Jahr, Land	Studie	Endpunkte	Design (Interventionstyp)
Robinson et al. 2009 (GB)	Primary care and dementia: 2. long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management	Be- und Entlastung pflegender Angehöriger	Systematic Review (primär PI[3])
Eloniemi-Sulkava et al. 2001 (Finnland)	Effects of Supporting Community-Living Demented Patients and Their Caregivers: A Randomized Trial	Be- und Entlastung Demenzbetroffer	Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie (CM[4])
Gerdner et al. 2002 (USA)	Impact of a Psychoeducational Intervention on Caregiver Response to Behavioral Problems	Be- und Entlastung pflegender Angehöriger	Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie (PI)
Leung et al. 2010 (China)	Care Management Service and Falls Prevention: A Case-Control Study in a Chinese Population	Sturzhäufigkeit	Retrospektive Fall-Kontroll-Studie (CM)
Miller et al. 2010 (USA)	The Effects of a Home-Based Exercise Program on Balance Confidence, Balance	Balance und Sturzgefährdung	Quasiexperimentelles Pre- / Post-Test-

[2] Zu „Pflegespezifischen Interventionen" zählen der Einsatz spezifisch pflegefachlich qualifizierter Personen (gerontopsychiatrische Fachkraft, Advanced Nursing Practice, etc.) sowie pflegefachliche Anleitung, Schulung und Beratung.

[3] Pflegespezifische Intervention

[4] Case Management-basierte Intervention

	Performance, and Gait in Debilitated, Ambulatory Community-Dwelling Older Adults: A Pilot Study		Design (PI)
Heath et al. 2005 (USA)	Interventions from Home-Based Geriatric Assessments of Adult Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment	Häusliche Gewalt	Retrospektive Kohortenstudie (CM)
Lee Minhong 2009 (Südkorea)	A Path Analysis on Elder Abuse by Family Caregivers: Applying the ABCX Model	Häusliche Gewalt	Deskriptive Querschnittsstudie (-)
Jayawardena et al. 2006 (USA)	Elder Abuse at End of Life	Gewalt gegen Ältere	Literaturrecherche (CM)
Wilson et al. 2011 (Kanada)	Evidence-Based Approaches to Remedy and Also to Prevent Abuse of Community-Dwelling Older Persons	Häusliche Gewalt	Literaturrecherche (CM)
Patwell 1984 (USA)	Familial Abuse of the Elderly: a look at Caregiver Potential and Prevention	Häusliche Gewalt	Konzeptioneller Entwurf (PI / CM)
McGarry et 2007 (GB)	Nursing students and elder abuse: developing a learning resource	Gewalt gegen Ältere	Konzeptioneller Entwurf (PI)

Der Review zu den Ansatzpunkten bei Belastung bzw. Entlastung in der häuslichen Pflege (Robinson et al. 2009) führt überwiegend US-amerikanische Studien auf, die zeigen, dass Case Management-basierte Ansätze in der Primärversorgung sowohl eine Verbesserung der Pflegequalität als auch eine Steigerung der Zufriedenheit und geringeren Pflegestress bei den Pflegepersonen erreichen. Untersucht wurden strukturierte, gemeinschaftliche Pflegemodelle mit einer/einem Gemeindekrankenschwester/-pfleger, einem/einer Sozialarbeiter/in oder einem/einer Case Manager/in in der Pflege von Menschen mit Demenz.

Mehrkomponenten-Interventionen, welche z.B. Informationsveranstaltungen, Unterstützung in der Gruppe und Schulungen umfassen, konnten besonders erfolgreich Krankheitssymptome reduzieren sowie das Wohlbefinden der Pflegenden und deren Wissen verbessern. Eine Metaanalyse psychosozialer Interventionen für pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Personen ergab, dass aktiv beteiligende und multikomponent angelegte Interventionen die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Pflegepersonen verringern und dazu beitragen, dass demenziell erkrankte Personen länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können (Brodaty et al. 2003).

Eloniemi-Sulkava et al. (2001) untersuchten in einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie mit follow-up nach zwei Jahren den Effekt eines Case-Management-Ansatzes auf demente Patienten (n=100). Eine demenz-spezifisch ausgebildete Pflegekraft arbeitete als Fallkoordinator und fungierte als Interessenvertretung des Betroffenen und der Angehörigen, bot ihnen umfassende Unterstützung, kontinuierliche und systematische Beratung, jährliche Trainingskurse, Nachsorge-Anrufe, Hausbesuche und 24-Stunden-Erreichbarkeit per Telefon sowie Assistenz bei der Implementierung von sozialen und medizinisch/gesundheitlichen Dienstleistungen. Heimeinweisungen verringerten sich in den ersten Monaten signifikant.

Gerdner et al. (2002) untersuchten in einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie, ob psychoedukative Interventionen die Stress-Reaktion pflegender Angehöriger auf auffälliges und problematisches Verhalten der Alzheimer-Erkrankten verändern. Mit dem „Progressively Lowered Stress Thresholdmodel" (PLST) wurden 237 Angehörige untersucht (Fallgruppe n=132). Das PLST- Model bewirkt eine statistisch signifikante Verringerung der Häufigkeit von Gedächtnisstörungen und Verhaltensprobleme

sowie der daraus resultierenden Reaktionen des pflegenden Ehepartners.

Leung et al. (2010) initiierten eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie, in der sie einen so genannten ‚Care-Management-Service' für alte, auf Hilfe angewiesene (functional impairment) Menschen in einer Gemeinde installierten, um die Auftretenshäufigkeit von Stürzen zu verringern. An der Studie nahmen 390 Probanden teil, 89 davon waren in den letzten 90 Tagen gestürzt. Die Fallgruppe (n=78) erhielt im Gegensatz zur Kontrollgruppe (n=312) eine 24-monatige Intervention durch ein Care-Management-Team, aus professionellen und informellen Helfern. Aus der Fallgruppe wiesen weniger Personen Stürze auf als aus der Kontrollgruppe, welche ohne den Care-Management-Service auskommen mussten. Diese Studie greift mit der Fokussierung von Sturzpräventionsmöglichkeiten einen der weiter gefassten Surrogat-Endpunkte auf.

Miller et al. (2010) untersuchten in einer quasi-experimentellen Vorher-Nachher-Pilotstudie ohne Kontrollgruppe die Effekte eines vierwöchigen Stand- und Balance-Übungsprogramms für die Häuslichkeit (n=14). Bei allen Messgrößen (Falls EfficacyScale (FES), Performance Oriented Monility Assessment (POMA) und One-Leg-Stance Test (OLST)) ergaben sich signifikante Verbesserungen.

Heath et al. (2005) untersuchten in einer retrospektiven Kohortenstudie die Auswirkungen eines auf Hausbesuchen basierenden ‚Home health agency service' auf das Vorkommen von Misshandlungen Älterer. Für 81% der Klienten konnte mindestens eine relevante Intervention beigesteuert werden, um die Umstände der Misshandlung zu entschärfen. Da FeM begrifflich als Unterkategorie von Misshandlung und Vernachlässigung von älteren, pflegebedürftigen Menschen gefasst werden muss (vgl. Abschnitt 2) ist mit dieser Studie ein wichtiger Beleg der Wirksamkeit von zugehender, case-management-basierter Interventionen erbracht.

Minghong Lee (2009) führte eine deskriptive Querschnittstudie zur Gewalt gegenüber alten Menschen durch pflegende Angehörige. Durch Interviews und Befragungen von 279 pflegenden Angehörigen versuchte er zu ergründen: "Which families, under what conditions, using what resources and coping behaviours are able to make positive adaptions to stressful situations" (Lee 2009: 2). Gesundheit und das Wohlbefinden des Pflegenden, verbunden mit einem formalen und informalen Unterstützungsnetzwerk sind wichtige Ressourcen, die den subjektiven Einfluss der Pflegebelastung „abpuffern" können. Der Bezug von erlebter Belastung der pflegenden Angehörigen zu deren inadäquatem Verhalten wird aufgezeigt.

Jayawardena et al. (2006) berichten als Ergebnis ihrer Literaturrecherche, dass sich ein multidisziplinäres Team gut für Interventionen im Bereich Gewalt gegen alte Menschen eignet, da so die Risikofaktoren für eine Misshandlung alter Menschen (wie Abhängigkeit und Überlastung der Angehörigen) frühzeitig erkannt werden und entsprechende Aufklärungsarbeit betrieben werden kann.

Wilson et al. (2011)führen in ihrer Übersichtsarbeit moderierte ‚Family Care Conferences' nach Holkup et al. (2007) und die sog. ‚Interdisciplinary Action' nach Barker et al. (2006) als wirksame Intervention bei Gewalt gegen ältere Menschen an. Von 22 untersuchten Family Care Conferences zeigte sich bei 10 ein deutlicher Nutzen, während von 126 befragten älteren Personen, welche Opfer von Misshandlung waren und alleine lebten, Interdisciplinary Agencies als hilfreichste und aufgrund ihrer vielfältigen Sichtweisen als kompetenteste Intervention bewertet wurde.

Patwell (1984) berichtet in einem konzeptionellen Entwurf der Vernetzung von formalen und informellen Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige, um so die Wahrscheinlichkeit von Gewalt gegen alte pflegebedürftige Menschen zu verringern. Als hilfreich bewertet Patwell insbesondere die Ausweitung des Kontaktes zu Verwandten, die Nutzung anderer informaler Systeme, um so die Pflegeverantwortung zu teilen und die Vernetzung mit anderen Pflegenden durch Selbsthilfegruppen, sowie die Integration individueller Stressmanagement-Techniken in den Alltag.

McGarry et al. (2007) haben ein Lernprogramm für Alten- und Krankenpflegeschulen zu den Ursachen von und sinnvollen Strategien gegen Misshandlungen Älterer entwickelt. Die moderierte Sitzung beinhaltet sowohl theoretische Kernkonzepte als auch praktische Beispiele, welche von den Schülern/Studenten durch interaktive Gruppenaufgaben sowie Kleingruppen- und Plenumsdiskussionen verinnerlicht werden sollen. Eine formale Evaluation der Auswirkung des Lernprogramms auf Erkenntnisse und Sichtweisen der Schüler/Studenten ist in Planung.

5.1.5.2 Diskussion

Die vorliegende Literaturrecherche macht deutlich, dass der bisherige Forschungsstand zu pflegespezifischen und Case Management-basierten Interventionen im Bereich Freiheitseinschränkender Maßnahmen in der häuslichen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen eher defizitär ist. Die Entwicklung und Untersuchung entsprechender Interventionsstrategien für häusliche Pflegearrangements scheint bisher nicht stattgefunden zu haben (vgl. auch Möhler et al. 2011). Betrachtet man die Kontext- und Risikofaktoren für die Anwendung von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen (Sorge um die Sicherheit des Pflegebedürftigen, Überlastung der Pflegenden, organisatorische Gründe – vgl. Abschnitt 3.1.2.), so lassen sich einige vielversprechende Anknüpfungspunkte für den Einsatz Case Management-basierter Ansätze oder pflegespezifischer Interventionen auch im Umgang mit Freiheitseinschränkenden Maßnahmen erkennen: Bei der Begleitung demenziell erkrankter Personen erwiesen sich jene Interventionen als besonders entlastend und stabilisierend, in denen die Begleitung interdisziplinär und koordinierend angelegt war. Besonders breit angelegte Mehr-Komponenten-Interventionen sowie das aktive Einbeziehen der pflegenden Angehörigen in die Interventionen sind erfolgreich. Auch bei der Belastung pflegender Angehöriger durch Unruhe und Mobilität der Pflegebedürftigen zeigen sich Case Management-orientierte Programme als hilfreich. Insbesondere die von Leung et al. (2010) nachgewiesene Verringerung der Sturzhäufigkeit kann sehr wirksam zur gezielten Reduzierung Freiheitseinschränkender Maßnahmen sein – und zwar dadurch dass den pflegenden Angehörigen die Sorge um die Sicherheit des Pflegebedürftigen genommen wird. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse der Evaluation des Stand- und Übungsprogramms durch Miller et al. (2010). Viel versprechend sind auch die Ansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Gewalt gegen Ältere im häuslichen Umfeld. Hier besteht noch deutlicher Forschungsbedarf, da diese Studien die geringste methodische Qualität haben und auch im Projekt ReduFix ambulant sich lediglich aufgrund der qualitativen Fallstudien (vgl. Abschnitt 3.2.5 i. d. Bericht) und der Experteninterviews (vgl. Abschnitt 3.2.1 i. d. Bericht) ein gewisser Zusammenhang zwischen FeM und häuslicher Gewalt gegen Ältere vermuten lässt.

5.1.6 Ethisch-reflektierter Technikeinsatz bei Menschen mit Demenz zur Vermeidung von FeM

Susanne Karner, Doris Bredthauer

5.1.6.1 Einleitung

Die Motive für die Anwendung Freiheitseinschränkender Maßnahmen sind vielfältig. Am häufigsten wird die Minimierung potentieller Sturz- oder Weglaufrisiken als Grund angeführt. Aus Sorge, der zu Pflegende könnte aus dem Bett fallen, werden beispielsweise Gitter angebracht, um ein mögliches Sturzrisiko zu vermeiden, oder die Haustür wird abgeschlossen, um zu verhindern, dass die Person unbemerkt das Haus verlässt und sich verlaufen könnte. Das übergreifende Ziel von ReduFix ambulant besteht in der Verbesserung der Versorgungsqualität von alten Menschen in häuslichen Pflegearrangements. Durch alternative Interventio-

nen, wie zum Beispiel dem Einsatz technischer Hilfen, sollen Maßnahmen der Freiheitseinschränkung vorgebeugt werden.

Hinweise auf geeignete Technik, die zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen eingesetzt werden kann, konnten durch eine schriftliche Befragung, die im Rahmen des Forschungsprojekts durchgeführt wurde, gewonnen werden. Die Umfrage richtete sich an Mitarbeiter aus Pflegediensten, Betreuungsbehörden sowie Beratungsstellen der Region Frankfurt und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald. Demnach haben die Befragten folgende technischen Hilfen als hilfreich identifiziert: *Stoppersocken, Beleuchtungssysteme, Niedrigstellbetten, Hüftprotektoren, Sturzdetektoren, Sensormatten* sowie der Einsatz von *Personenortungsgeräten* und *Türsignalen.* Die Bandbreite der genannten Alternativen reicht also von einfachen technischen Hilfsmitteln (sog. lowtechnology) bis hin zu (mikro-) elektronischen und kabellosen Netzwerktechnologien (sog. high technology) (Mollenkopf 2005).

Der wissenschaftliche Beleg, dass sich die Bereitstellung der oben genannten technischen Hilfen auch tatsächlich zur Vermeidung von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen eignet, ist bis dato allerdings nicht erbracht. Vor diesem Hintergrund wurde im Verlauf des Forschungsprojekts untersucht, inwieweit der Einsatz von Technik einen Beitrag zur Vermeidung Freiheitseinschränkender Maßnahmen leisten kann.

Zum Erkenntnisgewinn wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Des Weiteren wurde im Rahmen einer Fallstudie der Einsatz technischer Hilfen in Bezug auf die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen untersucht. Die Erkenntnisse zur Studienlage sowie die Erfahrungen aus der durchgeführten Fallstudie sind im Folgenden zusammengefasst vorgestellt. Darüber hinaus werden relevante ethisch-rechtliche Aspekte im Umgang mit technischen Alternativen erörtert.

5.1.6.2 Systematische Literaturrecherche

Zur Gewinnung von evidenzbasiertem Wissen zum Thema „Technikeinsatz bei Personen mit Demenz“ wurde eine systematische Literaturrecherche in drei Datenbanken aus Medizin und Sozialwissenschaft durchgeführt. Die methodische Vorgehensweise der systematischen Recherche gestaltete sich im Wesentlichen durch drei aufeinander folgende Arbeitsphasen: Erstens die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes, zweitens die Recherchephase und drittens die kritische Bewertung der gesichteten Literatur. Das Ziel der Recherche bestand darin aufzuzeigen, welche technischen Lösungen sich im Zusammenhang bei Personen mit Demenz als effektiv erwiesen haben. Hierzu wurde das Augenmerk insbesondere auf die Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen gelegt. Weitere Outcomes, wie Sicherheit, Lebensqualität, Bewegungsfreiheit und Zufriedenheit, wurden ebenfalls in die Suchabfrage aufgenommen. Im Rahmen dieser Suche konnten lediglich zwei relevante Arbeiten gefunden werden, welche Übersichten waren. Beide zeigen im Ergebnis, dass bisher zwar Techniken für Menschen mit Demenz entwickelt wurden, ihre Wirksamkeit jedoch – hinsichtlich Freiheitseinschränkung, Sicherheit, Lebensqualität, Bewegungsfreiheit und Zufriedenheit für Personen mit Demenz – nicht wissenschaftlich belegt ist.

