

Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Pflege

Ursachen, Vermeidung, Legitimation

Nora Wilcke, M.A.

Prof. Dr. Dagmar Brosey

Prof. Dr. Renate Kosuch

TH Köln

Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

Modellprojekt „Gelassen – nicht alleine lassen“

Projekträger Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V.

Gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege

Inhalt

1 Einleitung	3
2 Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Pflege	4
2.1 Formen von FeM	5
2.2 Prävalenz	6
2.3 Risikofaktoren für die Anwendung von FeM	9
2.4 Sorgenauslösende Faktoren	13
3 Rechtliche Bewertung von FeM in der häuslichen Pflege	16
4 Schritte für eine Vermeidung von FeM in der Praxis	27
4.1 Analyse herausfordernder Verhaltensweisen und Sturzgefährdungen	28
4.2 Analyse und Förderung des psychischen Wohlbefindens der Pflegenden.....	31
4.3 Alternative Handlungsmöglichkeiten	37
4.3.1 Sturzprophylaxe	38
4.3.2 Herausfordernde Verhaltensweisen	39
5. Entscheidungshilfen zur Prüfung einer FeM	41
6 Fazit und Ausblick	45
Literaturverzeichnis	48

Impressum:

TH Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

www.th-koeln.de

Prof. Dr. Renate Kosuch, Prof. Dr. Dagmar Brosey, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaft, TH Köln

1 Einleitung

Frei über den eigenen Aufenthaltsort zu entscheiden, ist ein hohes Gut und deshalb auch als Menschenrecht jeder einzelnen Person im Grundgesetz verankert. Die Einschränkung oder der Ausschluss der Fortbewegungsfreiheit ist deshalb immer rechtfertigungsbedürftig und das sowohl unabhängig von Art und Schwere des Eingriffs als auch unabhängig vom Gesundheitszustand und Alter der Person. Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) müssen daher immer die absolute Ausnahme sein und dürfen nicht als Folge von Überforderung, Unwissenheit, falscher Gefahreinschätzung oder zwecks Pflege erleichterung eingesetzt werden (vgl. Köpke et al. 2015, S. 11 ff.).

Demenziell erkrankte Menschen gelten als Hochrisikogruppe, Adressat*innen von FeM zu werden, weil den Folgen des Krankheitsbildes Risikofaktoren inne liegen, die eine Anwendung wahrscheinlich machen. Das Risiko kann sich speziell innerhalb häuslich erbrachter Pflege durch diverse Faktoren erhöhen. Unabhängig einer denkbar fürsorglichen Intention und dem Umstand, dass diese häufig gar nicht als lösbares Problem von pflegenden Angehörigen wahrgenommen werden, können diese FeM in die Rechte der betroffenen Menschen eingreifen, obwohl es Alternativen dazu gibt und können zudem eine Vielzahl an Risiken und Nebenwirkungen bergen.

Eine Sensibilisierung gegenüber Gewalt innerhalb von Pflegekontexten und ein fachlicher Wissensaufbau zu FeM ist daher dringend geboten – nicht nur aufseiten häuslich Pflegenden (vgl. Suhr 2015, S. 5; vgl. Karner 2013, S. 32). Damit FeM vermieden werden können, brauchen pflegende Angehörige und auch in Pflegekontexten beruflich tätige Personen die Möglichkeit, sich das dazu notwendige pflegfachliche und rechtliche Wissen anzueignen (vgl. ZQP 2016, S. 8 f.).

Ziel dieser Ausarbeitung ist es, genau dazu beizutragen. Die immanent mitlaufende Frage ist: **Wie können FeM vermieden werden?** Dabei möchten wir insbesondere jene Personen ansprechen die beruflich in Pflegekontexten tätig sind, da sie mit ihrem Kontakt zu Erkrankten, Pflegenden und weiteren Angehörigen die wichtigste Stellschraube darstellen, um eine gewaltfreie Pflege in der Praxis zu realisieren .

In Kapitel 1 werden nun zunächst Informationen und aktuelle Forschungsergebnisse zu dem Themenfeld zusammengefasst: *Welche Formen von FeM gibt es, wie häufig kommen solche Maßnahmen zum Einsatz, welche Risikofaktoren erhöhen die Anwendungswahrscheinlichkeit und welche Faktoren lösen bei pflegenden Angehörigen Sorgen um die Sicherheit der Erkrankten aus?* Nachdem diese Fragen beantwortet wurden, werden in Kapitel 2 die aktuelle Rechtslage und die daraus resultierenden Folgen für die häuslich erbrachte Pflege im Kontext rechtlicher Betreuung dargelegt: *Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für FeM, wer*

darf diese veranlassen und kann eine FeM überhaupt im Einzelfall erforderlich sein, wenn doch Alternativen möglich sind? Nach den diesbezüglichen Erörterungen werden in Kapitel 3 und 4 konkrete Ansatzmöglichkeiten vorgestellt, um FeM in der Pflege zu vermeiden und Maßnahmen auf ihre Legitimität und Sinnhaftigkeit hin zu prüfen: Welche Alternativen gibt es, um FeM zu vermeiden und wie können Maßnahmen auf ihre Eignung und Erforderlichkeit hin geprüft werden? Welche alternativen Vorgehensweisen gibt es beim Vorliegen einer Sturzgefährdung und welche bei Vorliegen herausfordernder Verhaltensweisen?

2 Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Pflege

Forschungsarbeiten hinsichtlich der Anwendungspraxis belegen, dass FeM häufig vorsorglich getroffen werden und oft nicht notwendig sind - entweder, weil die Gefahr an sich nicht wie dargestellt/befürchtet besteht, oder weil die Maßnahmen nicht die gewünschte Wirkung haben bzw. die Nebenwirkungen in ihren Grad als ebenso gefährlich zu beurteilen sind. So ist es bspw. bis heute nicht erwiesen, ob z.B. eine Fixierung eine tendenzielle Sturzgefahr wirksam vermindern kann. Aber durch den Muskelabbau, der durch Bewegungsmangel hervorgerufen wird, wird das Risiko von Stürzen für die Folgezeit sogar erhöht (vgl. ZQP 2015, S. 75; vgl. BMFSF 2015, S. 9 ff.). Weiter ist in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen insbesondere bei mechanischen Fixierungen zu beachten, dass diese oftmals genau jenes Verhalten fördern, das durch die Maßnahme verringert werden soll: Sie verursachen seelische und körperliche Unruhe bzw. massives Stresserleben und Depressionen und Aggressionen und **steigern das Gefühl von Unsicherheit, Ängstlichkeit und Autonomieverlust**. Zudem können hierdurch Halluzinationen ausgelöst oder intensiviert werden. Zusätzlich ist die Anwendung von FeM häufig mit einem Ausbau der medikamentösen Versorgung gekoppelt (vgl. ZQP 2015, S. 75; vgl. Becker et al. 2007, S. 23 f., 63; vgl. Hell 2014, S. 6). „Da alte Menschen aufgrund von Veränderungen im Medikamentenstoffwechsel/-abbau (Pharmakokinetik), Multimorbidität und Polymedikation eine erhöhte Empfindlichkeit für Psychopharmaka aufweisen, geht dies wiederum mit einem hohen Nebenwirkungsrisiko einher“ (Bredthauer 2008, S. 26). Weiterhin ist stets zu berücksichtigen, dass die Anwendung von FeM sowohl das Wohlbefinden der Gepflegten, als auch der Pflegenden angreift und hierdurch Symptome zusätzlich verstärkt werden können (vgl. Hell 2014, S. 6).