Das Ergebnis dieser Recherche macht deutlich, dass das Thema in der Wissenschaft durchaus präsent ist. Die defizitäre Studienlage ist aber sicherlich mehreren Faktoren geschuldet. Zunächst muss der Grad der Durchführbarkeit solcher Studienvorhaben diskutiert und geprüft werden. Menschen mit einer Demenz gelten als besonders vulnerable Personengruppe. Die Tatsache, dass die Erkrankung mit dem Verlust der kognitiven Funktionen einhergeht, macht eine Befragung der Klientel nur schwer möglich. Alternativ müssen Evaluationsverfahren gewählt werden, die auf Beobachtungen oder Fremdeinschätzungen basieren. Außerdem handelt es sich bei dieser Thematik meist um komplexe und mehrdimensional angelegte Interventionen (z.B. Sensibilisierung hinsichtlich der ethisch-rechtlichen Problematik, Information und Schulung der

Angehörigen, ergänzende entlastende Maßnahmen und Technikeinsatz im engeren Sinne), was eine Bewertung der Effektivität wohl der Gesamtintervention, aber nicht der Einzelfaktoren (z.B. der Technik als solcher) ermöglicht. Insgesamt stellen Forschungsvorhaben zum Thema Technikeinsatz bei Menschen mit Demenz eine große Herausforderung dar – auch hinsichtlich ethischer Gesichtspunkte.

5.1.6.3 Fallstudie

Um einen Einblick in das Problemfeld der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen und somit in reale Versorgungssituationen zu erhalten, wurde der methodische Zugang der Fallstudien gewählt. Am Studienstandort Frankfurt ergab sich die Möglichkeit, im Rahmen einer Fallstudie den Einsatz technischer Hilfen praktisch zu erproben. Für die Konzeption und Teilnahme an der Fallstudie wurden die bestehenden ethisch-rechtlichen Übereinkommen, insbesondere die Deklaration von Helsinki (WMA 2008) und die Bioethikkonvention des Europarates von 1997 zugrunde gelegt, insbesondere hinsichtlich der Empfehlung der Teilnahme von nicht-einwilligungsfähigen Personen an klinischen Studien. Es fand – soweit möglich unter Einbeziehung des Betroffenen- eine ausführliche Beratung über den zu erwartenden Nutzen sowie mögliche Risiken statt. Die Einwilligung zur Teilnahme wurde von einem Angehörigen, welcher die rechtliche Funktion als Betreuer innehat, schriftlich erteilt. Ebenso entschied der Angehörige im Rahmen des Entscheidungsprozesses über die in Frage kommenden Interventionen. Ein entsprechender Aufgabenkreis lag vor. Es handelte sich um ein Versorgungsarrangement, bei dem die Ehefrau ihren an Alzheimer erkrankten Partner in der eigenen Häuslichkeit betreut. Bei dem Ehemann stellten sich krankheitsbedingt zunehmend Probleme in der Orientierungs- und Gedächtnisfähigkeit ein. Die Frau belastete und ängstigte der Gedanke, ihrem Mann könnte etwas zustoßen. Aus Sorge, der Mann könnte unbemerkt die Wohnung verlassen, schloss die Ehefrau die Wohnungstür ab. Bereits dreimal, so berichtete sie, habe ihr Mann nach dem Verlassen der Wohnung nicht mehr zurückgefunden. In allen drei Fällen musste sie die Polizei zur Mithilfe bei der Suche einschalten.

Der Versorgungs- und Hilfeprozess wurde durch eine Case Managerin gesteuert und begleitet. Nach einem umfassenden Assessment sowie der Erörterung der individuellen Bedürfnis- und Bedarfslage wurden verschiedene Hilfen in Betracht gezogen und hinsichtlich deren möglicher Nutzen und Risiken abgewogen.

Dieser Prozess fand in enger Abstimmung mit dem Ehepaar statt. Nach der getroffenen Entscheidung wurden folgende Hilfen initiiert. Neben der Einbindung einer zusätzlichen Betreuungskraft zur Entlastung der Ehefrau kamen an technischen Hilfen ein Ortungsgerät und ein Bewegungsmelder, welcher beim Öffnen oder schließen der Wohnungstür ein Signal versendete. Zur Auswahl der genannten technischen Hilfen unterstützte ein Informatiker. Seine wesentlichen Aufgaben bestanden darin, in enger Abstimmung mit der Case Managerin nach geeigneten Geräten zu recherchieren und das Ehepaar hinsichtlich der technischen Hilfen zu beraten. Er installierte außerdem die Geräte und fungierte zugleich als Ansprechpartner bei Fragen, die sich für das Ehepaar im Hinblick auf die Nutzung der Technik ergaben.

Bei der Entscheidung, diese Techniken einzusetzen, fanden insbesondere auch ethisch-rechtliche Aspekte eine Berücksichtigung. Die Sensibilisierung und der Anstoß zur kritischen Reflexion eines Technikeinsatzes mit dem Betroffenen und seiner Ehefrau (Betreuerin) gehörte zu den Aufgaben der Case Managerin. Im Fokus stand insbesondere die Klärung des Verwendungszwecks des Personenortungsgeräts, aber auch des Bewegungsmelders. Seitens des Ehepaares sollten durch den Einsatz der Technik primär die Förderung der Bewegungsfreiheit des Ehemanns und somit seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben intendiert sein. Die Technik sollte nicht dafür eingesetzt werden, um den Ehemann beim Verlassen der Wohnung aufzuhalten oder zurückzuholen. Es sollte sichergestellt sein, dass der Ehemann nicht unbemerkt die Wohnung ver-

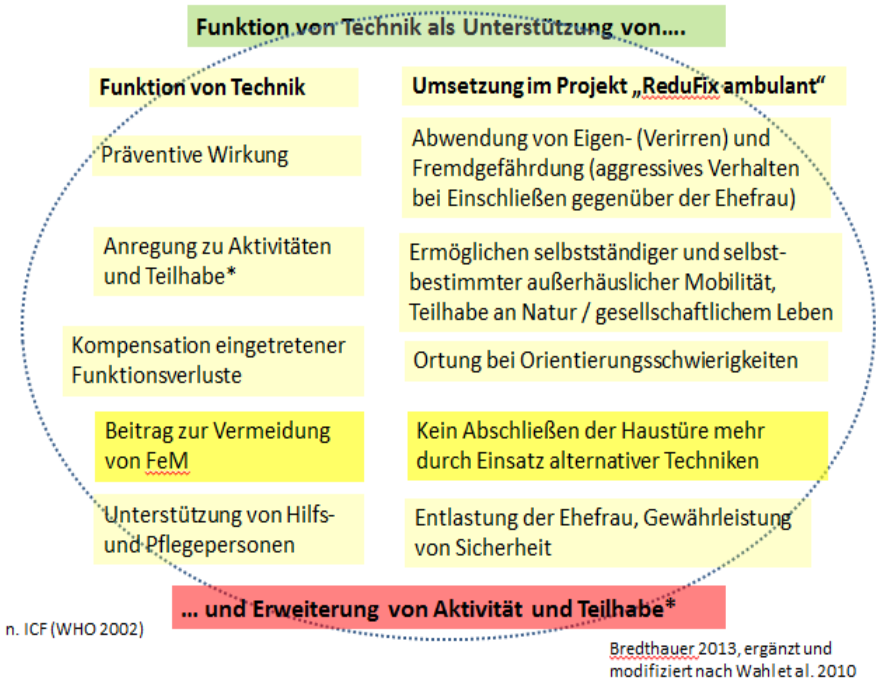
lässt (z.B. nachts) bzw. gefunden werden kann, wenn er nicht von alleine zurückfindet bzw. einen zuvor festgelegten Entfernungsradius überschreitet.

Wenngleich die rechtliche Situation der bisherigen Praxis des Abschließens der Wohnungstür aus formal-juristischer Sicht „geregelt" war (reine Familienpflege ohne Beteiligung eines professionellen Pflegedienstes, Betreuung bestehend mit entsprechendem Aufgabenkreis), litten beide Ehepartner unter der Situation. Richtungweisend für den Abwägungs- und Entscheidungsprozess für oder wider den möglichen Einsatz von Technik war einerseits die für beide Ehepartner als sehr belastend erlebte Einschränkung der Freiheits- und Teilhaberechte des Ehemannes mit der bisherigen Lösung, andererseits die Chance auf Freiheitserweiterung bei gleichzeitiger Gewährung von Sicherheit durch das Ortungsgerät. Andererseits wurde das durch die Techniklösung tangierte Recht auf Privat- und Intimsphäre durch Ortung bei Verirren von beiden als weniger relevant und daher tolerabel bzw. weniger „schwerwiegend" eingeschätzt. Diese Haltung wurde auch durch die Tatsache gefördert, dass eine Ortung des Ehemanns bzw. Benachrichtigung der Ehefrau über den Aufenthaltsort des Ehemannes nur nach Verlassen einer zuvor von beiden definierten geographischen „Sicherheitszone" erfolgen würde, was das recherchierte und ausgewählte Gerät technisch gewährleisten konnte. Als gemeinsames Ziel konnte formuliert werden, dass der Ehemann seinen hohen Drang zur Bewegungsfreiheit und Teilhabe am außerhäuslichen Leben selbstbestimmt ausleben kann und sich seine Ehefrau weitgehend sicher fühlt („für Sicherheit ist gesorgt") bzw. im Bedarfsfall Hilfe geleistet wird. Als Maßnahme wurde ein Gerät ausgewählt und implementiert, welches für die individuellen Bedürfnisse (z.B. Alarmierung erfolgt auf das Handy der Ehefrau, nicht über einen zentralen Dienstleister) geeignet war.

Rückblickend kann festgehalten werden, dass seit der Installation des Funkalarms und des Ortungsgeräts weitgehend auf die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen verzichtet werden konnte. Der Ehemann bewegt sich seither überwiegend frei. Auch für die Ehefrau spielten die technischen Hilfen eine wichtige Rolle. Sie ist weniger in Sorge und deutlich beruhigter. Zum einen wird sie durch das Türsignal aufmerksam, sobald der Ehemann die Wohnung verlässt. Zum anderen kann ihr Mann schnell wieder gefunden werden kann, falls er sich verirren sollte. Für das Ehepaar stellten bei der Auswahl der Technik die Finanzierbarkeit und die Praktikabilität entscheidende Kriterien dar. Bei der Wahl des Personenortungsgeräts spielten zudem das ansprechende Design sowie die Akzeptanz, das Gerät am Handgelenk zu tragen eine Rolle. Keine Rolle spielte dagegen der grundsätzliche Einsatz von Technik als Alternative für das Ehepaar. Dies korrespondiert mit aktuellen Wissensbeständen: Während in der Fachwelt der Einsatz von Technik – insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen –durchaus noch kontrovers diskutiert wird (Heeg et al 2010,Hülsken-Giesler 2007), werden technische Hilfen von den Betroffenen selbst und Ihren Angehörigen bzw. Pflegenden oft als hilfreich und entlastend erlebt (Claßen 2010, Wahl 2010 b). Ablehnung erfahren insbesondere Techniken, die Kontroll- und Überwachungsfunktionen haben wie Wohnungsmonitoring oder andere Sensor- und Ortungstechniken, aber auch (Pflege-) oder sog. „emotionale" Roboter (z.B. die Kuschelrobbe „PARO"), die mit der Befürchtung verbunden werden, dass künftig zwischenmenschliche Interaktion oder pflegerische Tätigkeiten durch Technik ersetzt werden könnten. In diesem Zusammenhang erscheint interessant, dass es sich bei der Anwendung von mechanischer Freiheitseinschränkung – sei es mittels Gurten, Tischsteckbrettern, verschlossenen Türen oder Eigenkonstruktionen (z.B. zwischen Decke und betroffenen Person gespannte „Laufleine" oder bis an die Decke verlängerte Bettgitter) – ebenfalls um Technikeinsatz handelt, der paradoxerweise sowohl von formellen als auch informellen Helfern in der Versorgungsroutine weniger kritisch reflektiert wird. Für diese Haltung fanden sich auch in unserem Projekt zahlreiche Belege (z.B. Experteninterviews, Fallstudien).

In der vorliegenden Fallstudie war die eingesetzte Technik sowohl Mittel zur Unterstützung, als auch zur Erweiterung von Aktivitäten/Teilhabe (nach ICF, WHO 2002). Außerdem wurden Fähigkeitsverluste kompensiert. Dies entspricht der von Wahl et al. im Rahmen des Forschungsprojektes BETAGT klassifizierten Funktionen von Technikeinsatz bei älteren Menschen (2010a), die in der folgenden Graphik visualisiert sind. Übertragen auf den zuvor geschilderten Fall, unterstützte die Technik das hohe Autonomiebedürfnis des Ehemannes. Zuvor war es bei Versuchen des Ehemannes, die Wohnung trotz verschlossener Haustüre zu verlassen, zu teils bedrohlichen aggressiven Auseinandersetzungen mit der Ehefrau gekommen (zweimalig mit der Folge polizeilicher Einsätze). Durch die alternative Techniklösung konnte ihm nun wieder eine autonome Teilhabe an Natur und gesellschaftlichem Leben ermöglicht werden bei gleichzeitiger Gewährleistung bestmöglicher Sicherheit. Auf Seiten der Ehefrau unterstützte der Technikeinsatz das Schutzbedürfnis in ihrer Funktion als Fürsorgende, für beide Partner resultierte darüber hinaus eine deutliche Entlastung und Entspannung auf der Beziehungsebene.

Abb. 4: Funktionen von Technik für Teilhabe



Funktionen von Technikeinsatz im Projekt „ReduFix ambulant“. Bredthauer 2013, ergänzt und modifiziert nach Wahl et al (2010a)

5.1.6.4 Fazit

Die **systematische Recherche** sowie die **Fallstudie** hatten zum Ziel, Erkenntnisse zum Einsatz von Technik bei Personen mit Demenz zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen zu gewinnen. Aufgrund der beiden Untersuchungen kann folgendes Fazit gezogen werden: Die Ergebnisse der systematischen Datenbankrecherche lassen keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit technischer Hilfen hinsichtlich der Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen zu. Der Nutzen technischer Hilfen im genannten Kontext ist bislang lediglich durch Meinungen von Experten ausgewiesen. Wichtige Erfahrungen konnten dahingegen in der Fallstudie gemacht werden. Demnach konnte die Technik einen Beitrag zu mehr Sicherheit leisten und stellte letztlich eine hilfreiche und nützliche Intervention dar, um Maßnahmen der Freiheitseinschränkung zu vermeiden.

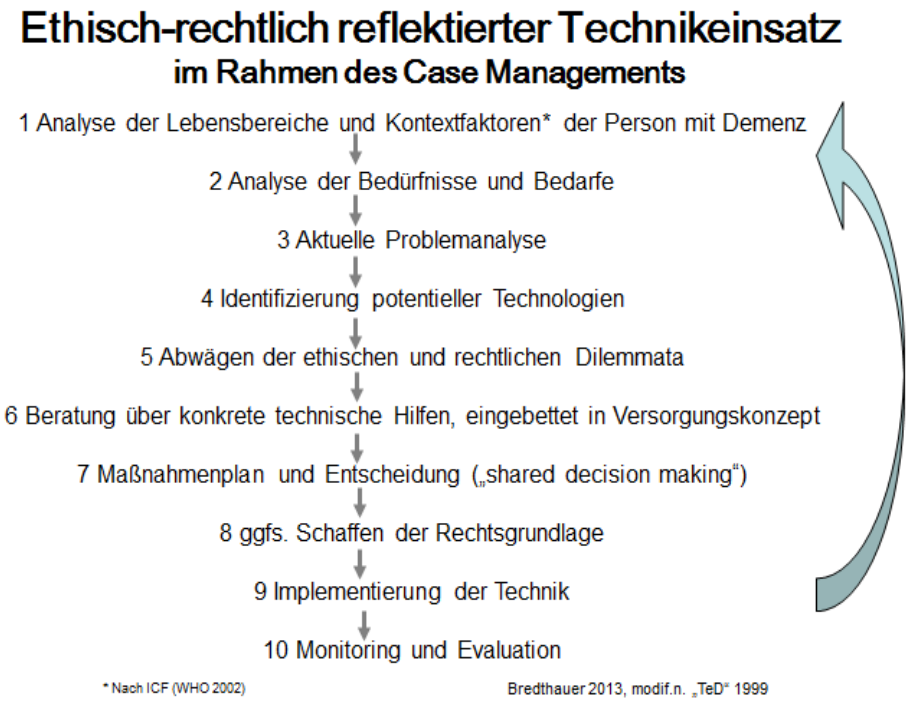
Bei der Auswahl der technischen Hilfen hatte die Berücksichtigung des individuellen Lebenskontextes eine große Bedeutung. In diesem Zusammenhang stellten sich die Vorgehensweise des Case Managements sowie der theoretische Bezugsrahmen der Internationalen Klassifikation von Funktionalität, Behinderung und Gesundheit (ICF) als zielführend für die Entwicklung und Umsetzung passgenauer Hilfen dar.

Als weitere Aspekte, um Technik sinnvoll in Versorgungsarrangements demenzerkrankter Personen zu integrieren, zählen fachliche Kenntnisse über die verfügbaren Produkte, deren Vor- und Nachteile sowie deren Installation und Bedienung. Im vorliegenden Fall wurde – in enger Verzahnung mit der Case Managerin – die Hilfe eines Informatikers mit Masterabschluss in einem einschlägigen Studiengang (interdisziplinäres Masterprogramm „Barrierefreie Systeme" (M. Sc.) an der FH Frankfurt am Main) in Anspruch genommen.

Des Weiteren kommt einer zugehenden Beratungsstruktur eine elementare Bedeutung zu. Dabei besteht erstens die Möglichkeit des persönlichen Kontakts und zweitens die der Einschätzung des Wohn- und Lebensumfelds. Dies stellt aus unserer Perspektive eine Voraussetzung dar, um bedürfnis- und bedarfsgerechte Hilfen zu entwickeln, die einerseits den persönlichen Vorstellungen der Ratsuchenden entsprechen und sich andererseits an den persönlichen Umweltbegebenheiten orientieren.

Eine besondere Anforderung besteht in einem rechtlich-ethisch reflektierten Umgang – das gilt insbesondere für den Einsatz von Techniken, die bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eingesetzt werden und eine Kontroll- bzw. Überwachungsfunktion bieten. Experten fordern in diesem Zusammenhang einen sorgfältigen Abwägungsprozess (z.B. Marshall (ASTRID Group) 2000, Bjœrneby 1999, Bredthauer 2010, Klie 2006, Wahl 2010). Technik darf nicht der reinen Kontrolle und Überwachung dienen und damit ausschließlich zur Minimierung von Risiken eingesetzt werden. Im ethisch-rechtlichen Entscheidungsprozess für einen Technikeinsatz sollten also nicht nur die Sicherheitsbedürfnisse von pflegenden Angehörigen bedacht werden, sondern insbesondere die Bedürfnislage der betroffenen Person Berücksichtigung finden. Entscheidendes Kriterium bei der Auswahl bestimmter technischer Hilfen stellt demnach der natürliche oder mutmaßliche Wille des Betroffenen dar. Dieser kann verbal geäußert, durch Verhalten ausgedrückt und/oder aus der Biographie zu erschließen sein. Schließlich ist noch die Frage einer evtl. erforderlichen rechtlichen Legitimation der technischen Maßnahme zu klären: Ob Eingriff in das Recht auf Intim- oder Privatsphäre oder in die Freiheitsrechte eines Betroffenen – beides tangiert die Grundrechte eines Menschen und bedarf immer der Entscheidung durch den Betroffenen selbst oder dessen Rechtsvertreters, ggfs. auch einer betreuungsgerichtlichen Genehmigung (entsprechend § 1906 BGB). Im nachstehenden Ablaufdiagramm findet sich der von uns vorgeschlagene Entscheidungsfindungsprozess für den Einsatz von Technik bei Menschen mit Demenz.

Abb. 5: Ethisch reflektierter Technikeinsatz



Ethisch-rechtlich reflektierter Technikeinsatz bei Demenz. Bredthauer (2013) modifiziert nach Bjœrneby et al ("TeD") 1999

5.2 Interventionen im Projekt ReduFix ambulant

Die Literaturrecherchen und Datenerhebungen im Projekt ReduFix ambulant haben deutlich gemacht, dass Interventionen bei FeM in der Häuslichkeit auf drei Ebenen ansetzen müssen:

- im Haushalt selbst: Betroffene, pflegende Angehörige, weitere Verwandte, Freunde und Nachbarn
- bei den Institutionen der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf: Ärzte, Pflegefachkräfte, Beratungskräfte, Leitungskräfte von ehrenamtlichen Strukturen, etc.
- in der Öffentlichkeit: Menschen mit und ohne Pflegeerfahrung, Medien, Veranstaltungen.

In der Notwendigkeit von breit angelegten Interventionen zeigt sich auch ein wichtiger Unterschied zu den Konzepten zur Verringerung von FEM in der stationären Pflege alter Menschen (ReduFix und ReduFix Praxis, Werdenfelser Weg, Leitlinie FEM). Letztere zielen auf Organisationsentwicklungs- und Schulungsmaßnahmen in den Institutionen der Altenhilfe und sind somit auf Fachkräfte und eine Fachöffentlichkeit beschränkt. Die Wirksamkeit solcher Ansätze ist zumindest für Schulungen gut belegt (Köpke et al. 2012).

Im ambulanten Kontext stehen dagegen die Betroffenen und vor allem die **pflegenden Angehörigen** als handelnde Akteure im Fokus und müssen somit in die Interventionskonzepte einbezogen werden. Das leistet ein entwickeltes Case Management (vgl. Abschnitt 5.2.1 i. d. Bericht). Außerdem haben pflegende Angehörige häufig einen geringen Kenntnisstand über die rechtliche Bewertung, die Ursachen von und Alternativen zu FeM (vgl. Abschnitt 3.2.1 i. d. Bericht). Deshalb sollten hier zielgruppengerechte Informationen, z.B. in Angehörigen-Selbsthilfegruppen angeboten werden (vgl. Abschnitt 5.2.2 i. d. Bericht). **Fachkräfte** aller Professionen handeln in der ambulanten Pflege und Betreuung in komplexen Netzwerken, in denen unter-

schiedliche und auch gegenläufige Interessen wirksam sind und Schnittstellen oft nicht genügend durchlässig (vgl. Abschnitt 3.2.1 i. d. Bericht) Deshalb müssen ebenfalls Interventionen auf der Ebene der Versorgungsinstitutionen wirksam werden: Dies sind zum einen die systembezogenen Anteile des Case Managements, z.B. die Nachfrage nach neuen Angeboten oder deren Aufbau und zum anderen Schulungen spezifisch für Fachkräfte aus Pflege und sozialer Arbeit und für Ärzte (vgl. Abschnitt 5.2.2 i. d. Bericht). Die gesamtgesellschaftliche Öffentlichkeitreagiert trotz einer zunehmenden Präsenz des Themas Demenz in den Medien und einer wachsenden Anzahl von Betroffenen immer noch verunsichert im Umgang mit Menschen mit Demenz. Gleichzeitig wird der Schutz von älteren, kognitiv verwirrten Menschen vor Gefahren kulturell deutlich höher wertgeschätzt als z.B. der Erhalt ihrer Bewegungsfreiheit. Daraus erwächst der Anwendung von FeM eine Legitimationsressource, die dazu führt, dass sie in der Alltagspraxis häufig unwidersprochen hingenommen werden (vgl. Abschnitt 3.2.1 i. d- Bericht). Um dieser stillen Akzeptanz von FeM zu begegnen bedarf es einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit, die auf einen kulturellen Wandel dringt und die Inklusion von Menschen mit Demenz befördert. Die Veranstaltungen und die Öffentlichkeitsarbeit im Projekt ReduFix ambulant haben hier angesetzt (vgl. Abschnitt 5.2.3 i. d. Bericht).

5.2.1 Case Management basierte Interventionen

Die Studie ReduFix ambulant fußt in fachlich-methodischer Hinsicht auf einer einzelfallbezogenen Vorgehensweise, die dem Arbeitsansatz des Case Management entspricht. Case Managerinnen begleiteten Haushalte, in denen freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen ergriffen wurden. Case Management ist national und international als eine Arbeitsweise und ein Organisationsprinzip in komplexen Lebenssituationen mit multiplen Interventionserfordernissen eingeführt. Dies gilt in rechtlicher Hinsicht seit Einführung des § 7a SGB XI auch und gerade für den Bereich Teilhabe und Pflege. Insofern bietet der Arbeitsansatz des Case Managements im Projekt ReduFix ambulant eine gute Chance, dass die Ergebnisse in die regelhafte Beratungs- und Begleitungspraxis im System der Pflegesicherung Eingang finden. Das Arbeits- und Organisationsprinzip des Case Managements wurde durch entsprechende Qualifikationsmaßnahmen der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Grundlage sowohl der Haltung, als auch der Organisation der Vorgehensweise vermittelt. Angesichts der Verschränkung der Intervention Case Management mit den Anliegen der Forschung, mit der Fallrekrutierung und mit den damit auftretenden Problemen des Zugangs zum Feld, war es nicht intendiert und tatsächlich auch nicht möglich, in dogmatisch strenger Hinsicht dem Case Management Prozess, der typischerweise Grundlage von Case Management-Interventionen ist, zu folgen. Vielmehr galt es, die im Case Management bewährten Arbeitsprinzipien und Prozessschritte in die durch die Dynamik und die Prozesshaftigkeit des Forschungsprojektes vorgegebenen Arbeitsphasen zu integrieren und für ein erfolgreiches Vorgehen nutzbar zu machen. Dabei zeigte sich in vielfältiger Weise, dass der Case Management-Prozess und das für das Case Management typische Rollenverständnis der Akteure in hohem Maße angemessen ist, um den komplexen Konstellationen freiheitseinschränkender Maßnahmen in Pflegesettings wirksam begegnen zu können. Besonders relevant erwies sich dabei die Assessment basierte Vorgehensweise, welche die Gesamtsituation in den Blick nehmen lässt und die gesamte Akteurskonstellation mit zum Gegenstand der Bedarfserhebung macht. Das gilt weiterhin für den systematischen Hilfe- bzw. Serviceplan und die Aushandlung über diesen. Der Case-Management-Ansatz erlaubt es überdies, nicht allein freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Abstellung in den Blick zu nehmen, sondern die Gesamtproblematik aufzunehmen und aus der Sicht des Hilfesystems vorrangig zu bearbeitende Probleme, etwa pflegerischer Art, Fragen der Schuldenregulierung pp. zu bearbeiten. So werden die Voraussetzung für die Fokussierung des Themas freiheitseinschränkende Maßnahmen aus der Sicht der Beteiligten geschaffen. Der Hilfe- bzw. Serviceplan aus der Perspektive des Case Managements zeichnet sich durch seine Multiperspek-

tivität und Multidisziplinarität aus und beschränkt sich nicht auf pflegerische, sondern bezieht unterschiedlichste Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und der Lebensqualität mit ein. Auch konnten in den sieben Fallkonstellationen die komplexen Formen der Zusammenarbeit mit dem Konzept des Linkings angemessen gestaltet und qualifiziert werden. Angesichts des bislang nicht mit entsprechender fachlicher und rechtlicher Aufmerksamkeit bedachten Themenfeldes der freiheitseinschränkenden Maßnahmen kam es im Rahmen des Case Managements darauf an, ein Umfeld entstehen zu lassen, indem freiheitseinschränkende Maßnahmen nicht mehr durchgeführt werden, bei einer gleichzeitig qualitativ optimalen Betreuung des Betroffenen oder eine Entlastung der Angehörigen. Das Monitoring und die Evaluationsrolle des Case Managements waren im Rahmen des Forschungsprojektes mit den Falldokumentationen und der Fallevaluation aufs Engste verschränkt. Das Rollenkonzept des Case Managements erwies sich als in hohem Maße angemessen für die Begleitung der Haushalte: Es differenziert zwischen dem Broking (Makeln und Vermitteln von Hilfeangeboten), dem Advocacy (der sozialanwaltschaftlichen Vertretung des Betroffenen, der Wahrnehmung seiner Freiheitsrechte), dem Gatekeeping (der Eröffnung von Hilfeoptionen, rechtlichen Unterstützungsressourcen, aber auch den Verweis auf ggf. nicht zugängliche Formen der Unterstützung) sowie des Social Support(der sozialen Unterstützung, der Entwicklung neuer Sichtweisen auf Lebenssituation und das Pflegearrangement und Möglichkeiten ihrer Weiterentwicklung). Dabei kam initial der Social Support-Funktion eine zentrale Bedeutung zu, da diese die Möglichkeit des Vertrauensaufbaus, des Verstehens der komplexen Situationen, der Bearbeitung aus der Sicht der Lebenswelt zentral anstehender Fragen eröffnete. Auch die mit dem Case Management verbundene Unabhängigkeit des jeweils eingesetzten Case Managers oder der Case Managerin bewährte sich in den sieben Fallkonstellationen. Würde die Rolle von einem Pflegedienst, von einem Betreuer ausgeübt, wären potentiell jeweils dilemmatöse Rollen- und Pflichtenüberschneidung und Konflikte entstanden, die im Konzept der Rollenambiguität im Case Management bearbeitbar wurden. Zu den größten Hürden seitens des Case Managements im Projekt ReduFix ambulant gehörte das Problem des Zugangs zu den Haushalten, die sich in betreffenden Situationen kaum für externe Unterstützung und Beratung öffnen. Dies gilt es fach- und sozialpolitisch zu reflektieren, etwa für den MDK, für Formen aufsuchender Beratung von Haushalten, beispielsweise durch die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI, für die Rollenwahrnehmung durch gesetzliche Betreuer oder aber auch in Form der Initiierung von Betreuungsverfahren, die häufig indiziert sein werden, um die Rechtmäßigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen in formeller Hinsicht überhaupt herzustellen.

5.2.2 Schulungen für Pflegekräfte, Beratungskräfte und pflegende Angehörige

Birgit Schuhmacher

Im Projekt ReduFix ambulant wurden drei unterschiedliche Zielgruppen durch Schulungen angesprochen:

- Pflegende Angehörige, insbesondere von demenziell erkrankten Personen
- Professionelle Fachkräfte und ehrenamtliche Helfer: (angehende) Pflegefachkräfte, Pflegehilfs- und Betreuungshilfskräfte, Beratungsfachkräfte, gesetzliche Betreuer, Mitarbeiter des MDK sowie geschulte bürgerschaftliche Engagierte/Ehrenamtliche
- Ärzte, insbesondere niedergelassene Haus- und Fachärzte

Die Schulungsinhalte orientieren sich an den unterschiedlichen Bedarfen und Interessen der Zielgruppen und bauen auf vier Modulen auf (s. Abb. 1).

Die Methodik der Schulungen sieht Informationsvermittlung durch PPT-Präsentationen, gedruckte Unterlagen[5] und erläuternde Beispiele vor, sowie Diskussionen über ethisch richtiges Handeln.

Abb. 6: Schulungsmodule

In den Schulungen für **pflegende Angehörige** wurden unter dem Titel *„Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden"* lebenswelt- und situationsspezifische Themen aufgegriffen, vor allem die Belastung sowie die Sorge um die Sicherheit der demenziell Erkrankten. Dieser niederschwellige Zugang vermeidet Schuldzuweisungen. Der zeitliche Umfang der Schulungen sollte für Angehörige zwei Stunden nicht überschreiten, in dieser Zeit wird eine Betreuungsmöglichkeit benötigt. Es wurde eine Handoutreihe[6] *„Sicherheit für und mit Menschen mit Demenz"* entwickelt, die Handreichungen enthält zu den Themen ‚Haftung und Versicherungen', ‚Selbst- und Fremdschutz bei Weglauftendenz', ‚Technische Hilfsmittel' sowie ‚Autofahren'. Die Schulung *‚Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden'* soll in bestehende Schulungszyklen zum Thema Demenz für pflegende Angehörige bei vor Ort ansässigen Anbietern (z.B. Seniorenbüros, Trägern von Pflegekursen) integriert werden. Entsprechende Vorgespräche wurden bereits geführt.

Die Schulung für **professionelle und ehrenamtliche Helfer** bietet Aufklärung über Verbreitung, Formen und Begründungen des Einsatzes von FeM im häuslichen Bereich sowie über rechtliche Fragen. Außerdem werden technische und soziale Interventionen aufgezeigt. Der Umfang der Schulung beträgt für vier Module mindestens drei Stunden, inkl. (zielgruppenspezifischer) Nachfragen und Diskussion. Zusätzlich erhalten Pflegedienste bzw. Sozialstationen einen an der Methode des Case Managements orientierten Handlungsleitfaden[7], der konkret aufzeigt, welche Schritte ein Pflegedienst einleiten kann, wenn in einem Haushalt FeM angewandt werden. Er soll im Anschluss an die Schulungen ausgehändigt werden. Die Schulungen für professionelle Pflegekräfte sollen in Aus- und Weiterbildungen der Altenpflege integriert werden.

Schulungen für **Ärzte** müssen über die o.g. Module hinaus um Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von sedierender Medikation ergänzt werden. Insbesondere Hausärzte sollen so in ihrem Handeln sensibilisiert werden. Mit der Zielgruppe der Ärzte wurde bisher keine Erfahrung gesammelt, allerdings liegt eine Anfrage eines ärztlichen Qualitätszirkels im Landkreis BHS für eine Information zum Thema vor (Vortrag terminiert auf 28.1.2013). Geplant ist, zweistündige Nachmittags- oder Abendveranstaltungen in Kooperation mit der Bezirksärztekammer als punktefähige Fortbildung zu implementieren

Innerhalb der Projektlaufzeit wurden insgesamt 12 Schulungen, die mehr als 200 Personen erreichten, durchgeführt. Von sechs Schulungen liegen **Evaluationsbögen** vor. Da sich der Zugang zu betroffenen Haushalten schwierig gestaltete, diente die Schulung pflegender Angehöriger nicht nur der Sensibilisierung und Aufklärung, sondern es sollten auch Teilnehmende für die sog. Fallstudien gewonnen werden. Die Eva-

[5] Die Schulungsunterlagen sind nicht Teil dieses Berichts, da sie im Moment nicht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden sollen. Nach tiefergehender Evaluation und darauffolgender Weiterentwicklung der Schulungsinhalte sollen diese in einem Franchise-System weiterverbreitet werden.