Wenn wir uns die Frage stellen, wie es möglich ist eine häusliche Pflege zu etablieren, in der die Anwendung von FeM vermieden wird und FeM nur dann Anwendung finden, wenn diese das notwendige, legitime und mildeste Mittel darstellen, müssen wir uns zunächst der Frage widmen, was genau unter einer FeM verstanden werden kann und wie verbreitet dieses Phänomen ist.

2.1 Formen von FeM

Grundsätzlich zeichnen sich alle Formen FeM dadurch aus, dass sie Dritte in ihrer Bewegungsfreiheit begrenzen. Die Wirkung der Maßnahme kann dabei freiheitsbeschränkend (FbM) oder freiheitsentziehend (FEM) geartet sein. **FEM sind in ihrer Dauer, Intensität und ihren Konsequenzen bzw. Folgen besonders schwerwiegend** für die Betroffenen, denn die Bewegungsfreiheit wird hierbei nicht „nur“ begrenzt (bspw. durch Verweigerung des Zugangs zu einem bestimmten Wohnraum), sondern sie wird partiell oder gänzlich ausgeschlossen. FEM sind dabei alle Maßnahmen, die zu einem längerfristigen wiederkehrenden Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit führen und eine Intensität aufweisen. Dies gilt insbesondere in zeitlicher Hinsicht“ (BVerfG v. 24.07.2018, Az: 2 BvR 309/15: mehr als 30 Minuten bei einer Fixierung).

FeM werden durch **Vorrichtungen, Materialien und Gegenstände** umgesetzt, die entweder körpernah angebracht werden (bspw. Fixierungsgurte), oder körperfern erfolgen (bspw. Verschießen der Wohnung). Weiterhin können FeM auch durch die die Vergabe von **Medikamenten** erfolgen. Haben die Medikamente sedierende Wirkung und werden nicht primär zu heilenden Zwecken eingesetzt, handelt es sich um eine sogenannte medikamentöse Fixierung. Weiter fallen unter FeM auch die **Wegnahme von Hilfsmitteln** und Einschüchterungen in solchem Maße, dass die Betroffenen sich nicht trauen, hiergegen vorzugehen (vgl. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. 2016, S. 5; Hirsch 2016, S. 106). Die Mittel zur Durchsetzung von FeM können grundsätzlich in physische, psychische und medikamentöse eingeteilt werden, wobei viele hierbei je nach Anwendungspraxis der schwersten Form von FeM, der Freiheitsentziehung, zugeordnet werden können (vgl. Klie/Bredthauer 2010, S. 2; ZQP 2015, S. 28). Innerhalb der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz finden sich insbesondere folgende Formen:

Psychopharmaka	<ul style="list-style-type: none">• Sedierende Medikamente, durch die nicht primär therapeutische/heilende Zwecke verfolgt werden<ul style="list-style-type: none">- Bewusste Verabreichung, um Betroffene in ihrer Fortbewegung einzuschränken oder diese emotional ruhig zu stellen (zwecks Erleichterung der Pflege)
Mechanische FeM	<ul style="list-style-type: none">• Festschnallgurte/-fesseln• (Bett-)Gitter• Vorsatztische• Fäustlinge• Sitzhosen• Feststellen von Rollstuhlbremsen

	<ul style="list-style-type: none"> • Einschließen in Räumlichkeiten • Ganzkörper-Schlafanzüge • Pflegeanzüge • Fixierdecken
Sonstige Formen	<ul style="list-style-type: none"> • Wegnahme von Hilfsmitteln (Brille, Gehhilfe etc.) • Trickverschlüsse • Optische Täuschungen (z.B. Ausgangstüren verbergen) • Psychischer Druck, Verbote, Anweisungen und Einschüchterungen • Elektronische Maßnahmen (Funkchips, Zahlencodes an Türen, Sensormatten, Lichtschranken)

Quelle: Anlehnung an Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2006, S. 7; Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2018, S. 5; Köpke et al. 2015, S. 59; Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 6; Billen 2010, S. 9

Weitere Merkmale einer FeM sind zum einen, dass diese gegen den Willen der Betroffenen erfolgen und dass sie, zum anderen, nicht selbständig von den Betroffenen überwunden werden können (vgl. ZQP 2015, S. 28; vgl. Becker et al. 2007, S. 16).

2.2 Prävalenz

Leider existieren keine repräsentativen Zahlen zur Anwendung von FeM in der häuslichen Umgebung. Dies ist sicher auch dem Forschungsgegenstand geschuldet. Fragen nach Situationen und Handlungen in denen die Befragten Handlungen, wie z. B. FeM angewendet haben, stellen sogenannte „heikle Fragen“ dar. Dies sind Fragen zu Themen, die mit persönlichen und **gesellschaftlichen Tabus** belegt sind. Auf solche Fragen wird häufig nicht wahrheitsgemäß geantwortet. Weiterhin ist dabei zu berücksichtigen, dass den befragten Personen bewusst sein muss, welche Handlungen objektiv als Gewalthandeln einzustufen sind und welche Maßnahmen als Formen von FeM zu klassifizieren sind. So überrascht es auch nicht, dass die bisherigen Forschungsergebnisse, neben unterschiedlichen Themenschwerpunkten, auch zu divergenten Ergebnissen betreffs der Anwendungshäufigkeit von FeM in informellen Pflegesettings gelangen (vgl. Eggert/Schnapp/Sulmann 2018, S. 2 f.). Jedoch gibt es Studien, die sich mit der Thematik beschäftigen. Der Forschungsstand zu der Thematik Gewalt in der informellen Pflege und FeM wird im Folgenden zusammengefasst.

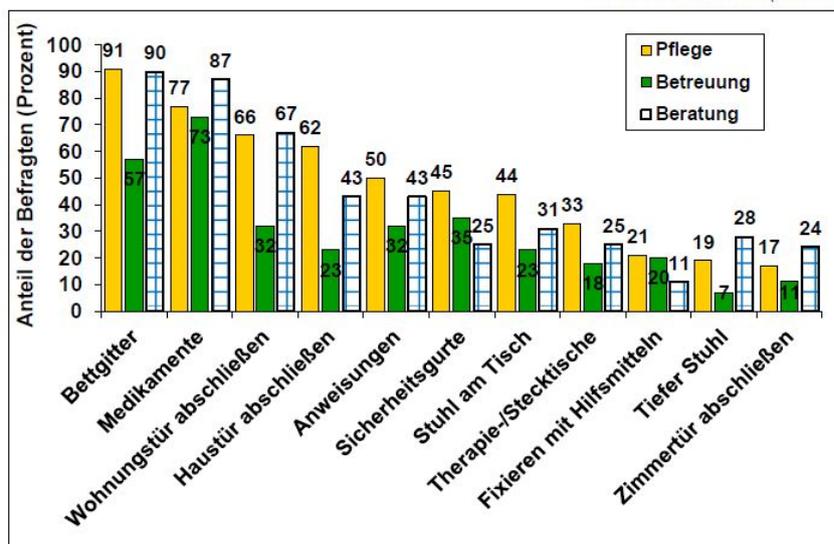
Die Hamburger Studie zu Prävalenz und Inzidenz von FeM von Köpke et al. (2015), die durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde, zeigte bei ihren umfangreichen Untersuchungen in 30 Pflegeheimen eine Prävalenz von 26,2 Prozent auf, wobei Bettgitter mit 24,5 Prozent hiervon den größten Anteil ausmachen. Die einjährige

prospektive Bestimmung neu hinzukommender FeM zeigte während des Untersuchungszeitraums auf, dass bei knapp 39 Prozent aller Pflegebewohner*innen mindestens einmal eine FeM angewendet wurde - wobei auch hier die Bettgitter am häufigsten vorkamen (vgl. ebd., S. 26 ff.).

Die Abweichung der Häufigkeiten von FeM ist im häuslichen Bereich vermutlich höher. Die meisten bisher vorliegenden Studien weisen eine Prävalenz von durchschnittlich 10 Prozent aus - diese Ziffer ist aufgrund der unzureichenden Datenlage, als auch der vermutlich hohen Dunkelziffer nicht als Richtwert geeignet und wird von aktuelleren Studien zunehmend nach oben korrigiert (vgl. Köpke et al. 2015, S. 25 ff.; vgl. Görgen 2015, S. 12). So wurden beispielsweise in einer europäischen Studie für Deutschland eine Häufigkeit von 20 Prozent für die Anwendung von FeM in der häuslichen Pflege festgestellt (vgl. Beerens et al. 2014, S. 55 ff.). Gleiches zeigte sich bereits 2005 in der Studie von Hoffmann et al., nach der auch bei 20 Prozent der Betreuten, die in Privathaushalten leben, Bettgitter und -gurte fast immer angelegt werden (vgl. ebd., S. 129; vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2006, S. 10). In einer Befragung von 800 pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz von Thoma, Zank und Schacke aus dem Jahr 2004 gaben sogar 25 Prozent der Befragten an, dass sie in den letzten zwei Wochen eine FeM angewendet hätten (vgl. ebd., S. 349 f.). Zu einem geringeren Prävalenzangabe kam eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege: Hier wurden insgesamt 1006 Angehörige schriftlich zu Verhaltensweisen befragt, die als Gewalttätig klassifiziert werden. Hierbei berichteten 6 Prozent der Befragten, dass sie in den letzten sechs Monaten mindestens einmal eine FeM angewendet haben. Dieses Ergebnis würde damit deutlich unter den bisherigen Studienergebnissen liegen (vgl. Eggert/Schnapp/Sulmann 2018, S. 17).

Problematisch an den bisherigen Forschungsergebnissen sind zum einen die uneinheitlichen Definitionen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen, die diesen Arbeiten zugrunde liegen, als auch der Umstand, dass häufig nur bestimmte Aspekte untersucht werden. Weiterhin unterscheiden sich die Forschungsobjekte. Klie et al. (2013) befragten daher im Jahr 2010 293 Pflegedienstmitarbeitende, 51 rechtliche Betreuer*innen und 31 Berater*innen der Altenhilfe aus Frankfurt dazu, wie häufig sie FeM im Bereich der häuslichen Pflege miterleben bzw. hiervon Kenntnis erlangen. Die Ergebnisse der Expert*innenbefragung zeigen deutlich auf, dass FeM keine Randerscheinung im Feld der häuslichen Pflege darstellen:

Abb.2: Formen von FeM (Professionsvergleich)



Quelle: Borgloh 2013, S. 19

Durch die bereits angesprochene Studie des ZQP liegen nun jedoch auch Daten vor, die direkt bei den pflegenden Angehörigen gewonnen wurden. Hier zeigt sich, dass insbesondere die Verabreichung von sedierenden Medikamenten zur Pflege erleichterung verbreitet ist. So gaben 3 Prozent der Befragten an, innerhalb der letzten sechs Monate der pflegebedürftigen Person beruhigende Medikamente gegeben zu haben, um weniger Mühe bei der Pflege zu haben. Insgesamt 2 Prozent erklärten, dass sie die pflegebedürftige Person auf eine andere Weise in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt haben. Das Verschießen von Wohnungs- oder Zimmertüren stellt die dritthäufigste Form von FeM dar. Hier gaben 1 Prozent der Befragten an, eine solche Form der Freiheitsentziehung angewendet zu haben (vgl. Eggert/Schnapp/Sulmann 2018, S. 17).

Wenn wir diese Zahlen mit den Daten von Klie et. al. (2013) vergleichen, zeigt sich insbesondere der verbreitete Einsatz von sedierenden Medikamenten als Mittel der Pflege erleichterung. Des Weiteren scheint der Einsatz von Hilfsmitteln zur Freiheitsentziehung ebenfalls häufig vorzukommen. Leider ist die Studie von Eggert/Schnapp/Sulmann (2018) in diesem Punkt nicht sehr differenziert, sodass hier keine genauere Analyse möglich ist. Pflegebetten sind häufig mit Seitenteilen ausgestattet, so dass diese Bettgittern zur Freiheitsentziehung verbreitet sein dürften, was die Zahlen von Klie et. al. (2013) stützen könnte. Das Verschießen von Zimmer- und Wohnungstüren ist sowohl in der Studie von Klie et. al. (2013) wie auch von Eggert/Schnapp/Sulmann (2018) die dritthäufigste Form einer FeM.