[6] S. Anmerkung 1

[7] S. Anmerkung 1

luationen wurden erst durchgeführt, als die Schulungsinhalte entwickelt und im Projektteam verabschiedet waren. Für Angehörigenschulungen wurden Leitungen von Selbsthilfegruppen angesprochen. Das Angebot, Fachkraftschulungen durchzuführen wurde über die Praxispartner disseminiert und gut nachgefragt. Weitere, bundesweite Anfragen liegen bereits vor

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass über 90% der Befragten den Begriff der Freiheitseinschränkenden Maßnahmen kennen und 37% diese „häufig" erleben, 45% „manchmal". Allerdings wurde hier nicht explizit nach dem häuslichen Kontext gefragt, so dass ggf. stationäre (Vor-)Erfahrungen hier mit einfließen.

Im Schnitt fühlen sich die Befragten nach der Schulung noch knapp „gut" (2,03-2,13) über Alternativen, Rechtliche Bewertung und Folgen von FeM informiert. Hier muss die komplexe Thematik noch besser aufbereitet werden. Mit den Rahmenbedingen der Schulung (Vortrag, Zeit, Materialien) sind die meisten TeilnehmerInnen zufrieden oder sehr zufrieden (1,42-1,78). Das Wissen der Dozierenden wurde mit sehr gut (1,42) bewertet. Die offenen Antworten zeigen viel Zustimmung für die Schulungen, aber auch dass sie zeitlich etwas ausgedehnter durchgeführt werden müssten.

5.2.3 Veranstaltungen und öffentlichkeitswirksame Aktionen

Sabine Behrend, Norman Pankratz

Im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald sowie im Stadtgebiet Frankfurt/Main wurden zahlreiche Veranstaltungen und öffentlichkeitswirksame Aktionen durchgeführt, die zur Sensibilisierung und Motivierung der für das Gelingen des Projektes notwendigen Personengruppenbeitrugen. Aufgrund dessen erfolgte die Terminierung der Veranstaltungen zeitnah vor den geplanten Erhebungs- und Interventionszeiträumen des Projektes. Bei den Projektstandorten wurde jeweils eine Auftakt-, sowie Abschlussveranstaltung ausgerichtet. Zum anderen stießen die Fachvorträge durchweg auf großes Interesse bei der Fachöffentlichkeit. In Kontakt mit Angehörigen und der interessierten Öffentlichkeit trat das Projektteam im Rahmen von Verbrauchermessen und öffentlichen Veranstaltungen.

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
05.10.2009	Bad Krozingen Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald (BHS)	Auftaktveranstaltung ReduFix ambulant - Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Altenwerke, Bürgermeister, Allgemeinärzte im LK Breisgau-Hochschwarzwald, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, Politikerinnen und Politiker und alle, die am Thema „Älterwerden" interessiert sind	80	Projektvorstellung, Referate und Workshops zu den Themen Recht & Medizin, moderiertes Gespräch mit Angehörigen und Profis, Abfrage von Erfahrungen der TN & Erwartungen an das Projekt, Sensibilisierung zur Projektteilnahme
08.10.2009	Frankfurt/Main	Statusseminar SILQUA FH	Fachöffentlichkeit		Präsentation von SILQUA-Forschungsprojekten
21.10.2009	Heitersheim (BHS)	„Pfleglich miteinander Leben"	Öffentlichkeit	80	Teilnahme
10.02.2010	Frankfurt/Main	Projektvorstellung / Verein "Handeln statt Misshandeln"	ehrenamtliche und gesetzlichen BetreuerInnen	45	Werbung von BetreuerInnen für die schriftliche Befragung
09.03.2010	Frankfurt/Main	Arbeitskreis Ost	Angehörige, Betroffene	12	Projektvorstellung und Werbung für Teilnahme von betroffenen Haushalten
09.03 2010	Frankfurt/Main	Projektvorstellung / Arbeitskreis der Beratungs- und Vermittlungsstellen	Öffentliche Träger	30	Projektvorstellung und Werbung für die Teilnahme an der schriftlichen Befragung sowie für die Vermittlung von betroffenen Haushalten durch die Fachkräfte beim Arbeitskreis der Beratungs- und Vermittlungsstellen

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
07.06.2010	Frankfurt/Main	„Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden – Das Projekt ReduFix ambulant“	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Altenwerke, Bürgermeister, Allgemeinärzte Frankfurt, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, Politikerinnen und Politiker und alle, die am Thema „Älterwerden “ interessiert sind	60	Projektvorstellung, Referate und Workshops zu den Themen Recht & Medizin, Sensibilisierung zur Projektteilnahme, Abfrage von Erfahrungen der TN & Erwartungen an das Projekt
Juli 2010	Freiburg; Frankfurt/Main	Prospekt	Betroffene Familien		Sensible Akquise von FeM belasteten Haushalten zur TN an Fallstudien
20.07.2010	VS-Villingen	Arbeitskreis Demenz im Landkreis Villingen-Schwenningen	Mitglieder AK Pflege	14	Präsentation des Projektes
27.08.2010	Frankfurt/Main	Museumsuferfest	Öffentlichkeit	ca. 100	Präsentation des Projektes
15.09.2010	Berlin	Sicherheit und Lebensqualität von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung: Freiheitseinschränkende Maßnahmen aus Sicht professioneller Akteure	Teilnehmende des DGGG-Symposiums Fachöffentlichkeit	180	Fachvortrag

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
02.11.2010	Freiburg (BHS)	"Da sind mir die Hände gebunden..." - Informationsveranstaltung "ReduFix ambulant" - Ein- und Ausblicke	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Altenwerke, Bürgermeister, Allgemeinärzte im LK Breisgau-Hochschwarzwald, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, Politikerinnen und Politiker und alle, die am Thema „Älterwerden“ interessiert sind	35	Präsentation erster Ergebnisse der Befragungen und Interviews, Vorstellung einer Studie zur Häufigkeit von FeM in der ambulanten Pflege, Vorstellung der geplanten Interventionsphase
10.11.2010	Bötzingen (BHS)	Sozialstation Bötzingen	Pflegefachkräfte, Berater für Senioren und deren Angehörige	20	Projektvorstellung und Werbung für Studienteilnahme von betroffenen Haushalten
01.12.2010	Freiburg	„Ältere Menschen und häusliche Gewalt“	Öffentlichkeit	55	Projektvorstellung, Posterpräsentation; Beantwortung von Fragen und Werbung für Studienteilnahme auf der Interdisziplinären Fachtagung
10.02.2011	Reutlingen	Redufix – Fachtag	Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit	110	Vortrag „Zwischen Freiheit – Sicherheit und Haftung(sangst)
22.02.2011	Berlin	Fachausschuss des Deutschen Vereins	Mitglieder des Fachausschusses		Vorstellung des Projektes ReduFix ambulant
03.03.2011	Frankfurt/Main	Sicherheit und Lebensqualität von älteren Menschen in der häuslichen Versorgung ReduFix ambulant	Angehörige, Betroffene, professionell Pflegende, Ehrenamtliche	25	Projektvorstellung

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
14.-17.04.2011	Bologna, IT	Tagung: International Association of Gerontology and Geriatrics	Interanationales Fachpublikum	120	Einblicke in den Projektverlauf Diskussionsrunde „Elder Abuse“ und Input "Restrains in Domestic Care: ReduFix Ambulant" und Vortrag „Old People between health and socialcare“
26.05.2011	Frankfurt/Main	Technikeinsatz in der Pflege – ein Ausweg aus dem Spannungsfeld Sicherheit und Freiheit?	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Altenwerke, Bürgermeister, Allgemeinärzte Frankfurt, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, Politikerinnen und Politiker und alle, die am Thema „Älterwerden“ interessiert sind		Referate zu: Integrierter Technikeinsatz in der Pflege, Rechtliche und Ethische Aspekte im Kontext von Freiheitseinschränkung und technischen Alternativen, Chancen und Risiken innovativer Technologien im Alter, Finanzierung von technischen Hilfen, Workshops: 1. Betreuungs- und haftungsrechtliche Fragen zum Betreuungsrecht, 2. Hilfsmitteleinsatz 3. Interdisziplinärer Entscheidungsprozess
08.07.2011	Freiburg und BSH und überregional	Ausstellung auf dem Wissenschaftsmarkt Freiburg	Öffentlichkeit	Ca. 100	Präsentation von Info- und Posterwänden mit Fotos und Projektergebnissen, Ausstellung von FeM-Mobiliar, Verteilen von Postkarten und Projektinfos
26.07.2011	BHS und Freiburg	BZ-Telefonaktion zum Thema Pflege	Angehörige, Betroffene	155	Telefonische Beantwortung von rechtlichen, medizinischen, pflegerischen Fragen durch Experten (2h Laufzeit)

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
Okt 11	Freiburg; Frankfurt/Main	Postkarten im Kompaktformat „ReduFix ambulant“	Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen	3000 (Aufl.)	Postkarten mit drei unterschiedlichen Motiven ("Ich muss Mutter einsperren..."; Anschreien, festbinden. Ich komme sonst nicht klar." ;Bettgitter muss sein...") zur Sensibilisierung von Angehörigen und Professionellen für dieses Thema; Angebot zur Kontaktaufnahmen, Schulungsangebot, Auslage bei verschiedenen Veranstaltungen, in öffentlichen Einrichtungen, Versand der Postkarten
26.10.2011	Freiburg (BHS)	Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden Lebensqualität und Rechte älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Altenwerke, Bürgermeister, Allgemeinärzte im LK Breisgau-Hochschwarzwald, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, Politikerinnen und Politiker und alle, die am Thema „Älterwerden“ interessiert sind	119	Einblicke in den Projektverlauf Präsentation einzelner Ergebnisse , Rechtliche Aspekte ,Ausstellung "Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden", Case Management, Podiumsgespräch: Im praktischen Pflegeeinsatz: Moderne Technik & handwerkliches Know-how, Workshops: 1. Rechtsfragen, 2. Interventionen, 3. Herausforderndes Verhalten
16 - 18.03.2012	Freiburg und BHS sowie Überregional	Ausstellung / Messe „fit for life“	Öffentlichkeit	25.000	Informations- und Posterwände, Postkartenaktion, FeM-Mobiliar

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
28.03.2012	Frankfurt/Main und BHS	Schwierige Pflege: Fixierung ist keine Lösung – Abschlusstagung ReduFix ambulant	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Altenwerke, Bürgermeister, Allgemeinärzte Frankfurt, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Ältere Menschen und ihre Angehörigen, Politikerinnen und Politiker und alle, die am Thema „Älterwerden" interessiert sind	107	Referate: Ängste und Nöte in der Pflege – Sicht einer Angehörigen; Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) in der häuslichen Versorgung: Häufigkeit, Formen, Kontextfaktoren, Haltungen; FeM: Intervention durch Case Management; FeM in der Häuslichkeit – ganz ohne Genehmigung?; Häuslicher Zwang: Schützt Medizin, hilft Recht?; Rechtspolitische Überlegungen zur Sicherheit in der häuslichen Versorgung; Podiumsdiskussion
04.04.2012	Freiburg (BHS)	Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Versorgung: Forschung und Intervention / AK Pflege Landkreis BHS	Mitglieder AK Pflege	23	Grundlagenwissen FeM, Prävalenz, Formen, Kontextfaktoren, Risikogruppen, Interventionen
16.05.2012	Bad Krozingen (BHS)	Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden Freiheitseinschränkende Maßnahmen in stationären Einrichtungen und in der häuslichen Pflege / Pflegestützpunkt Südlicher Breisgau	gesetzlich und ehrenamtlich tätige BetreuerInnen, Fachkräfte amb. Pflegedienste, Beratende, Praktikerinnen und Praktiker aus allen Arbeitsgebieten der Altenhilfe und psychosozialen Versorgung, Angehörige	14	Grundlagenwissen FeM, Rechtliche Aspekte

Datum	Ort	Titel / Institution	Zielgruppe	Anzahl Tn	Inhalte
07.06.2012	Hannover	Fachtagung „ Zukunft der Pflege – Impulse aus Recht und Praxis“ Niedersächsischer Evangelischer Verband für Altenhilfe und ambulante pflegerische Dienste e.V. Titel: „Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden“ Erkenntnisse aus den ReduFix-Projekten / ReduFix ambulant	Tagungsteilnehmende	90	
17.10.2012	Offenburg	Betreuungsverein	BetreuerInnen	25	Projektvorstellung

6 Qualifikationsarbeiten im Projekt ReduFix ambulant

6.1 Bachelor-Thesen am Standort Freiburg

6.1.1 Lebensweltorientierung im Alter. Eine Annäherung an die Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter

Zusammenfassung (Bachelor-Thesis) Anne Göhner

Die Bachelorthesis von Anne Göhner zielt auf eine konkretisierende Beschreibung der Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter. Im Vordergrund standen neben dem subjektiven Erleben der pflegenden Angehörigen dementiell Erkrankter auch die institutionellen und netzwerkbezogenen Rahmenbedingungen deren Lebenswelt.

Folgende Fragen standen im Mittelpunkt:

primär:

- Inwiefern finden sich im Rahmen einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung Erkenntnisse über die Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter?
- Inwiefern ergeben sich daraus Anknüpfungspunkte für die Soziale Arbeit?

sekundär:

– Inwiefern gelingt eine Konkretisierung der Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter anhand der Charakteristik der Lebenswelt als besonderer Modus des Handelns und Verstehens nach Hans Thiersch?

Zur Beantwortung dieser Themenkomplexe wurden zum einen Fachbeiträge und Einzelfallbeispiele im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche identifiziert und ausgewertet, zum anderen flossen Experteninterviews mit in der Beratung und Betreuung Tätigen in die Auswertung ein. Insgesamt wurden neun Beiträge, sechs Einzelfallbeispiele und zwei Experteninterviews ausgewertet.

Fachbeiträge

Durch die systematische Literaturrecherche wurden neun inhaltlich relevante Fachbeiträge (Arnold/ Hedtke-Becker 2000; Bertsch/Entzian 2005; Buhl/Entzian 2002; Entzian 2004; Kämmer 2002; Phillip-Metzen 2008; Pinquart/Sörensen 2005; Tschainer 2002; Zeman 1999) sowie zwei für Einzelfallbeispiele geeignete Beiträge (Herrmann-Stojanov et al. 2008; Tönnies 2004) eruiert.

Einzelfallbeispiele: Herrmann-Stojanov et al. (2008) und Tönnies (2004) stellen in ihren Beiträgen den subjektiv erlebten Alltag pflegender Angehöriger anhand deren individuellen Aussagen dar. Diese wenig interpretierten oder selektiert dargestellten Aussagen dienten der vertiefenden rekonstruktiven Ermittlung der Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter. Es ist nicht auszuschließen, dass die thematischen Schwerpunktlegungen der Originalwerke der Einzelfallbeispiele auf Zeit und Emotionen Einfluss auf die Ergebnisse dieser

Ausarbeitung haben.

Experteninterviews

Auf Grundlage der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche wurden zwei in der Beratung und Betreuung tätige Experten zu Strukturen in Alltag, Freizeit und Urlaubsverhalten pflegender Angehöriger, Problemen bei der Integration externer Hilfen, informelle Unterstützungsnetzwerke, Belastungsempfinden und Zugewinnempfinden, Veränderung der Beziehung zum dementiell Erkrankten und zum sozialen Umfeld sowie Wünsche der pflegenden Angehörigen befragt.

Ergebnisse

Die Fachbeiträge und Einzelfallbeispiele erbrachten Erkenntnisse über und Hinweise zur Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter in den Bereichen des Alltagshandelns, der sozialen Dimension und der subjektiven Situation.

Thiersch beschreibt, dass lebensweltorientierte Forschung aufgrund ihrer Komplexität diffus bleiben kann (Thiersch 2002). Im Rahmen dieser Ausarbeitung zeigte sich ein ebensolcher Effekt. Die Ergebnisse der einzelnen Herangehensweisen erwiesen sich teils als schwierig vergleichbar oder gar widersprüchlich. Der Schwerpunkt der eruierten Fachbeiträge befindet sich auf der Lebensweltorientierung in der ambulanten Versorgung dementiell Erkrankter durch Pflegedienste, wobei der Schnittstellenproblematik eine große Bedeutung zukommt. Der Schwerpunkt der Einzelfallbeispiele befindet sich zum einen auf alltäglichen Strukturen und Unterstützungen, zum anderen auf dem großen Themenkomplex der veränderten Beziehungen und den damit verbundenen Emotionen. Die Experteninterviews ergaben zum einen Erkenntnisse zur konkreten Lebenswelt pflegender Angehöriger, zum anderen lag aber in beiden Experteninterviews der Fokus auf den Angebotsstrukturen der jeweiligen Einrichtung, den spezifischen Tätigkeitsbereichen und der subjektiven Sicht des Experten.