Zusammenfassend kann die Studienlage als unzureichend bewertet werden, insbesondere in Bezug auf den Bereich FeM innerhalb der häuslichen Pflege Demenzerkrankter. Rechtfertigungsmerkmale in Bezug auf FeM von Pflegenden Angehörigen herangezogen werden, als

auch welche Risikofaktoren innerhalb von Pflegebeziehungen zur Anwendung von FeM führen, wurde bisher nicht ausreichend untersucht (vgl. Borgloh 2013a, S. 14). Die hier zusammengetragenen Studienergebnisse zeigen, trotz all ihrer Unterschiedlichkeit, jedoch eines deutlich auf: die **Prävalenz von Gewalthandeln innerhalb häuslicher Pflegesettings bei Menschen mit Demenz ist als hoch einzustufen** und FeM sind hierbei ein bedeutsamer Themenkomplex - insbesondere deshalb, weil speziell dieser Form der häuslichen Pflege eine immense Anzahl personeller und struktureller Risikofaktoren inne liegen, die zur Anwendung von FeM führen können.

Um zu FeM in der informellen Pflege beraten zu können und Schulungen für Angehörige und Moderatoren durchzuführen, ist es zunächst notwendig zu verstehen, warum Angehörige den von ihnen gepflegten Menschen mit Demenz die Freiheit entziehen bzw. deren Freiheit einschränken und welche Faktoren die Anwendung einer FeM erhöhen.

2.3 Risikofaktoren für die Anwendung von FeM

Zunächst kann festgehalten werden, dass die Ursachen für die Anwendung von FeM sowohl auf Seite der pflegenden Angehörigen, als auch auf der Seite der pflegebedürftigen Angehörigen zu finden sind. Zusätzlich sind die individuellen strukturellen Faktoren des jeweiligen Pflegesettings zu berücksichtigen. Betrachten wir nun zunächst die demenziell erkrankten Personen.

Auf Seiten der pflegebedürftigen Person, können verschiedene Eigenschaften der Betroffenen dazu führen, dass das Risiko steigt, von einer FeM betroffen zu sein. Derzeitig vorliegende Forschungsergebnisse weisen besonders folgende Gruppen als gefährdet aus, Adressat*innen von FeM zu werden: Menschen mit **kognitiven Einschränkungen** (insbesondere Demenzerkrankungen); Menschen mit **hohem Pflegebedarf**; ältere Menschen mit **Bewegungs- bzw. Laufdrang**; Menschen, die eine **erhöhte Sturzgefährdung** aufweisen; Personen, die emotionalen Unruhezustände aufweisen und ältere pflegebedürftige Menschen, die selbst aggressives Verhalten zeigen (vgl. Klie et al. 2013, S. 9). Eine besondere Relevanz kommt dabei sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen zu, unter die auch einige der zuvor genannten Verhaltensweisen fallen.

Herausfordernde Verhaltensweisen bei älteren Pflegepersonen meinen insbesondere Beleidigungen, Schreien, monotone Wiederholungen von Handlungen oder Aussagen, sexuelle Belästigungen, ständiges Weglaufen etc. (vgl. Köpke et al. 2015, S. 30,144). Solche Verhaltensweisen zeigen sich bei 50 bis 80 Prozent aller Menschen mit Demenz. Die Wahrscheinlichkeit und Häufigkeit des Auftretens steigen dabei tendenziell mit voranschreitender Entwicklung der Demenzerkrankung an (vgl. Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 7; vgl. Schuhmacher/Noack/Bredthauer 2013, S. 16; vgl. Halek/Bartholomeyczik 2006, S. 24 ff.). So führen

z.B. Eggert, Schnapp und Sulmann (2018) in ihrer Studie aus, dass Menschen mit Demenz, die herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, ein höheres Risiko besitzen von häuslicher Gewalt betroffen zu sein, da sie **durch das Verhalten die Pflegenden sehr stark belasten** (z. B. ständiges Rufen, Verweigerung der Pflege etc.). Diese Belastung kann schlussendlich zu Frustration oder aggressiven Verhaltensweisen der pflegenden Angehörigen führen (vgl. ebd., S. 4; vgl. Klie et al. 2013, S. 16). Zank und Schacke (2001) stellten innerhalb der LEANDER-Studie diesbezüglich einen engen Zusammenhang zwischen „aggressive[n] Verhalten, kognitive[n] Einbußen, Desorientiertheit und Verwirrtheit“ (ebd., S. 59) seitens der Menschen mit Demenz und Aggressionen aufseiten der pflegenden Angehörigen heraus (vgl. ebd.). Als besonders herausfordernd für die pflegenden Angehörigen sind **aggressive Verhaltensweisen der Gepflegten**, die körperlich (Gegenstände werfen, treten, schlagen, spucken etc.), verbal (Beleidigungen, Vorwürfe, Schweigen, Schreien etc.) und sexueller Art sein können (vgl. Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 7; vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 63; vgl. Köpke et. al. 2015, S. 144). Demenzerkrankte Personen weisen überdurchschnittlich häufig eben diese Merkmale auf und werden deshalb als **Hochrisikogruppe** angesehen, Adressat*innen von FeM zu werden.

Das Forschungsteam von *ReduFix ambulant* fasst diese **Risikofaktoren** aufseiten pflegender Angehöriger wie folgt zusammen:

- Überlastung der Pflegenden,
- Sorge um Sicherheit/Schutz des Menschen mit Demenz,
- räumlich und/oder zeitlich sehr intensives Pflegesetting, das Einengungsgefühlen bei den pflegenden Angehörigen bewirkt,
- mangelndes Wissen über Krankheitsverlauf und den Umgang hiermit,
- Vermeidung einer Heimunterbringung,
- bereits vorhandene innerfamiliäre Gewaltdynamiken,
- sozialer Druck aus dem sozialen Umfeld,
- Zeitmangel (vgl. Schuhmacher/Pfleghaar 2013, S. 15)

Die Verwirrheitszustände bei Menschen mit Demenz können bei den Betroffenen große Ängste und Unruhe auslösen, dieses körperliche und psychische Stressempfinden kann sich in Verhaltensweisen ausdrücken, die für die pflegenden Angehörigen als enorm anstrengend erlebt werden bzw. mit denen diese nicht (immer) konstruktiv und geduldig umzugehen wissen (vgl. Grond 1997, S. 26). **Emotional belastende Gefühle** laufen dort Gefahr sich in Gewalthandeln zu entladen, wo Situationen als bedrohlich (nicht endend, nicht lösbar, das eigene Leben verdrängend, die Identität überladend) erlebt werden und Handlungsalternati-