Hinsichtlich der primären Frage – inwiefern sich im Rahmen einer Auswertung von Fachbeiträgen, Einzelfallbeispielen und Experteninterviews im professionellen Umfeld Erkenntnisse über die Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter ergeben – zeigte sich, dass die Themen der alltäglichen Strukturen, der Freizeit- und Urlaubsgestaltung, der Unterstützung durch das familiäre Umfeld, Freunde/ Bekannte und Nachbarn und damit verbundene Veränderungen in den Beziehungen von Relevanz sind. Zudem erwiesen sich insbesondere im Rahmen der Einzelfallbeispiele Emotionen gegenüber dem dementiell Erkrankten und gegenüber den Freunden und Bekannten, welche sich vermehrt zurückziehen, als bestimmend. Im Rahmen der Auswertung der Fachbeiträge sowie in den Einzelfallbeispielen und den Experteninterviews wurde des Weiteren deutlich, dass sich die Integration externer Hilfen an der Schnittstelle zwischen Lebenswelt und Versorgungssystem problematisch gestaltet und hier weiterer Handlungsbedarf herrscht.

Im Rahmen der Experteninterviews zeigte sich die Schwierigkeit, dass das subjektive Erleben pflegender Angehöriger anhand der subjektiven Einschätzung und Erfahrung der Experten erfragt wurde. Hierbei handelt es sich also um eine doppelte Interpretation der eigentlichen Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter. Im Rahmen der Auswertung der Experteninterviews wurde deutlich, dass die professionelle Sicht der Experten auf die Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter sich punktuell von der Wahrnehmung der pflegenden

Angehörigen selbst unterscheidet. Dementsprechend sollte es von weiterführendem Interesse sein zu untersuchen, inwiefern die Lebenswelt der pflegenden Angehörigen tatsächlich von Professionellen wahrgenommen werden kann.

Da die Rolle der Sozialen Arbeit im Feld der ambulanten Versorgung eine Randstellung einnimmt, stand bei der Ermittlung möglicher Anknüpfungspunkte für die Soziale Arbeit bei der Integration externer Hilfen weniger die aktuelle Integration sondern vielmehr das Verständnis nach Kardorff im Mittelpunkt. Kardorff spricht der Sozialen Arbeit eine bedeutende Rolle im Handlungsfeld zu. Die Begründung sieht er darin, dass die Bewältigung der Herausforderung eines Lebens mit Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit eine „komplexe und eigenständige sozialpädagogische und sozialarbeiterische Aufgabe" (Kardorff in Otto/Bauer 2004:204) sei.

Als zentral für die Beratung und Betreuung pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter wurden im Rahmen dieser Ausarbeitung der empathische Umgang mit deren subjektivem Erleben, die Aktivierung von Ressourcen sowie die Aufklärung über die krankheitsbedingten Veränderungen identifiziert.

Hinsichtlich der sekundären Frage – inwiefern eine Konkretisierung der Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter anhand der Charakteristik der Lebenswelt als besonderer Modus des Handelns und Verstehens nach Thiersch gelingt – kam es im Rahmen der Auswertung zu einer Verlagerung des Schwerpunktes.

Erkenntnisse zu den deduktiven Kategorien nach Thiersch bzw. Schütz ergaben sich nur für die Kategorien des Alltagshandelns und der Sozialen Dimension. Insbesondere die Kategorien der räumlichen und zeitlichen Strukturen der Lebenswelt erwiesen sich als zu abstrakt, als dass sie durch die Einzelfallbeispiele hätten beantwortet werden können.

Im Rahmen der Auswertung der Einzelfallbeispiele wurde deutlich, dass – neben den veränderten Beziehungen zum dementiell Erkrankten und zum familiären sowie sozialen Umfeld – Emotionen eine große Rolle spielen. Die enge Verknüpfung der sozialen Dimension mit den Emotionen macht deutlich, wie eng die Lebenswelt pflegender Angehöriger – und die darin enthaltenen Sozialkontakte, Emotionen und Strukturen – ineinander verwoben sind.

Im Verlauf dieser Ausarbeitung ergaben sich Kontextfragen, welche aufgrund des geringen Umfangs nicht beantwortet werden konnten. So wäre es von Interesse zu untersuchen, inwiefern die objektive Situation der pflegenden Angehörigen dementiell Erkrankter Einfluss auf deren subjektives Handeln und Erleben hat. Ebenfalls von Interesse wäre eine nähere Betrachtung der genderspezifischen Unterschiede der Erkenntnisse und Hinweise zur Lebenswelt pflegender Angehöriger dementiell Erkrankter. Zudem wäre eine vertiefende Untersuchung der bereits angedeuteten Gemeinsamkeiten und Widersprüchen der Aussagen aus den Einzelfallbeispielen und der Experteninterviews interessant, da so unterschiedliche Wahrnehmungen der Situation deutlicher würden.

6.1.2 Zwischen Fürsorge und Gewalt – Ältere Angehörige mit Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung. Ein Thema für die Soziale Arbeit?

Zusammenfassung (Bachelor-Thesis) Norman Pankratz

Die vorliegende Arbeit thematisiert Gewalt in der Pflege angehöriger Hochbetagter. Es werden Ursachen und der Umfang von Gewalt beschrieben sowie mögliche Inter- und Präventionsmaßnahmen vorgestellt. Die Profession und die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Kontext von Unterstützungsangeboten für die häusliche Pflege werdendes Weiteren herausgearbeitet. Folglich konzentriert sich die zentrale Fragestellung auf die Erörterung des momentanen Ausmaßes von Gewalt in der Familienpflege, deren Ursachen und wie die Implementierung von effektiven Inter- und Präventionsmaßnahmen unter der Begleitung der Sozialen Arbeit gelingen kann: „Welche Ursachen führen zu Gewalt gegen hochbetagte Familienmitglieder mit Pflegebedarf und unter welchen Bedingungen können Inter- und Präventionsmaß-nahmen gelingen?"

Die häusliche Pflege von Menschen mit Pflegebedarf ist für das deutsche Sozialsystem finanziell nötig, moralisch gewünscht und im Gesetz verankert. Fast 70% der Gepflegten werden zuhause versorgt, zum Großteil nur durch Angehörige. Diese Angehörigen sind meistens weiblich und bis zu einem bestimmten Alter die Lebenspartner. Sind die Angehörigen mit Pflegebedarf älter als 80 Jahre, übernehmen vorwiegend (Schwieger-)Töchter die Pflege. Die Hauptpflegeperson verbringt im Schnitt 36 Stunden in der Woche mit der Pflege und sorgt im Mittel ca. 6 Jahre für den Angehörigen. Klar ist dabei aber natürlich auch: Je mehr Aufgaben und je weniger Unterstützungsangebote auf eine Hauptpflegeperson einwirken, desto eher kann eine Be- oder Überlastung eintreten. Die Pflege von Angehörigen mit Demenz ist nachweislich belastender, als die Pflege eines somatisch chronisch kranken Angehörigen. Die subjektive Belastung der pflegenden Angehörigen hat auf verschiedenen Ebenen Auswirkungen auf das Pflegearrangement. Je stärker sich die Hauptpflegeperson subjektiv belastet fühlt, desto eher kommt es zu aggressiven Verhaltensweisen (vgl. Gräßel 2001: 216). Pflegende geben sehr oft an, stark oder sehr stark durch die Pflege belastet zu sein. Sind somit auch die Angehörigen mit Pflegebedarf stark bis sehr stark von Gewalt bedroht? Geht man von der weit verbreiteten Annahme an, dass Gewalt ein Ausdruck von Über- oder Belastung ist, dann offensichtlich ja. Gewalt macht auch vor alten Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit keinen Halt. Das Ausmaß ist schwer einzuschätzen. Aufgrund eines Abhängigkeitsverhältnisses in der Pflege und möglicher Einschränkungen der Selbstbestimmung des alten Menschen mit Pflegebedarf bleibt diese spezielle Form von Nahraumgewalt oft im Verborgenen. Die Formen der Gewalt sind sehr vielfältig, mitunter kann die Gewalt in der Pflege enorm sein, indem der Pflegende gar nichts tut. Denn anscheinend spielt in der Gewaltdiskussion die Vernachlässigung eine größere Rolle als die Misshandlung. Circa 6% der Pflegenden räumen ein, ihre Angehörigen mit Pflegebedarf mindestens einmal innerhalb der letzten 12 Monate pflegerisch vernachlässigt zu haben. Dieser Prozentsatz wird von den Gepflegten bestätigt. Demgegenüber stellt jedoch über die Hälfte aller ambulanten Pflegekräfte eine pflegerische Vernachlässigung in der Häuslichkeit fest. Der fachpflegerische Blick der professionellen Pfleger ist als Begründung für diese Diskrepanz denkbar, das pflegerische Unwissen der Angehörigen aber ebenso. Der Beziehungsaspekt ist hervorzuheben. Immerhin handelt es sich bei den Tätern um diejenigen, denen man sich oft selbst anvertraut hat. Aber genau dieser Fakt ist wahrscheinlich auch ein Ursprung der innerfamiliären Gewalt. Auch wenn die direkte Gewalt bei dieser Arbeit im Vordergrund steht, dürfen die kulturelle und die strukturelle Gewalt in der Beziehung nicht vergessen werden, da sie die Pflegenden bewusst oder unbewusst beeinflussen.

Aufgrund von multifaktoriellen Bedingungen, durch die Belastungen und Gewalt im Pflegesetting entstehen können, ist nicht zu erwarten, dass die Inter- und Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung bzw. Verringerung von Gewalt in der Pflege ohne weiteres gelingen können. Kenntnisse

über das Pflegesetting und die Ursachen der Gewalt sind für die Auswahl der Unterstützungsangebote notwendig. Diese Kenntnisse sind aber schwer zu generieren. Angebote werden von Betroffenen nur vereinzelt angenommen, auch wenn die Wissenschaft einen hohen Bedarf an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten feststellt. Diesen Bedarf hat aber paradoxerweise die Zielgruppe selbst noch nicht oder nur unzureichend erkannt. Die Bemühungen um das Wohl der Pflegenden zielen auch auf das Wohl der Gepflegten ab. Eine Verbesserung der Inanspruchnahme von Angeboten wird durch die gesetzlich verankerte Pflegeberatung erhofft (§ 7a SGB XI). Eine erste Evaluation dazu wird im Juni 2011 vorgelegt. Um das Wohl der Personen mit Pflegebedarf sicherzustellen, ist die Pflegeberatung nach § 37 SGB XI bei Beziehung von Pflegegeld entstanden. Zur Sicherung der Qualität der Pflege werden Beratungen in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt. Dazu sollte auch die Eruierung von gewaltloser Pflege gehören, um dem gesetzlichen Auftrag Folge zu leisten. Die Gewaltintention und ihre Situationshaftigkeit könnte vor jedem Beginn von Interventionsmaßnahmen professionell eruiert werden. Je nach Ergebnis könnten Sanktionen und/oder Unterstützung beschlossen werden. Dafür müssen jedoch häusliche Pflegearrangements erreichbar sein. Sowohl formelle als auch informelle, sowohl freiwillige als auch vorgeschriebene Dienste können dazu beitragen. Wichtig dafür ist jedoch, dass die Anzeichen von Gewalt gesehen und richtig eingeordnet werden. Hierfür sind eine Sensibilisierung und eine Schulung zu diesem Aspekt nötig. Die Frage, ob eine Maßnahme einen Täter benötigt, wurde also mit „Ja" beantwortet; aus dem pragmatischen Grund, dass somit eine systematische Intervention gewährleistet werden kann. Vorhandene und zukünftige Inter- und Präventionsmaßnahmen sollten einer Wirksamkeitsprüfung unterzogen werden. Diese hätte zur positiven Folge, dass ein systematischer Handlungskatalog erarbeitet werden könnte, der in Zukunft zur Strukturierung und Übersichtlichkeit von Angeboten beitragen würde. Durch die Sensibilität aller, die mit Pflegearrangements Kontakt kommen, können die Anzeichen von Gewalt besser und eher wahrgenommen werden. Dieser benötigte Zugang in die Häuslichkeit, zur Prävention von Isolation, kann sowohl durch gesetzliche Legitimationen als auch durch die „Alltagskontakte" formeller und informeller Dienste sichergestellt werden. Dafür braucht es jedoch einen gesellschaftlichen Auftrag, und gezielte Schulungen für alle Beteiligten. Der Aufbau einer zentralen Stelle, die sich unter der Präambel der „Charta der Rechte hilfe- und pflegedürftiger Menschen" (vgl. BMFSFJ 2010c) für Ältere einsetzt, könnte dies leisten. Zusätzliche Angebote, wie die längst überfällige bundesweite Installation von Krisenberatungsstellen und Notruftelefonen sollten folgen. Den Professionellen (Hausärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter) könnte dabei als Multiplikatoren eine besonders wichtige Rolle zukommen.

6.1.3 Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum

Über die Übertragbarkeit der Konzepte, Arbeitsansätze und Methoden der sozialpädagogischen Familienhilfe

Bachelor-Thesis von Carolyn Noack

Die Bachelorthesis beabsichtigte, ein bereits etabliertes Konzept der Jugendhilfe, die Sozialpädagogische Familienhilfe, auf den Bereich „Gewalt gegen alte Menschen" anzuwenden. Das Feld der Familiengewalt ist bisher geprägt von Forschungsbemühungen, welche sich einseitig auf eine Form der familiären Gewalt konzentrieren. Diese Vorgehensweise trägt jedoch der Tatsache nicht Rechnung, dass alle drei Gewaltformen viele Risikofaktoren und Ursachenbedingungen teilen, und dass Interventionen aus dem einen Feld sich möglicherweise auf ein anderes Feld übertragen lassen. Es ist die Hypothese dieser Arbeit, dass die Ansätze und Konzepte der Sozialpädagogischen Familienhilfe, welche als Intervention im Falle einer Kindeswohlgefährdung dient, auch im Bereich der Gewalt gegen alte Menschen anwendbar sind. Im Verlauf dieser Arbeit konnten verschiedene Erkenntnissen gewonnen werden, welche eine Übertragung der Methoden der SPFH durchaus sinnvoll erscheinen lassen. Insbesondere die Installation des Hilfeprozesses im Lebensumfeld der Familien kann als wichtiger Faktor betrachtet werden, denn familiäre Gewalt betrifft die ganze Familie und deshalb muss eine Intervention auch das gesamte Familiensystem sowie das soziale Umfeld erreichen. Eine derartige Gehstruktur, wie sie die SPFH aufweist, ermöglicht oft erst die Erkennung einer Gewaltsituation

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass das Thema Altenwohl noch weitgehend ausgeblendet wird. Wenngleich sich zunehmend Forschungsprojekte und Initiativen gebildet haben, fehlt es noch immer an einer rechtlichen Verankerung des Altenwohls, vergleichbar mit dem des Kindeswohls und es existieren noch weitreichende gesetzliche Schutzlücken, die den im Grundgesetz verankerten Menschenrechten, wie der Schutz der Menschenwürde (Artikel 1 Absatz 1 GG) und dem Recht auf freie Entfaltung (Artikel 2 Absatz 1 GG) und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 GG) zuwider laufen. Die Voraussetzung für eine, wie auch immer strukturierte Intervention, ist letztlich, eine Gewalthandlung auch zu erkennen und ohne die gesellschaftliche Ächtung von Misshandlungen gegen alte Menschen, ist auch die Etablierung präventiver Maßnahmen nicht möglich. Die derzeitigen Gesetze zum Schutz dieser Gesellschaftsgruppe genügen hier nicht. Weiterhin empfiehlt es sich, vor allem jene Berufsgruppen, welche eine mögliche Altenwohlgefährdung im häuslichen Setting erkennen könnten, für diese Thematik stärker zu sensibilisieren und sie entsprechend zu schulen, damit sie a) Gewalt erkennen und b) Interventionen einleiten können. Weiterhin muss konstatiert werden, dass es in Deutschland bisher an flächendeckenden, effizienten, niederschwelligen Beratungsangeboten fehlt, was letztlich auch auf die noch immer weitverbreitete Tabuisierung und Verharmlosung von häuslichen Gewalt gegen alte Menschen zurückzuführen ist. „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum" ist ein multidimensionales Feld, und kann deshalb mit keinem einheitlichen Instrumentarium bearbeitet werden, sondern es ist wichtig auf verschiedenen Ebenen anzusetzen, um das bisherige Angebot umfassend zu verbessern. Innerfamiliäre Gewalt steht auch in engem Zusammenhang mit strukturellen Problemen in der häuslichen Pflege und mit Defiziten in der ambulanten Versorgung, weshalb es spezifische Hilfezugänge braucht. Eine Reduktion des Problems auf pflegerische Überlastung ist ebenso wenig angebracht, wie deren Ausblendung.

Da häusliche Pflege in einem Setting stattfindet, in welchem sich neben dem Pflegebedürftigen auch die pflegenden Angehörigen, sowie informelle Helfer und professionelle Pflegekräfte befinden, sollte eine adäquate Unterstützung diesem komplexen Zusammenhang gerecht werden und sowohl eine organisierende, als auch steuernde und vernetzende Funktion übernehmen. Das Case Management als ein beziehungs-, und organisationsstrukturierendes Handlungskonzept spielt hier eine tragende Rolle, da es nicht nur die Einzelfallebene beeinflusst, sondern auch Einfluss auf die Organisationsgestaltung und die regionale Netzwerkebene nimmt. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass ein umfangreiches Assessment verbunden mit einem Hilfeplanverfahren, welches das gesamte Umfeld berücksichtigt, ähnlich dem der SPFH, die Grundlage jeder erfolgreichen Intervention im Kontext von Gewalthandlungen gegen alte Menschen in der eigenen Häuslichkeit sind (vgl. auch Abschnitt 5.1.5 i. d. Bericht). Vieles weist darauf hin, dass gerade der Aspekt der Lebensweltorientierung und Ressourcenaktivierung, als sozialarbeiterische Interventionen, maßgeblich an der Reduktion von Gewalthandlungen gegen alte Menschen mitwirken könnten. Bis dato findet die Lebensweltorientierung in der beruflichen Pflege nur wenig Beachtung, obwohl dieses Konzept verschiedene Aspekte der familienorientierten Pflege beachtet. Pflegebedürftigkeit ist etwas Kontextspezifisches und kann ohne die Beachtung der sozialen Eingebundenheit des pflegebedürftigen Menschen nicht verstanden werden. Es erscheint durchaus sinnvoll, eine Unterstützung in Form einer Familienhilfe, welche das ganze Familiensystem im Blick hat, zu implementieren, denn nur so kann sich das Pflegearrangement wieder stabilisieren. Unterstützung beschränkt sich hier nicht auf haushälterische Tätigkeiten. Es geht um mehr- ein Familienhelfer sollte das Leben mit leben und in diesem mit agieren.

Wichtig erscheint auch speziell die Netzwerkarbeit. Gerade im Hinblick auf die pflegerische Überlastung kann der Ausbau des sozialen Netzwerkes zu einer Teilung der Verantwortung und somit einer Entlastung führen. Weiterhin empfiehlt es sich, dass sich pflegende Angehörige, im Sinne des Empowermentkonzepts, noch Bedeutung in anderen Lebensbereichen verschaffen, um nicht Gefahr zu laufen, von der Pflegesituation „absorbiert“ zu werden. Die wichtige Bedeutung eines sozialarbeiterischen Blickes auf das Phänomen der Nahraumgewalt gegen alte Menschen, ist mir im Verlauf dieser Arbeit immer wieder deutlich vor Augen geführt worden, nicht zuletzt auch durch das Konzept der Lebensweltorientierung und das der Ressourcenaktivierung.

6.2 Master- und Bachelor- Thesen am Standort Frankfurt

6.2.1 Expertenbefragung zum Einsatz von Technik bei Personen mit Demenz

Master-Thesis von Susanne Karner

Die Tatsache, dass Personen mit demenziellen Erkrankungen häufig von FeM betroffen sind, zeigt Handlungsbedarf. Gefragt sind unter anderem Interventionen, die die Anwendung solcher Maßnahmen verzichtbar machen. Bislang sind Konzepte häuslicher Demenzversorgung hauptsächlich auf pflegerische und psychosoziale Interventionen ausgerichtet, der Einsatz von Technik spielt dabei generell eine nachgeordnete Rolle.

6.2.1.1 Zielsetzung und methodische Vorgehensweise

Im Fokus vorliegender Untersuchung stand der Gewinn an Erkenntnissen zum Technikeinsatz bei Personen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit. Konkret interessierten folgende zwei Themen:

Welche potentiellen Gefahrenquellen bzw. Problembereiche bestehen im häuslichen Umfeld und welche technischen Hilfen können nützlich sein, diese Risiken bzw. Probleme abzuwenden oder zu mildern? Welche Kompetenzen sind erforderlich, um zu Technik bei Personen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit zu beraten und wie sollte eine solche Beratung aussehen?

Zur Klärung dieser Fragen wurde eine leitfadengestützte Befragung durchgeführt. Interviewpartner waren Praxisexperten, die hauptberuflich pflegerische und psychosoziale Aufgaben im Praxisfeld der häuslichen Versorgung von Personen mit Demenz wahrnehmen. Im Rahmen der Untersuchung konnten sieben Experten befragt werden. Die Gespräche wurden im Zeitraum zwischen September und Oktober 2012 geführt und mit Einverständnis der Befragten auf einen Tonträger aufgezeichnet, im Anschluss transkribiert sowie mittels *Inhaltsanalyse* nach *Mayring (2008)* ausgewertet. Die Ergebnisse aus der Analyse sind im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

6.2.1.2 Ergebnisse

Die Experten nennen die Brand-, Weglauf- und Sturzgefahr als jeweils große Problembereiche. Eine weitere Problematik stellt die Belastung von Pflegenden durch aggressive Verhaltensweisen dar. Bei alleinstehenden Personen betrachten sie die Gefahr der sozialen Isolation als Problembereich. Die Gefahr eines Brandes identifizieren nahezu alle Experten als einen Bereich mit sehr hohem Potential für Eigen- als auch Fremdgefährdung.

In Verbindung mit den genannten Problemfeldern führen die Befragten eine Reihe technischer Hilfen an, die sich wie folgt den identifizierten Gefahrenbereichen zuordnen lassen:

Sturzgefährdung: Hausnotrufsysteme zur Sturz- und Notfallerkennung, Beleuchtungssysteme (Sensor gesteuertes Licht), Niedrigbetten, Hüftprotektoren, Sensormatten

Weglaufgefahr/Gefahr des Verirrens: Personenortungsgeräte, Türsignale

Brandgefahr und Wasserschäden: Herdabschaltung, Rauchmelder, Wasserstopp, Verbrühungsschutz

Die Praxisexperten identifizieren Technik als „hilfreich", sofern diese zur Sicherheit beiträgt, die Pflege erleichtert, die Lebensqualität verbessert und zur Vermeidung von FeM dient. Bezüglich der Nutzung eines Personenortungssystems weisen die Experten auf die Notwendigkeit eines reflektierten Umgangs hin.

Aus Sicht der Experten sind umfassendes Wissen zu den Bereichen Demenz und Gerontologie erforderlich. Zudem sei, um zu Technik zu beraten, der Überblick über die verfügbare Technik, deren fachliche Beurteilung sowie Handhabung essentiell. Kommunikation und die Fähigkeit zu Empathie spielen nach Einschätzung der Befragten eine ebenso bedeutsame Rolle wie Kenntnisse und Fähigkeit der systematischen Problemlösung.

Die Beratung zu technischen Hilfen sollte laut den Befragten im Rahmen eines Besuchs bei den Hilfe- und Ratsuchenden in deren Häuslichkeit stattfinden. Entscheidend seien der persönliche Kontakt und die Einschätzung des Wohn- und Lebensumfelds. Dies sei eine Voraussetzung, um bedürfnis- und bedarfsgerechte Hilfen zu entwickeln, die einerseits den persönlichen Vorstellungen des Ratsuchenden entsprechen und sich andererseits an seinen individuellen Umweltgegebenheiten orientieren. Bei allein lebenden Personen mit einer Demenz ist nach Meinung der

Experten eine Beratung vor Ort sogar unerlässlich. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung bildet hier die Basis für einen gelingenden Unterstützungsprozess. Zeichnet sich ein komplexer Hilfebedarf ab, so sehen die Befragten ein prozesshaftes Vorgehen im Rahmen einer langfristigen Beratung indiziert, d. h. zunächst sollte eine systematische Einschätzung der individuellen Situation erfolgen, bevor entsprechende Hilfsangebote entwickelt werden.

6.2.1.3 Fazit

Die Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den Experten sind insofern von hoher Relevanz, als die genannten Problembereiche Weglauf- und Sturzgefahr sowie aggressive Verhaltensweisen häufig Motive für die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen sind. Während für die Weglauf- und Sturzgefahr der Einsatz von Technik in Betracht kommt, erfordern der Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und die Aufhebung sozialer Isolation alleinstehender Menschen andere Maßnahmen. Die Experten unterstreichen einen reflektierten Umgang mit Technik und fordern Sorgfalt bei der Auswahl technischer Hilfen. Die Ergebnisse machen außerdem deutlich, dass die Beratung zum Technikeinsatz bei Personen mit Demenz eine anspruchsvolle Aufgabe ist, die vielfältige Kompetenzen erfordert und komplexe Anforderungen an den Beratungsprozess stellt. Die Erweiterung der Versorgungskonzepte um den Einsatz von Technik setzt eine spezifische Qualifikation voraus. Die in dieser Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse geben eine Orientierung zu besonderen Problembereichen und hilfreicher Technik, zu erforderlichen Kompetenzen sowie zur Gestaltung einer Beratung zu technischen Hilfen.

6.2.2 Reduzierung von FeM im häuslichen Umfeld

Entwicklung eines standardisierten FeM-Assessmentinstrumentes für ältere Menschen mit Pflegebedarf

Bachelor-Thesis von Lisa Walther

Freiheits- (FeM) und bewegungseinschränkende Maßnahmen (BeM) im häuslichen Umfeld sind bislang nur wenig erforscht. Aufgrund der mangelnden Datenlage müssen Instrumente zur Erhebung der Prävalenz, Ursachen, Gründe und Risikofaktoren von FeM sowie zum Umgang mit FeM geschaffen werden.

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojektes „'ReduFix ambulant' - Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von alten Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf". Das entwickelte Assessmentinstrument fand im Rahmen von qualitativen Fallstudien des Projektes Verwendung.

Ziel dieser Arbeit ist die Konstruktion eines standardisierten Assessmentinstrumentes, um freiheitseinschränkende Maßnahmen im häuslichen Umfeld erheben zu können. Durch die Bereitstellung eines Assessmentinstrumentes können Risikofaktoren, Gründe und Ursachen der Anwendung sowie die Belastungssituation pflegender Angehöriger standardisiert erhoben werden. Risikofaktoren sind beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten der zu pflegenden Person oder auch Überforderung bzw. Belastung seitens der pflegenden Person, die zu einer Anwendung von FeM führen können. Außerdem können durch die Anwendung eines FeM-Assessmentinstrumentes

Rückschlüsse auf die Bedarfe und Bedürfnisse betroffener Personen und deren pflegenden Angehörigen gezogen werden.

Basis des konstruierten Assessmentinstrumentes sind bereits etablierte, themenverwandte Instrumente. Die Auswahl dieser Instrumente erfolgte auf Basis von Expertenmeinungen und aufgrund vorausgegangener Freihandsuchen. Zur Erstellung des Assessmentinstrumentes wurden die gewählten Instrumente hinsichtlich ihrer Dimensionen, Items und nach definierten Kriterien analysiert. Im Anschluss an eine umfassende Expertenvalidierung wurde das Instrument im Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V. im Fachbereich Ambulante Dienste drei Pretests unterzogen und anschließend modifiziert.

Die Ergebnisse aus den Pretests zeigten, dass das Assessmentinstrument praktikabel ist - es sollte jedoch nicht im Rahmen des Erstgesprächs verwendet werden. Zukünftig könnte das Instrument von geschulten Pflegefachkräften eingesetzt werden, wenn beispielsweise nach einem vorgeschalteten Kurz-Screening ein begründeter Verdacht bezüglich der Anwendung von FeM besteht. Die erhobenen Daten könnten zukünftig genutzt werden, um Betroffene über bedarfs- und bedürfnisgerechte Alternativen zu beraten.

6.2.3 Familiengesundheitspflege bei älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Kann Familiengesundheitspflege freiheitseinschränkende Maßnahmen bei älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im häuslichen Setting reduzieren?

Bachelorthesis von Andre Terjung

Die Formulierung der Bachelor Thesis erfolgte im Rahmen des Projekts ReduFix ambulant. Dabei wurde untersucht, ob die Familiengesundheitspflege freiheitseinschränkende Maßnahmen bei älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im häuslichen Setting reduzieren kann. Zunächst werden die Hintergründe und Inhalte der Familiengesundheitspflege erläutert, freiheitseinschränkende Maßnahmen definiert und für die Forschungsfrage relevante Studienergebnisse vorgestellt. Auf der Grundlage dieses Verständnisses erfolgte eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed. Es wurden keine relevanten Studien zur Forschungsfrage gefunden. Für die Diskussion ließ sich jedoch ein systematisches Review von Mantovan et al. (2010) verwenden, da einige Endpunkte der Review-Frage mit den Ursachen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen übereinstimmen und da familienzentrierte Interventionen untersucht wurden. Psychoedukative, psychosoziale Interventionen und das Case Management sind Bestandteil der deutschen Qualifikation ‚Familiengesundheitspflege' und haben positive Effekte auf Ergebnisparameter wie Depressivität, Fähigkeiten und Wissen oder Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz. So kann in dieser Arbeit nur die Vermutung aufgestellt werden, dass die im Review gefundenen und im Konzept der Familiengesundheitspflege beschrieben Interventionen freiheitseinschränkende Maßnahmen reduzieren. Aufgrund fehlender evidenzbasierter Konzepte und Interventionen für die bestehende Problematiken im Gesundheitssystem und auf der Fallebene bedarf es einer Überprüfung der Familiengesundheitspflege durch klinische Studien, welche die Hypothesen dieser Arbeit verifizieren oder falsifizieren. Diese Daten sind auch wichtig für die Umsetzung der WHO-Forderung nach Familiengesundheitspflege in Europa.

6.2.4 Wohnraumanpassung bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen

Diplomarbeit Sandra Gratzkowski

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird erörtert, welche Wohnraumanpassungen die Sicherheit, die Lebensqualität, die Mobilität und die Bewegungsfreiheit bei Menschen mit Demenz positiv beeinflussen. Ein weiteres Augenmerk liegt in der Beschreibung der Wohnraumanpassungsmaßnahmen, die zur Verbesserung der Sicherheit, der Lebensqualität, der Mobilität und der Bewegungsfreiheit angewendet werden. Anhand dieser Kriterien wurden Forschungsfragen gebildet, die untersuchen sollen, wie viele Menschen mit Demenz oder deren Angehörige eine Beratung zur Wohnraumanpassung wünschen und welche Beweggründe diese nennen. Weiterhin wurde die Forschungsfrage gestellt, welche Maßnahmen sich auf die Sicherheit, die Mobilität, die Lebensqualität und die Bewegungsfreiheit auswirken. Abschließend wurden die Auswirkung und die Nutzung dieser Maßnahmen geklärt. Zur Beantwortung dieser Fragen wurde zunächst eine Literaturrecherche zu der Thematik „Auswirkung von Wohnraumanpassungen bei Menschen mit Demenz" durchgeführt. Die Literaturrecherche lieferte keine befriedigenden Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen. Auf Grund dessen wurden Experteninterviews mit Wohnberatern, die bereits Erfahrung in der Beratung von Menschen mit Demenz haben, geführt. Ergebnis der Experteninterviews war, dass nur ca. 2-20% aller Beratungen zur Wohnraumanpassung auf Menschen mit Demenz oder deren Angehörige fallen. Bei einer Beratung von Menschen mit Demenz fordern nur Angehörige eine Beratung. Angehörige von Menschen mit Demenz nennen als Beweggründe den Wunsch nach einem barrierefreien Umfeld, wie z.B. problemloser Zugang zur Dusche, Treppenüberwindung. Weitere Anhaltspunkte sind Probleme in der Alltagsbewältigung, der Bewegung und der Versorgung. Diese Gründe zählen ebenfalls zu den Beweggründen für eine Beratung von Menschen ohne Demenz. Explizit bei Demenz ist die Schaffung von Sicherheit und Bewegungsfreiheit ein wichtiger Aspekt. Als weitere Motivation, für das Aufsuchen der Beratungsstelle, führen Angehörige Verhaltensauffälligkeiten und den Drang nach fortwährender Bewegung auf.

Zu den Maßnahmen, welche sich auf die Sicherheit, die Lebensqualität, die Mobilität und die Bewegungsfreiheit auswirken und von Wohnraumberatern genannt wurden, gehören: Beschäftigungsarbeiten, die der Betroffene aus früheren Zeiten kennt; Versorgung mit Hilfsmitteln; räumliche Strukturierung und Orientierung durch Farben, Symbole und Stoffe; Schaffung von Bewegungsräumen z.B. durch offene Türen, Mitbenutzung von Freiflächen; helle Lichtverhältnisse; Sicherungssysteme, wie z.B. GPS-Systeme, Herdsicherungssysteme und Beseitigung von Gefahrenquellen und Stolperfallen. Auch ist das Thema der freiheitsentziehenden Maßnahmen ein Bestandteil der Beratung.

Anhand der Ergebnisse der Literaturrecherche und der Experteninterviews können keine Aussagen getroffen werden, ob Angehörige die empfohlenen Anpassungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld durchführen und anwenden. Die Wohnberater konnten keine konkreten Aussagen hierzu treffen, da sie nach der Beratung nicht überprüfen inwieweit das Beratene umgesetzt wird. Auch erhalten sie keine Rückmeldung durch die Beratenen. Die Wohnberater vermuten, dass die Umsetzung des Beratenen von der Intensität der Problematiken mit dem an Demenz erkrankten Mensch, vom Grad der Demenz und dem Alter abhängig ist.