ven nicht ausreichend, insbesondere Hilfestellung von außen, zur Verfügung stehen, um die Situation psychisch stabil zu meistern. Hier besteht ein zentraler Faktor, der zu der Anwendung von FeM führen kann, in der **subjektiven zeitlichen Belastung der Pflegenden**. In diesem Zusammenhang zeigte sich in der Studie von Eggert, Schnapp und Sulmann (2018), dass Befragte mit einem stark wahrgenommenen Zeitmangel häufiger angegeben FeM anzuwenden, als dies bei Befragten der Fall war, die sich einen weniger ausgeprägten Zeitmangel attestierten (8 vs. 3 Prozent) (vgl. ebd., S. 22). Daneben können auch **Gefühle von Verärgerung und Wut** dazu führen, dass es zur Anwendung von FeM kommt (vgl. Zank/Schacke 2001, S. 59). So zeigte sich in der Studie von Eggert, Schnapp und Sulmann (2018), dass jene Personen, die der Aussage zustimmten, dass sie sich häufig wütend oder verärgert fühlen, häufiger FeM anwendeten, als jene Personen, die die Aussage verneinten (7 vs. 5 Prozent) (vgl. ebd., S. 22). Besonders gefährdet sind Pflegende und Gepflegte in Familien, in denen es innerhalb der Sozialisationshistorie bereits vor Pflegebeginn zu familiär konfliktreichen Dynamiken bis hin zu Gewalthandlungen zwischen den Akteur*innen gekommen ist (vgl. Borgloh 2013, S. 20; vgl. Grond 1997, S. 11 f.). Eine FeM ist zudem

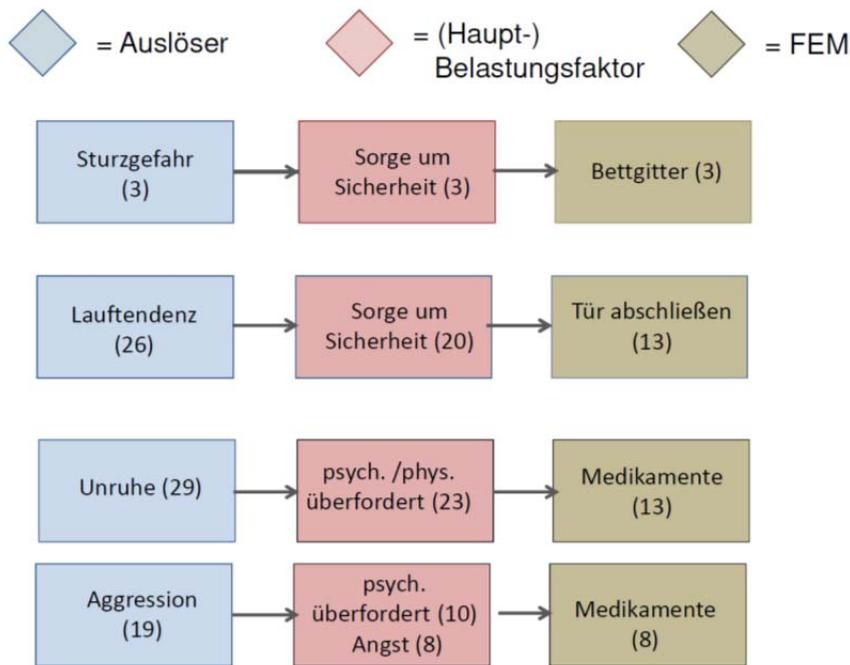
„nicht selten Ausdruck mangelnden Wissens über alternative Möglichkeiten gegenüber bewegungseinschränkenden Maßnahmen, unzureichender ärztlicher Behandlung bzw. sie kann Zeichen chronischer Überforderungs- und Ohnmachtsgefühle im Umgang mit verwirrten und gebrechlichen alten Menschen sein“ (Walther 2007, S. 299).

Eine (zu) hohe Belastung der pflegenden Personen kann hierdurch zu einem wirkmächtigen Risikofaktor hinsichtlich der Anwendung von FeM werden.

Aus Sicht der Stressforschung können FeM als **dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien** angesehen werden. Diese können als Folge von *Nicht-Gelassenheit entstehen*, welche wiederum aufgrund verschiedener Faktoren eintreten kann. Die Ergebnisse des Projekts „Gelassen – nicht alleine lassen“ weisen diesbezüglich aus, dass Konflikte nicht nur aus Be- und Überlastung entstehen, sondern aus Gewohnheiten, in Kategorien von „**richtig oder falsch**“ zu denken, Kognitionen zu unterdrücken und in Wahrnehmung einzugreifen (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 141). Die Ergebnisse stützen die These von Görge et al. (2012), dass es zu kurz greift, Gewalt in der Pflege auf Be- und Überlastung zurückzuführen und „dementsprechend Entlastung als den zentralen (oder gar alleine hinreichenden) Mechanismus der Prävention“ (ebd., S. 34) anzusehen. Gewaltprävention in der Pflege von Angehörigen braucht die Moderation von Konflikt- und Stresserleben durch Gelassenheitsförderung, da der Kern aller Gewalthandlungen bewusst oder unbewusst intendiert ist (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 12). So betont Görge (2016): „Oft wäre es sinnvoll gewesen, wenn die betroffenen Angehörigen die geänderte Lebenssituation und die damit verbunde-

nen neuen Herausforderungen und gegebenenfalls notwendigen Konsequenzen bzw. Anpassungen erst einmal bewusst und in Ruhe hätten reflektieren können, dafür fehlte aber entweder die Zeit oder es fand eine Verdrängung bzw. ein Hinausschieben entsprechender Überlegungen und Anpassungen statt“ (ebd., S. 495). Vielfach hindert Nicht-Gelassenheit daran, über notwendige Maßnahmen und **eigene Wünsche für das Lebens- und Selbstkonzept** nachzudenken oder sich für verfügbare Möglichkeiten entscheiden zu können (vgl. Görge et al. 2016, S. 499). Um Unterstützung frühzeitig in Anspruch nehmen zu können, braucht es daher Bewusstheit über das Potenzial von Schädigungsakten bezüglich der pflegebedürftigen Angehörigen oder der Hauptpflegeperson selbst (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 30). Es kann deshalb eine große Entlastung für pflegende Angehörige sein und gleichsam FeM-vermeidend wirken, wenn diese die Möglichkeit erhalten, ihr Befinden und Stresserleben zu reflektieren.

Eine Belastung aufseiten der pflegenden Angehörigen, die durch den Einsatz von FeM verringert werden soll, ist die Sorge um die **Sicherheit des Erkrankten**. Gemeint ist dabei die Sorge darum, dass die Erkrankten sich schädigen könnten, z. B. durch Gefahren im öffentlichen Verkehr. Demenzerkrankte Personen sind vermehrt Adressat*innen von FeM, da sie Verhaltensweisen aufweisen die sehr belastend, stressauslösend und besorgniserregend für die pflegenden Angehörigen sein können. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass spezielle Verhaltensweisen (besonders solche mit aggressiven und agitierten Zügen) ebenso wie eine vorliegende Sturzgefährdung aufseiten der Menschen mit Demenz die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung von FeM signifikant erhöhen (vgl. Klie et al. 2013, S. 15; vgl. Haleb/Bartholomeyczik 2006, S. 9). Die Auslöser und die mit ihnen verbundenen Belastungsfaktoren führen zu spezifischen Formen von FeM. So ist mit Verhaltensweisen, bei denen die Mobilität der Erkrankten als Belastungsfaktor angesehen wird, der Einsatz von Mitteln verbunden, die diese Bewegungsfreiheit unterbinden sollen, z. B. Bettgitter oder das Verschließen von Türen. Belastungen die durch „unangepasstes“ Verhalten der Menschen mit Demenz bedingt wird, ist hingegen häufig mit chemischen Fixierungen verbunden. Hier wird durch die Medikamentenwirkungen eine Dämpfung des Erkrankten herbeigeführt, die zu einer Verringerung seiner Aktivität (seines natürlichen Willens) führt und somit eine Freiheitsberaubung darstellen kann.