Wohnraumberatungen lösen sowohl bei den Betroffenen als auch Angehörigen von Demenz finanzielle Belastungen und einen zeitlichen Aufwand für die Planung, Beantragung und Umsetzung der Wohnungsanpassungen aus. Die Berater wünschen sich eine Reformation der Finanzierung von Wohnungsanpassung. Hinzu kommt, dass Wohnraumberatungen bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen Konflikte auslösen. Hier nennen die Berater, dass Menschen mit Demenz zum einen aufgrund ihrer Erkrankung keine Krankheitseinsicht haben. Weiter muss, sowohl das Wohl des Betroffenen, als auch des Angehörigen bei der Umsetzung von Wohnungsanpassungen berücksichtigt werden.

Schlussfolgernd ist zu sagen, dass das Thema „Wohnraumanpassung bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen" nicht erforscht ist. Somit besteht ein Bedarf an der Durchführung zu Studien im Bereich Auswirkung, Nutzung und Problematiken von Wohnungsanpassungen bei Menschen mit Demenz. Weitere gewünschte Interventionen sind die Erleichterung in der Antragsstellung von finanziellen Zuschüssen für Wohnungsanpassungen, pauschale finanzielle Zuschüsse für Wohnungsanpassungen vom Staat und die Schaffung eines einheitlichen Berufs der Wohnberater, da bisher alle Wohnberater unterschiedliche Aus- und Fortbildungen genießen.

7 Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse

7.1 Wesentliche Ergebnisse

Das Thema freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit ist ein in der nationalen und internationalen Diskussion bisher vernachlässigtes Thema. Das Projekt ReduFix ambulant hat einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, die Forschungslage einerseits, aber auch die Sensibilität für das Thema in der Fachöffentlichkeit andererseits zu verbessern. Es ist die erste wissenschaftliche Studie, die sich systematisch und interdisziplinär mit dem Themenfeld auseinandergesetzt hat. Die Studie konnte für die beiden Regionen Frankfurt am Main und Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald das Ausmaß freiheitseinschränkender und -entziehender Maßnahmen aus der Perspektive von professionellen Pflege- und Beratungskräften und rechtlichen Betreuern einschätzen. Dabei zeigt sich, dass zwischen städtisch und ländlich geprägten Regionen die Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen, die als solche wahrgenommen werden, differiert. Die erhobenen Zahlen, flankiert durch die Daten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (Herold-Majumar et al. 2010), machen das Ausmaß freiheitseinschränkender und -entziehender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit deutlich und zeigen, dass es sich dabei nicht um Randerscheinungen handelt, sondern um auch qualitativ bedeutsame Phänomene, die auf allen Ebenen fachlichen, aber auch fachpolitischen Handlungsbedarf erkennen lassen. Dies gilt für die Qualifikation der mit den entsprechenden Fragen konfrontierten Professionellen, das gilt für die Information der breiten Öffentlichkeit, aber auch für die systematische Befassung relevanter Stellen (Betreuungsbehörden, Pflegedienste, MDK, Betreuungsgerichte, örtliche Sozialhilfeträger) mit dem Thema. Es gehört zu den wesentlichen Ergebnissen des Projektes, dass das Thema zwar von den verantwortlichen Akteuren als latent Relevantes wahrgenommen wird, jedoch nicht systematisch aufgegriffen. Die qualitativen Fallanalysen erlauben einen Einblick in die Hintergründe freiheitsentziehender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit, die in einem noch ausstehenden Arbeitsschritt mit Hilfe der vorliegenden

Wissensbestände über Belastungssituationen in der häuslichen Pflege kategorisiert und bewertet werden können. Die Erkenntnisse über die multiplen Hintergründe und Kontexte (Überlastung, ein Defizit an geeigneten Betreuungs- und Versorgungskonzepten und -angeboten, Kosten zusätzlicher Betreuung und technischer Hilfsmittel, fehlendes Wissen über Rechtslage und Hilfemöglichkeiten, psychodynamische Hintergründe etc.) sind wesentlich sowohl für das Verständnis von FeM in der Häuslichkeit als auch für die Entwicklung von Interventionen und Maßnahmen, die der Abstellung oder Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen dienen. Die Ergebnisse aus der Befragung der professionellen Akteure aus beiden Regionen zu bedeutungsvollen und wirksamen Interventionen ordnen der Beratung eine besonders hervorgehobene Rolle zu. Entlastende Hilfen, aber auch technische Hilfsmittel werden als potentiell bedeutsame Maßnahmen eingeschätzt. In den Fallstudien wurde deutlich, dass der Aufbau vertrauensvoller Beziehung in die jeweiligen Haushalte im Vordergrund steht, wenn sie auf dem Weg zum Verzicht auf freiheitseinschränkende Maßnahmen begleitet werden sollen. Dabei kommt dem Arbeitsansatz und Organisationsprinzip Case Management für die Arbeit der Beratungskräfte eine qualifizierende Wirkung zu. Es zeigte sich, ohne dass die Ergebnisse insofern generalisierungsfähig sind, dass erst eine umfassendere, auch und gerade pflegerische Aspekte einbeziehende Begleitung und Beratung der betreffenden Haushalte einen längerfristigen Zugang und eine im Sinne des Forschungsprojektes produktive Behandlung des Themas freiheitseinschränkende Maßnahmen möglich machte. Eine alleinige Fokussierung des Themas Freiheitseinschränkung erscheint als nicht zielführend. Das Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit ist überdies, auch das lässt sich als Ergebnis kondensieren, eingebunden in eine regionale Kultur der Pflege und Unterstützung. Werden doch zentral Rollenbilder pflegebedürftiger Menschen als auch die Bedeutung von Freiheitsrechten für die Bildung eben dieser Rollenbilder berührt. Von dem breiten Spektrum technischer Unterstützungsmöglichkeiten, die im Rahmen des Projektes in den Blick genommen wurden, erwiesen sich in der praktischen Anwendung einige als durchaus hilfreich und sowohl Sicherheit stiftend, als auch Lebensqualität erhöhend. Dazu gehörten neben GPS Systemen auch Signalsysteme im eigenen Haushalt. Sowohl unter juristischen als auch unter compliance-Gesichtspunkten führt der Technikeinsatz einzelfallbezogen zu Erfolgen, jeweils eingebunden in einen, im Rahmen der Case Management basierten Unterstützung, erarbeiteten umfassenden Hilfe- respektive Versorgungsplan, der sorgfältig ethische und rechtliche Gesichtspunkte (z.B. Überwachung) berücksichtigt. Zu den wesentlichen Ergebnissen der Studie ReduFix ambulant gehört, dass der Umgang mit den mit freiheitseinschränkenden und -entziehenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit verbundenen Rechtsfragen ausgesprochen defensiv und uneinheitlich erfolgt und gerade hier Unsicherheit und Unwissenheit der meisten Beteiligter besteht. Auch ist eine uneinheitliche Rechtspraxis der Betreuungsgerichte zu beobachten. Das Thema freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen in der Häuslichkeit ist nicht nur in der wissenschaftlichen Literatur und in der pflegepolitischen Diskussion bislang weitgehend ausgeklammert worden. Der Befund gilt auch für die rechtswissenschaftliche und rechtspolitische Befassung mit dem Thema und dies sowohl national wie international.

7.2 Nutzen

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes ReduFix ambulant sind in der Lage auf unterschiedlichen Ebenen Nutzen zu stiften:

7.2.1 Örtliche Ebene

- Für die kommunale Handlungsebene ergeben sich aus den Ergebnissen von ReduFix ambulant Handlungsbedarfe für die kommunale Teilhabe- und Pflegeplanung, die das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen als ein Thema aller relevanter Akteure aufgreift und ein ganzes Maßnahmenbündel aus den Erkenntnissen der Studie ableitet. Dazu gehören etwa Qualifikationsmaßnahmen, Fokussierung der begleitenden Beratung entsprechender Haushalte, gezielte Öffentlichkeitsarbeit, Ausbau entlastender Angebote, Aufnahme des Themas in bestehende Vernetzungszusammenhänge und in die lokale Öffentlichkeitsarbeit.
- Für ambulante Dienste liefern die Ergebnisse von ReduFix ambulant sowohl wesentliche Hinweise auf den Qualifikationsbedarf und seine Beantwortung, auf die Notwendigkeit dienstinterner Standards für den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen und den Auf- bzw. Ausbau von Dienstleistungsangeboten, um im Einzelfall adäquat die Komplexität der im Bereich der freiheitseinschränkenden Maßnahmen liegenden Pflegesettings beantworten zu können.
- Für gesetzliche Betreuer, Betreuungsbehörden und Betreuungsgerichte legen die Ergebnisse von ReduFix ambulant nahe, regional, etwa in den Arbeitsgemeinschaften zu den jeweiligen Landesbetreuungsgesetzen, Vorgehensweisen abzustimmen, wie mit freiheitseinschränkenden bzw. -entziehenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit verfahren werden soll, um auf diese Weise Handlungssicherheit für die Beteiligten und Glaubwürdigkeit im Umgang mit den betreuungsrechtlichen Rechtsfragen in der jeweiligen Region zu stiften. Hier kann die Vorgehensweise in Frankfurt in Teilen als vorbildlich gelten.
- Für die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geben die Ergebnisse von ReduFix ambulant Anlass, sich mit den ihnen regelhaft vorliegenden Informationen über freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit, die im Rahmen des Begutachtungsverfahrens ermittelt werden, unter Beachtung ihrer Zuständigkeit und der ihnen zugewiesenen Aufgaben, sowie datenschutzrechtlicher Bestimmung adäquat und proaktiv anzunehmen. Dazu bieten die Instrumente der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI, aber auch die Gespräche im Rahmen der Begutachtung gemäß §18 SGB XI und die mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz neu eingeführten Rehabilitationsempfehlung weitergehende Anknüpfungspunkte. Exemplarisch durchgeführte Fortbildung für Bedienstete des MDK im Rahmen der Studie geben Anhaltspunkte für entsprechende Befassung mit dem Thema FeM.
- Für die kommunalen Gebietskörperschaften ergibt sich ein bislang für den Erwachsenenschutz so noch nicht aufgenommener und reflektierter Gewährleistungsbereich, der durchaus vergleichbar ist mit Verpflichtungen gegenüber dem Schutz des Wohls von Kindern und Jugendlichen.

7.2.2 Landespolitische Ebene

- Auf der landespolitischen Ebene werfen die Ergebnisse des Projektes ReduFix ambulant Fragen danach auf, in wie weit freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häus-

lichkeit zum Gegenstand von landesrechtlichen oder landespolitischen Maßnahmen gemacht werden können und müssen. Die Ausdehnung des Anwendungsbereiches des Heimrechtes in Hessen auf den ambulanten Bereich wie auch Optionen für eine Weiterentwicklung der Landespflegegesetze, bieten Gelegenheiten, dem Thema rechtliche und politische Verbindlichkeit zu verleihen.

- In den auf Landesebene angesiedelten Gremien, etwa den Landespflegeausschüssen und auch den Landesgremienvertretungen können die Ergebnisse von ReduFix ambulant Anlass geben, sich des Themas systematisch anzunehmen oder in ihrer jeweiligen Zuständigkeit liegenden Maßnahmen zu ergreifen, etwa das Thema zum Gegenstand der Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI für ambulante Dienste oder aber zum Handlungsprogramm der Landesseniorenräte zu machen.
- Dort wo auf Landesebene Gewaltpräventionsprogramme, wie in Hessen, verfolgt werden, können die Ergebnisse der Studie ReduFix ambulant unmittelbar in diese aufgenommen und in Empfehlungen respektive Maßnahmen umgesetzt werden um das bislang unter Gewaltgesichtspunkten weniger reflektierte Problem der Fixierung in der eigenen Häuslichkeit dort mit zu verankern.

7.2.3 Bundesebene

- Der Bundesgesetzgeber ist durch die Ergebnisse von ReduFix ambulant herausgefordert, den bislang engen Anwendungsbereich des § 1906 Absatz 4 BGB noch einmal zu überprüfen und gibt ihm Gelegenheit, die seinerzeit erfolgte Einschränkung der Genehmigungsfähigkeit freiheitsentziehender Maßnahme auf den Bereich der "Einrichtungen" aufzugeben und die Genehmigungsfähigkeit und -pflicht auch für den häuslichen Bereich auszudehnen.
- Die insbesondere von Gisela Zenz, Frankfurt, in die Fachdiskussion gebrachte Ergänzung des Familienrechts um eine Vorschrift des so genannten "Altenwohls" (vgl. Vortrag auf der Abschlusstagung 28.3.2012, www.agp-freiburg.de) gibt Anlass, die Ergebnisse der Studie ReduFix ambulant rechtspolitisch aufzugreifen und in einen größeren Zusammenhang der hohen Vulnerabilität älterer Menschen und eines sich aus diesem ergebenden spezifischen Schutzbedarfes zu rücken.
- Bei einer Weiterentwicklung des Teilhabe-, Pflege- und Altenhilferechtes bieten sich, in gewisser Anlehnung an das Jugendhilferecht Gelegenheiten, dem Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit nicht nur unter betreuungsrechtlichen, sondern auch unter sozialrechtlichen Vorzeichen Rechnung zu tragen und die Pflichten der jeweils verantwortlichen Institutionen nicht nur sozialverfassungsrechtlich rekonstruierbar, sondern auch durch positives Recht greifbarer zu machen.
- Die anstehende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die mit ihr verbundene Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens im Rahmen der Pflegeversicherung böte Gelegenheit, das Thema der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit explizit zu berücksichtigen und zu verknüpfen mit entsprechenden Beratungs- und Begleitungsangeboten.

- Berufsrechtlich legen die Ergebnisse von ReduFix ambulant nahe, das Thema freiheitseinschränkende Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit in die Curricula der einschlägigen Berufsausbildungen, insbesondere der Gesundheits- und Kranken-, sowie der Altenpflege aufzunehmen. Dies gilt auch für die Rahmencurricula für Case Management Ausbildung, die etwa für Pflegeberater verpflichtend ist. Auch in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist das Thema FeM in der eigenen Häuslichkeit zu verankern.

7.2.4 Wirtschaft

- Die Erkenntnisse des Projektes ReduFix ambulant geben der Hilfsmittelindustrie, aber auch dem Entwicklungsfeld AAL Gelegenheit, ihre Produkte noch stärker auf ihren Nutzen in der Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen hin auszurichten und die Compliance-Probleme, aber auch die rechtlichen Voraussetzungen für ihren Einsatz zu reflektieren und ihre Marketingstrategien auch unter Aufnahme des Themas freiheitseinschränkender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit zu qualifizieren.
- Die Softwarehersteller für die Arbeitsbereiche Case Management und Pflegeplanungs- und Dokumentationsprogramme können die Ergebnisse des Projektes ReduFix ambulant nutzen, ihre Tools unter Einbeziehung der Thematik freiheitseinschränkender Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit weiter zu entwickeln.

7.3 Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens

Im Projektzeitraum wurden neben den bereits referierten Studienergebnissen der medizinischen Dienste der Krankenversicherungen keine weiteren systematischen Erkenntnisse auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen bekannt.

8 Veröffentlichungen

Projektbegleitend wurden zahlreiche Veröffentlichungen, insbesondere in der Transferliteratur platziert(vgl. unten). Weitere Veröffentlichungen sind geplant, dazu gehören:

- Aging and Society
- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie
- Psychiatrische Praxis
- Betreuungsrechtliche Praxis
- Zeitschrift für Rechtspolitik
- Sozialer Fortschritt
- Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Deutsches Ärzteblatt

Darüber hinaus ist verbindlich die Veröffentlichung eines praxisorientierten Lehrbuches geplant. Diese Veröffentlichung ist analog angelegt zu dem Band: ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Reihe Power Books im Vincentz Network Hannover. 2007.

Borgloh, B.; Karner, S. (2011): Freiheitseinschränkende Maßnahmen als Forschungsgegenstand. In: Bausteine. Demenz – Handlungswissen für den beruflichen Alltag, 25.Jg., 10/2011, S.14- 15.

Borgloh, B.; Bredthauer, D.; Karner, S.; Klie, T., Schuhmacher, B. (2010): Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Freiheitseinschränkende Maßnahmen aus Sicht professioneller Akteure. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, H. Supplement 1

CAREkonkret / Jg (2012): Häufiger Einsatz von Medikamenten zur Ruhigstellung. In: CAREkonkret, 15.Jg., 04/ 2012, S.9.

Göhner, A.; Klie, T.; Schuhmacher, B. (2012): Mit Case Management Freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege begegnen? Eine Literaturrecherche im Rahmen des Projektes ReduFix ambulant. In: Case Management, 03/ 2012, S.43 – S. 48.

Göres, J. (2012): Jeder zehnte Pflegepatient wird zu Hause von Angehörigen fixiert. In: Badische Zeitung. URL: http://www.badische-zeitung.de/gesundheit-ernaehrung/jeder-zehnte-pflegepatient-wird-zu-hause-von-angehoerigen-fixiert--59139435.html (Zugriff: 15.01.13)

Hahn, S.; Klie, T.; Becker, S. (2012): Risiken eingehen, Ziele erreichen. In: Psych Pflege. 18.Jg., 04/ 2012, S.177- 182.