Quelle: Schuhmacher 2018, S. 14 in Anlehnung an Schuhmacher/Noack/Bredthauer 2013, S. 16 ff.

Daneben können aus unruhigen Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz körperliche und seelische Belastungen bei den Pflegenden entstehen, die dazu führen, dass die betroffenen Angehörigen die Anwendung von FeM als Ausweg sehen, um diese zu bewältigen bzw. ihnen zu entgehen. Wenn die erkrankte Person ein gewalttätiges Verhalten zeigt, dann kann dies zu psychischen Überforderungen und Ängsten führen, die die Angehörigen belasten und das Risiko erhöhen, dass FeM eingesetzt werden (vgl. Klie et al. 2013, S. 13). In der Beschäftigung mit FeM ist es daher wichtig sich die unterschiedlichen Gründe vor Augen zu halten, die dazu führen können, dass Menschen mit Demenz ein Verhalten zeigen, dass bei den Angehörigen die Sorge auslöst, dass sie sich (oder Dritte) schädigen könnten

2.4 Sorgenauslösende Faktoren

FeM sollten, wo immer möglich, vermieden werden. Damit sie vermeidbar sind, müssen die Gründe seitens der pflegenden Angehörigen, die zu der Anwendung einer FeM-Anwendung geführt haben, ernst genommen und erörtert werden. Die Hauptgründe sind nach aktuellem Forschungsstand die Absicht, die Menschen mit Demenz **vor Schäden zu bewahren, die Pflege für die Pflegenden zu erleichtern** und auch die Angst davor **haftungsrechtlich belangt** werden zu können. Die Anwendung von FeM folgt diesbezüglich oftmals einem bestimmten Schema. So liegen spezifischen FeM (sedierende Medikamente) zumeist spezifische Ursachen zugrunde (starke Unruhezustände und aggressives Verhaltens des Menschen mit Demenz). Diese Auslösefaktoren sind zum einen häufig Verhaltensweisen, die dem Formenkreis der **herausfordernden Verhaltensweisen** zuzuordnen sind und zum anderen das Vorliegen einer erhöhten **Sturzgefährdung** (vgl. Klie et al. 2013, S. 9).

Der derzeitige Forschungsstand weist hinsichtlich der Anwendungsgründe für FeM jedoch eine große Forschungslücke auf: Werden FeM gezielt untersucht, werden die Anwendungsgründe für deren Anwendung häufig gar nicht oder nur in geringem Umfang erhoben. So fehlt es bspw. an Untersuchungen dazu, warum pflegende Angehörige FeM anwenden und wie sie deren Anwendung begründen (vgl. Borgloh 2013a, S. 14). Um Erkenntnisse zu den Anwendungsgründen generieren zu können, wurde eine intensive **Sichtung der offenen Onlineforen** von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2019) und des Online-Beratungsforums des BMFSFJ (2019) durchgeführt. Dadurch konnten einige Ängste der Pflegenden, besonders in Bezug auf herausforderndes Verhalten, noch einmal deutlicher herausgestellt werden. Der Schwerpunkt lag auf den Diskussions-Threads, bei denen es um FeM-bezogene Themenstellungen geht. Dazu wurden 320 Threads innerhalb des Forums der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und 500 Threads innerhalb des Forums des BMFSFJ gesichtet. Innerhalb der hierin aufgeführten Nutzer*innen-Diskussionen wurde im Juli des Jahres 2019 zwei Wochen lang explizit nach geäußerten Sorgen recherchiert, die pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz hinsichtlich gezeigter herausfordernden Verhaltensweisen hin bis dato geäußert hatten (Ende der Sichtung: 26.07.2019). Das Sample stellt eine inhaltliche Themen-Clusterung dar, die eine Zusammenfassung vieler Thread-Überschriften und den hierin gefundenen Aussagen darstellt.

Auslöser: herausforderndes Verhalten /Sturzgefährdungen	Befürchtete Folgen durch Auslöser
<ul style="list-style-type: none"> • Starke emotionale Unruhe/Erregung: Angstzustände 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Übererregung
<ul style="list-style-type: none"> • Starke emotionale Unruhe/Erregung: Aggressionen (auch sexualisierte) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (körperliche) Selbstverletzungen (z.B. durch Schlagen) ➤ Fremdverletzungen
<ul style="list-style-type: none"> • Motorische Unruhe: Lauftendenzen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unterkühlung (insbesondere Lungenentzündung) <ul style="list-style-type: none"> - wegen unangemessener Kleidung oder - durch Schlafen vor der Haustür oder im Hausflur (Betroffene finden nicht wieder in das Haus/Wohnung hinein) ➤ Unfallgefahr durch falsches Einschätzen von Distanzen und mangelnder Einhaltung der StVO ➤ Mangelernährung (bspw. Dehydrierung)

	<p>durch Umherirren, ohne den Weg zurück zu finden</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angstzustände
<ul style="list-style-type: none"> • Sturzgefährdung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Körperliche Verletzungen ➤ Steigende Ängstlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Verweigern von lebensnotwendigen Pflegemaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schwere Schädigungen durch unzureichende medizinische Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme einer (sicheren) Haushaltsführung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verletzungsrisiko durch scharfe Gegenstände, das Einnehmen von Chemikalien oder Feuer (auch durch Herd/Backofen) ➤ Hereinlassen fremder Personen
<ul style="list-style-type: none"> • Vokale Störung: Schreien • Symptome mit unbekannter Ursache wie: Krämpfe, Schmerzen, Weinen, Schreien 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erleiden von körperlichen und seelischen Schmerzen ➤ Fehlende bzw. nicht ausreichende Behandlung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2019 und BMFSJ 2019

FeM dienen diesen Ergebnissen zufolge nicht (immer), wie es in Fachdiskursen häufig postuliert wird, der Erleichterung der Pflege bzw. sie werden nicht immer rein aus einer Überforderung heraus angewendet. Die befürchteten Gefahrenlagen lassen zunächst vermuten, dass diese in einigen Fällen auch tatsächlich vorliegen und akut und erheblich ausgestaltet sein können. Ob Sorgen in dieser Hinsicht begründet sind, ist daher in jedem Fall individuell zu prüfen. Ein wichtiger FeM-vermeidender Baustein stellt rechtsbasiertes Wissen dar.