Karner, S.; Behrend, S.; Borgloh, B.; Klie., T.; Krämer, M.; Schuhmacher, B.; Bredthauer, D. (2010): Sicherheit und Lebensqualität älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung – Das Projekt ReduFix ambulant. In: transferplus, Nr.3, 11/2010, S.06-07.

Klie, T. (2011): "Restraints in Domestic Care: ReduFix Ambulant", The Gerontological Society of American´s 64th Annual Scientific MeetingBoston. November 2011.

Klie, T. (2011): Das Recht auf Risiko. In: Demenz - Das Magazin, 25.Jg., 10/2011, S.38- 41.

Klie, T. (2011): FAQ: Häufig gestellte Fragen zum Thema Fixierung. In: Bausteine. Demenz – Handlungswissen für den beruflichen Alltag, 25.Jg., 10/2011, S.02- 03.

Klie, T. (2011): Fixierung in Pflegeheimen und der häuslichen Pflege. In: Geriatrie-Report. Forschung und Praxis in der Altersmedizin, 06.Jg., 03/2011, S. 08-10.

Klie, T. (2011): Hinter verschlossenen Türen. ReduFix-Ambulant beleuchtet freiheitsentziehende Maßnahmen in der Häuslichkeit. In: Häusliche Pflege, 20.Jg., 07/ 2011, S.28- 31.

Klie, T. (2011): Mut zur Freiheit! In: Bausteine. Demenz - Handlungswissen für den beruflichen Alltag, 25.Jg., 10/2011, S.01.

Klie, T. (2011): Nachgefragt. „Keine Aufsichtspflicht". In: Seniorenratgeber, 12/2011, S.43.

Klie, T. (2011): ReduFix Ambulant – Freiheitseinschränkende und –entziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege. In: BtPrax, 20.Jg., 04/2011, S.154-158.

Klie, T. (2012): Dilemma und Tabu. Freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege. In: Praxis Pflegen. 10/2012. S.14-19.

Klie, T. (2011): „Restraints in Domestic Care: ReduFix Ambulant", Keynote Lecture „Caring Community"- Kongress der International Association of Gerontology and Geriatrics in Bologna, April 2011.

Klie, T.; Hoffmann, B. (2012): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen. In: Betreuungsrecht und –praxis. 2.überarbeitete Auflage, Heidelberg: C.F. Müller Verlag.

Klie, T.; Münzer, E.- M. (2012): „Ich muss Mutter einsperren…". Freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit - Das Projekt „ReduFix ambulant". In: Der Landkreis. Die Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung. 82.Jg., 11/2012, S.637-639.

Klie, T.; Schuhmacher, B. (2012): Für Sicherheit sorgen, ohne zu schaden. Aktuelle Ergebnisse aus einem Freiburger Forschungsprojekt. In: Gepflegt zu Hause, 21.Jg, 03/2012, S.4.

Schuhmacher, B. (2011): Ordnung, Freiheit und Pflege. In: Bausteine. Demenz – Handlungswissen für den beruflichen Alltag, 25.Jg., 10/2011, S.10- 11.

9 Literaturverzeichnis

AltPflAPrV - Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfverordnung. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Altenpflegerin und des Altenpflegers (26.11.2002): Zuletzt geändert durch Artikel 38 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011

AltPflG - Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist

Amt für Soziale Sicherung der Landeshauptstadt München (Hrsg.): Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im häuslichen Bereich. Stand März 2009. URL: http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Betreuungsstelle/dokumente.html (Zugriff 15.01.2013)

Arnold, K.; Hedtke- Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege: eine Arbeitsmappe; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/M.

Barker, N. N.; Himchak, M.V. (2006): Environmental issues affecting elder abuse victims in their reception of community based services. In: Journal of Gerontological Social Work. Volume 48, Number 1-2.S. 233-255

Bäßler, U.; Jonczyk, T.; Rudisch, E.; Werner, R. (2005): In guten Händen. Altenpflege - Lernsituationen in der Altenpflegeausbildung. Arbeitsbuch 2.,Berlin: Cornelsen Verlag

Bertsch, R. (2005): Allein (gelassen) in der Pflege!? : Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige; In: o. A.: Ertrunken im Meer des Vergessens?; Verlag der Kath. Akad. der Erzdiözese Freiburg, Freiburg i. Br.; S. 85-98

Berzlanovich, AM.; Schöpfer, J.; Keil, W. (2007): Strangulation im Sitzgurt. Rechtsmedizin 17. S.363-366

Bjœrneby, S.; Topo, P.; Holthe, T. (1999): "TeD". Technology, Ethics and Dementia. A guidebook how to apply technology in dementia care. Norwegian Centre for Dementia Research.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010c): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Eigenverlag.

Bohnes, H.; Bremer-Roth, F.; Falk, J.; Henke, F.; Lull, A.; Reiner, C.; Rohde, K.; u.a. (2006): In guten Händen. Altenpflege - Fachbuch 2. Berlin: Cornelsen Verlag

Brandenburg, H.; Huneke, M. (2006): Professionelle Pflege alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer

Bredthauer, D. (2006): Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohnern vermieden werden? In: Betreuungsmanagement, Jg. 4, S. 185–191.

Bredthauer, D. (2010): Eure Sorge fesselt mich. Erkenntnisse aus den ReduFix Projekten. PADUA 3: S. 22-28

Brodaty, H.; Green, A.; Koschera, A. (2003): Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. JAGS 51, S. 657–664.

Buhl, A.; Entzian, H.(2002): Wandel gestalten - Wege zu lebensweltbezogenen Unterstützungsformen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen : DGGG-Tagung September 2001, Kiel; Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie; In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd.35, Heft 3, 2002,S. 181-185

Claßen, K.; Oswald, F.; Wahl, H.-W. (2010): Pflege alter Menschen und neue Technologien. Konzeptionelle Grundlagen und empirische Befunde. Psychotherapie im Alter, 7(4), S.445-458

Eloniemi-Sulkava, U. et al. (2001). Effects of Supporting Community-Living Demented Patients and Their Caregivers: A Randomized Trial. JAGS 49, S.1282-1287

Entzian, H. (2004): Pflege, die beim Kunden ankommt : Lebensweltorientierte Pflege schafft Vertrauen und Kooperationsbereitschaft; In: Pflegen ambulant . - Melsungen: Bibliomed Medizinische Verl.-GmbH;Band: 15; Heft: 1; S.: 28-31

Europarat (1997): Bioethikkonvention. URL: http://www.bioethik-konvention.de/bioethik-konvention_texte_und_zusatzprotokolle.html#bioethikkonvention (Zugriff: 13.01.2013)

Farina-Lopez, E.; Estevez-Guerra, G. J.; Nunez Gonzalez, E.; Montilla Fernandez, M.; Santana Santana, E. (2008): Estudio descriptive sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones fisicas en mayores: resultados preliminares. In: Rev EspGeriatrGerontol, Jg. 43, H. 4, S. 201–207.

Gerdner, L. A; Buckwalter, K. C., Reed, D. (2002): Impact of a Psychoeducational Intervention on Caregiver Response to Behavioral Problems. 11/12 2002 Vol 51, No 6, S. 363-374

Gräßel, E. (2001): Angehörigenberatung bei Demenz: Bedarf, Ausgestaltung, Auswirkungen. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 52, H. 6, S. 215–220.

Grond, E. (1997): Altenpflege ohne Gewalt. Hannover: Vincentz Verlag

Hamers, J. P. H.; Huizing, A. R. (2005): Why do we use physical restraints in the elderly? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 38, H. 1, S. 19–25.

Heath, JM.; Kobylarz, FA.; Brown, M., Castaño S., (2005): Interventions from home-based geriatric assessments of adult protective service clients suffering elder mistreatment. In: Journal of the American Geriatrics Society, Volume 53, Issue 9, S. 1538-1542

Heeg, S.; Heusel, C.; Kühnel, E.; Külz, S.; Von Lützau-Hohlbein, H.; Mollenkopf, H., et al.(Eds.). (2007): Technische Unterstützung bei Demenz (Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz ed.). Bern: Verlag Hans Huber.

Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Herold-Majumar, A. et al. (2010): Stichtagserhebung Freiheitsentziehende Maßnahmen zum Annual World Elder Abuse Awareness Day am 15. Juni 2008 und 2009. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Supplement 1, S.16

Herrmann- Stojanov, I. et al. (2008): Wenn´s alleine nicht mehr geht: 14 Reportagen aus dem Pflegealltag modernder Familien. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz

Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (Mai 2009): Rahmenlehrplan des Landes Hessen für die schulische und betriebliche Ausbildung zur Fachkraft Altenpflege. URL: http://www.hessen.de/irj/servlet/prt/portal/prtroot/slimp.CMReader/HSM_15/HSM_Internet/med/444/444506d6-61d4-a321-aeb6-df197ccf4e69,22222222-2222-2222-2222-222222222222,true(Zugriff 15.01.2013)

Holkup, P.A.; Salois, E.M.; Tripp-Reimer, T.; Weinter, C. (2007): Drawing on wisdom from the past: an elder abuse intervention with tribal communities. In: Gerontologist, Volume 47, Number 2, S.248-254

Hülsken-Giesler, M. (2007): Pflege und Technik – Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis. Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. 1. Und 2. Teil. Pflege 20,S. 103-112 und S. 164-169

Jayawardena, K. M.; Liao, Solomon (2006): Elder Abuse at End of Life. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Volume 9, Number 1, 2006.

Kämmer, K. (2002): Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz; In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie,; Band: 35; Heft: 3; Heidelberg: Steinkopff Verlag, Seiten: 186-189

Kienzle, T. (2007): Das Recht in der Heilerziehungs- und Altenpflege. Stuttgart: Kohlhammer

Kipp, J., Jüngling, G. (2007): Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. München /Basel: Reinhardt Verlag

Klie, T. (2006): Der Einsatz von Sensormatten als Hilfsmittel in Pflege und Betreuung unter haftungs-, betreuungs- und heimrechtlichen Gesichtspunkten. PfR 04, S.152-159

Klie, T. (2009): Rechtskunde – Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag

Klie, T. (2011): ReduFix Ambulant – Freiheitseinschränkende und –entziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege. In: BtPrax, 20.Jg., 04/2011, S.154-158.

Klie, T.; Hoffmann, B. (2012): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen. In: Betreuungsrecht und –praxis. 2.überarbeitete Auflage, Heidelberg: C.F. Müller Verlag.

Klie, T.; Stascheit, U. (2008): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden: NomosVerlag

Köpke, S.; Mühlhauser, I.; Gerlach, A.; Haut, A.; Haastert, B.; Möhler, R.; Meyer, G. (2012): Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial. In: The Journal of the American Medical Association (JAMA) 307 (20), S. 2177–2184.

Kors, B., Seunke, W. (1997): Gerontopsychiatrische Pflege. Berlin /Wiesbaden: Ullstein Mosby

Köther, I. (Hrsg.), (2007): Thiemes Altenpflege: Altenpflege professionell. 2. Aufl. mit DVD. Stuttgart: Thieme

KrPflAPrV - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (10.11.2003): Zuletzt geändert durch Artikel 36 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011

KrPflG - Krankenpflegegesetz Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (16.07.2003): Zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011

Kruse, A.; & Wahl, H.-W. (2010). Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen.

Lee, M. (2008): A Path Analysis on Elder Abuse by Family Caregivers: Applying the ABCX Model. JFamViol (2009) 24, S. 01–09

Leung, AY.; Lou, VW. ; Chan, KS.; Yung, A.; Chi, I. (2010): Care Management Service and Falls Prevention: A Case-Control Study in a Chinese Population. Journal of Aging and Health, 22(3), S. 348- 361

Mantovan, F.; Ausserhofer, D.; Huber, M.; Schulc, E.; Them, C. (2010): Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Eine systematische Literaturübersicht. Pflege, 23(4), S. 223-239

Marshall, M. (2000): A Social & Technological Response to meeting the needs of individuals with Dementia & their carers (ASTRID Group). A guide to using technology within dementia care.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.10. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag

McGarry, J.; Simpson, C. (2007): Nursing students and elder abuse: developing a learning resource. In: Nursing Older People. Volume 19, Nr. 2, S. 27-30

Meyer, G.; Schlömer, G.; Warnke, A. (2004): Sturz- und Frakturprävention in der Altenhilfe. Evidenzbasierte pflegerische Versorgung im Pflegealltag. Stuttgart: Kohlhammer

Miller, KL.; Magel, JR.; Hayes, JG. (2010): The effects of home-based exercise program on balance confidence, balance performance, and gait in debilitated, ambulatory community-dwelling older adults: a pilot study. In: Journal of Geriatric Physical Therapy. Volume 33, Issue 2, S. 85-91

Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; Meyer, G. (2011): Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD007546. DOI: 10.1002/14651858.CD007546.pub2

Mollenkopf, H.; Schakib-Ekbatan K.; Oswald F.; Langer N. (2005): Technische Unterstützung zur Erhaltung von Lebensqualität im Wohnbereich bei Demenz. DZFA Forschungsbericht Nr. 19

Neuber, G. (2002): Praktische Ausbildung in der Altenpflege. Checklisten für Auszubildende und Praxisanleiter. Stuttgart: Kohlhammer

Otto, U.; Bauer, P. (2004): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen; in: Thiersch (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit – Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/ München: Juventa Verlag, S. 195-212

Patwell, T. C. (1984): Familial Abuse of the Elderly: a look at Caregiver Potential and Prevention. Home Healthcare Nurse, Vol. 4, Nr. 2, S. 10-13

Philipp-Metzen, H. E. (2008): Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz: Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie; Auflage 1.Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Pinquart, M.; Sörensen, S. (2005): Belastungen pflegender Angehöriger. Einflussfaktoren und Interventionsansätze; In: Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten; Bd. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf-und Lebenslagenperspektive; DGVT Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie, Tübingen; S. 617-637

Robinson, L. et al. (2009): Primary care and dementia: 2.long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management. IntJGeriatrPsychiatry 2010; 25, S. 657-664.

Seel, M. (1998): Die Pflege des Menschen. Gesundsein – Kranksein – Altern – Sterben – Beobachtung – Unterstützung – Pflegetechniken – Pflegestandards – Besondere Lebens- und Pflegesituation – Pflegekonzepte. 3. vollst. überarb. erw. Auflage, Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Seel, M., Hurling, E. (2005): Die Pflege des Menschen im Alter – Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL. 3. überarb. und erw. Aufl., Hannover: Brigitte Kunz Verlag und Schlütersche Verlagsgesellschaft

Sowinski, C. und Behr, R. (2002). Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheitspersonal. 2010 nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung in 1 000. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Content75/Beschaeftigung,templateId=renderPrint.psml (Zugriff: 02.02.2012)

Statistisches Bundesamt (2011): Fachserie 11 Reihe 2. Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2010/2011. Wiesbaden. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/FachveroeffentlichungenBildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200117004,property=file.pdf und http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/FachveroeffentlichungenBildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen,templateId=renderPrint.psml (Zugriff: 02.02.2012)

The Norwegian Centre for Dementia Research (1999): „TeD" (Technology, Ethics and Dementia. EU Project.

Thiersch, H. (2002): Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit – Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung. Weinheim/ München: Juventa Verlag,

Tönnies, I.(2004): Abschied zu Lebzeiten : wie Angehörige mit Demenzkranken leben. Bonn: Psychiatrie-Verlag,

Tschainer, S. (2002): Alltagsprobleme und Maßnahmenfelder; Kuratorium Deutsche Altershilfe, Experten- Workshop "Demenzbewältigung in den eigenen vier Wänden"; In: Demenzbewältigung in den eigenen vier Wänden. Köln: KDA, , S: 30-45

Veer, A. J. E. de; Francke, A. L.; Buijse, R.; Friele, R. D. (2009): The Use of Physical Restraints in Home Care in the Netherlands. In: Journal of the American Geriatrics Society, S. 1–6.

Wahl, H. W.; Oswald, F.; Claßen, K.; Voss, E.; Igl, G. (2010). Technik und kognitive Beeinträchtigung im Alter. In A. Kruse (Hrsg.), Lebensqualität bei Demenz?. Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter (S. 99-115). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft Aka.

Wahl, H-W.; Oswald, F.; Claßen, K.; Becker, C.; Heusel, C.; Antfang, P. (2010): Bewertung neuer Technologien durch Bewohner und Personal im Altenzentrum Grafenau der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung und Prüfung des Transfers ins häusliche Wohnen (BETAGT). Abschlussbericht (Robert Bosch Stiftung)

WHO (2002) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dt. Fassung Oktober 2005. Online-Ressource: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm (Zugriff: 14.01.2013)

Wilson, D. M.; Ratajewicz, S.E.; Els, C.; Asirifi, M. A. (2011): Evidence-Based Approaches to Remedy and Also to Prevent Abuse of Community-Dwelling Older Persons. In: Nursing Research and Practice (Article ID 861484), S.01–05

World Medical Association (WMA) (2008): Helsinki Deklaration. URL: www.bundesaerztekammer.de/downloads/deklhelsinki2008.pdf (Zugriff: 13.01.2013)

Zeman, P. (1999): Probleme der Vernetzung von sozialen Diensten und Lebenswelt in häuslichen Altepflegearrangements; In: Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 375-387