Die in diesem Kapitel (1.) zusammengetragenen Studienergebnisse zeigen trotz all ihrer Unterschiedlichkeit deutlich auf: Die Anwendung von FeM innerhalb häuslicher Pflege demenzerkrankter Menschen ist als hoch einzustufen. Zudem stellt eine häuslich erbrachte Pflege durch Angehörige, je nach den individuellen Umständen entsprechend intensiver oder weniger intensiv, eine Belastung für die Pflegenden dar. Eine **(zu) hohe Belastung** der pflegenden Personen kann zu einem wirkmächtigen Risikofaktor hinsichtlich der Anwendung von FeM werden. Demenzerkrankte Personen sind auch deshalb so stark gefährdet Adressat*innen von FeM zu werden, da sie Verhaltensweisen aufweisen die sehr belastend, **stressauslösend** und besorgniserregend für die pflegenden Angehörigen sein können. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass spezielle Verhaltensweisen (besonders solche mit aggressi-

ven und agitierten Zügen) ebenso wie eine vorliegende Sturzgefährdung aufseiten der demenzerkrankten Menschen die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung von FeM signifikant erhöhen (vgl. Klie et al. 2013, S. 15; vgl. Halek/Bartholomeyczik 2009, S. 9). Eine FeM ist zudem

„nicht selten Ausdruck **mangelnden Wissens über alternative Möglichkeiten** gegenüber bewegungseinschränkenden Maßnahmen, unzureichender ärztlicher Behandlung bzw. sie kann Zeichen chronischer Überforderungs- und Ohnmachtsgefühle im Umgang mit verwirrten und gebrechlichen alten Menschen sein“ (Walther 2007, S. 299).

Die Rechtfertigung, dass FeM dem Schutz pflegbedürftiger, demenzerkrankter Personen dienen, hat in der Pflegepraxis den Effekt, dass viele Maßnahmen oft weder ethisch, medizinisch noch rechtlich ausreichend und kritisch überprüft werden (vgl. Klie et al. 2013, S. 15).

Vorteile, so scheint es, finden sich bei der Anwendung FeM vor allem aufseiten der Pflegenden, denn freiheitseinschränkende Maßnahmen können die Pflegeleistungen entlasten, vor allem dann, wenn die demenzerkrankten Menschen herausfordernde Verhaltensweisen aufweisen. Mechanische Fixierungen bzw. ein Einschließen können bspw. beruhigend für die Pflegenden wirken, wenn Sorge vor Stürzen oder einem Verlaufen bestehen. Die Maßnahmen können ggf. auch das Gefühl vermitteln, sich rechtlich abzusichern indem man Schäden bei den gepflegten Menschen vorsorglich vermeidet. **Für die Gepflegten haben FeM zunächst keine erkennbaren Vorteile** - außer diese sind aufgrund einer bestehenden Gefahrenlage erforderlich oder werden von den Gepflegten selbst gewünscht (z.B., weil sie ein Gefühl nach Sicherheit befriedigen).

Die schwerwiegenden Einschnitte durch FeM bzgl. der Lebensqualität demenzerkrankter Menschen erfordern eine **Analyse zu der Legitimität und dabei insbesondere auch der Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Maßnahme** im Einzelfall, speziell wenn es sich um eine FEM handelt. Dieser Vorgang und das dazu notwendige Rechtswissen werden im nun anschließenden Kapitel näher beschrieben.

3 Rechtliche Bewertung von FeM in der häuslichen Pflege

Wird ein Mensch in seiner Fortbewegungsfreiheit beschränkt, trifft dies auf viele rechtliche Fragen und damit die grundlegende Frage der Legitimation. Das Rechtsgut der Freiheit der Person, also der Fortbewegungsfreiheit, ist ein Rechtsgut von Verfassungsrang (Art. 2 Abs. 2 und 104 GG). Daneben ist die Menschenwürde (Art. 1 GG) und das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) zu berücksichtigen. Die Menschenwürde ist unantastbar. In andere Rechtsgüter darf von Seiten des Staates nur eingegriffen werden, wenn dies durch

eine gesetzliche Grundlage gerechtfertigt ist. Überdies bilden die Grundrechte die objektive Werteordnung, die sich auch auf Verhältnis von Privatpersonen auswirken.

Das Rechtsgut der Freiheit der Person ist so z.B. durch den Straftatbestand der Freiheitsberaubung nach § 239 StGB geschützt. Wegen dieses Verbotstatbestandes ist die Frage der **Rechtmäßigkeit von Freiheitsbeschränkungen** für Privatpersonen relevant, überdies wegen einer möglichen zivilrechtlichen Haftung auf Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld nach § 823 BGB bei widerrechtlicher Verletzung der Freiheit einer Person.

Auch können durch die Anwendung von Maßnahmen, die die Freiheit einer Person einschränken, konkrete Verletzungsgefahren ausgehen, wie die Strangulation bei einer Fixierung mit Gurten, oder Sturzgefahr bei der Verwendung von Bettgittern bei mobilen Personen. Auch Nebenwirkungen durch die Einnahme von sedierenden Medikamenten gehören dazu. Auf der anderen Seite können sich auch durch die Nichtvornahme, also dem Unterlassen einer Freiheitbeschränkung, Gefahren verwirklichen, wie ein Verkehrsunfall durch einen orientierungslosen umherirrenden Menschen im Straßenverkehr. Der Grat der Rechtmäßigkeit ist also ein schmaler und dies macht die Schwierigkeit hierbei aus.

Schutzbedarf und Freiheitsrecht einer gepflegten Person bilden daher auch in der häuslichen Pflege ein **Spannungsfeld**. Wo kein Kläger da kein Richter, scheint eine Ausweichstrategie bei der Auseinandersetzung mit der Frage nach der Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen in der häuslichen Pflege zu sein. Dies ist im Hinblick auf die Bedeutung der Rechte Betroffener nicht nur problematisch, sondern unzulässig. Ein Rechtseingriff, und sei er auch gut gemeint, muss auf legitimen Gründen basieren.

Es gibt sicher Fälle, in denen Freiheitsbeschränkungen ausnahmsweise erforderlich und damit vertretbar sein können, um die häusliche Pflege überhaupt durchzuführen. Und es wird viele andere Fälle geben, in denen die Erforderlichkeit der Maßnahme/n zum Wohl des Betroffenen gerade nicht vorliegt, weil die Maßnahmen ungeeignet sind oder, weil es, so wie oben aufgezeigt, weniger einschränkende Mittel gibt. Pflegende Angehörige bei der Suche nach einer angemessenen Lösung mit ihren Sorgen allein zu lassen, ist ebenso wenig akzeptabel, wie die pflegebedürftigen Menschen rechtlos und schutzlos zu lassen.

Im Vergleich zum Kinderschutz haben wir bei vulnerablen Volljährigen gerade **kein etabliertes Schutzsystem** mit einem klaren Auftrag bei Verletzungen einzuschreiten, wie es für das Jugendamt mit § 8a SGB VIII und das Familiengericht mit § 1666 BGB im Kinderschutz der Fall ist (dazu ausführlich Wellenhofer/Schwedler et al. 2019. S. 43 ff.). Im Bereich der vulnerablen Volljährigen wird der Schutz nur durch die gerichtlich bestellte rechtliche Betreuung gewährleistet (dazu Wellenhofer/Schwedler et al. - Projekt VERA, BtPrax 2019, S. 43 ff.) und durch die selbst erteilte Vorsorgevollmacht.

Der Bundesgerichtshof hatte im Jahr 1959 in einem Strafverfahren wegen Freiheitsberaubung festgestellt, dass eine im Rahmen der Familienpflege notwendig werdende "zeitweilige Einschließung" eines "Geisteskranken" als "Selbsthilfe" ohne Anrufung des Gerichts zulässig sein könne, andernfalls würde die familiäre Selbsthilfe, auf die auch die moderne Gesellschaft nicht verzichten könne, staatlicher Kontrolle und Reglementierung unterworfen und sie damit ihres sittlichen Eigenwerts berauben (BGHSt 13, 197). Nach der Reform des Entmündigungs- und Pflegschaftsrechts und im Inkrafttreten des Betreuungsrechts im Jahre 1992 ist diese Rechtsprechung zumindest insoweit überholt, als wenigstens die Bestellung eines Betreuers mit dem Aufgabenkreis Freiheitsentziehung als weitere Voraussetzung für die zulässige Entscheidung der FeM anzunehmen ist (vgl. Riedel/Stolz 2008, S. 238).

Der Staat ist von Verfassung wegen u.a. zum Schutz der Freiheit des Einzelnen verpflichtet und hat sie dort vor Eingriffen von Seiten Dritter zu bewahren (BVerfG 2015, S. 196 ff.). In unserer Rechtsordnung ist es der rechtliche Vertreter, der der Schützer von Selbstbestimmung und individuellem Wohl des Betroffenen ist. Daher muss dieser auch an Entscheidungen über FeM beteiligt sein und nur dieser kann diese, von Notfallsituationen einmal abgesehen, legitimieren, wenn der Betroffene selbst keine Entscheidung mehr treffen kann.

Rechtliche Fragen und Wertungen stehen nicht losgelöst von ethischen, medizinischen, psychologischen und pflegewissenschaftlichen Betrachtungen. Vielmehr werden diese in die Kriterien des Rechtfertigungssystems des Rechts integriert. Für freiheitseinschränkende Maßnahmen wird dies im Folgenden erörtert.

Was sagt das Betreuungsrecht zu FeM?

Der Gesetzgeber des Betreuungsrechts (BtG) hat mit § 1906 Abs. 4 BGB die Genehmigungsbedürftigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen auf solche Personen beschränkt, die sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer **sonstigen Einrichtung aufhalten und dort**, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise, über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden. Folge ist, dass der Vertreter für seine Zustimmung zu FEM die Genehmigung des Betreuungsgerichts bedarf. Die Familienpflege hingegen war nach dem Willen des Gesetzgebers aus dem Regelungsbereich der gerichtlichen Genehmigungsbedürftigkeit herausgenommen. Hintergrund war die Auffassung, dass die Einholung einer gerichtlichen Genehmigung eine problematische Belastung der Familienpflege darstellen würde (Anregung des 57. Deutschen Juristentag 1988). Der Wortlaut der Vorschrift betrifft daher nur stationäre oder sonstige Einrichtungen. Darunter fällt die häusliche Pflege, die durch Angehörige durchgeführt wird, nicht. Wird die Pflege aber vorrangig durch professionelle Pflegekräfte erbracht (Pflegedienst, 24 Stunden-Betreuung) so wird die Häuslichkeit nach der Rechtsprechung zu einer sonstigen Einrichtung

(dazu LG Hamburg BtPrax 1994, 31 ff; LG München I BtPrax 1999, S 242, AG Berlin-Tempelhof BtPrax 1998, S 194). Dies wird aber von den Betreuungsgerichten in der Praxis sehr unterschiedlich behandelt, so hatte zuletzt das AG Garmisch-Patenkirchen (Az: A XVII 9/18, BtPrax 2019, S. 211 f.) einen institutionellen Rahmen für die Genehmigungspflicht für notwendig erachtet. Überdies bilden in der Praxis derartige Genehmigungsverfahren bei der Pflege im häuslichen Bereich ohnehin eine seltene Ausnahme (vgl. Riedel/Stolz BtPrax 2008, S. 23). Obergerichtliche Rechtsprechung zu diesem Themenkomplex und der hiermit einhergehende Frage der Genehmigungspflicht gibt es hierzu nicht – und auch keine Datengrundlage zur Anwendungspraxis durch die Rechtsprechung.

Unabhängig der Frage der gerichtlichen Genehmigungspflicht nach § 1906 Abs. 4 BGB, die im Übrigen auch für Bevollmächtigte gilt (Abs. 5) gilt, sind einige Fragen für die Legitimation einer Maßnahme in jedem Einzelfall aufzuwerfen. Denn wird eine FEM gegen oder ohne den Willen der Betroffenen vorgenommen, ist immer die Entscheidung eines berechtigten Vertreters notwendig, es sei denn es liegt ein akuter Notfall vor. Diese Berechtigung muss sich entweder aus der rechtlichen Betreuung oder einer Vollmacht ergeben, die auch die Befugnis für die Entscheidung über Freiheitsentziehungen gibt. Der Betreuer/Bevollmächtigte hat aus der Befugnis heraus keine Entscheidungsfreiheit, sondern muss eine Entscheidung über eine Maßnahme treffen, die zum Wohl des Betroffenen erforderlich ist (§ 1901 BGB). Ein bestehendes Verwandtschaftsverhältnis führt, ebenso wenig wie eine Ehe oder Lebenspartnerschaft, zu einer Berechtigung zu dieser Entscheidung. Auch ist nur im Notfall eine Legitimation möglich (siehe unten). Daher ist eine intensivere Auseinandersetzung mit einzelnen Aspekten geboten, die im Folgenden erläutert werden.

Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentziehung?

Das Recht unterscheidet, wie bereits zuvor erwähnt, zwischen Freiheitseinschränkung und Freiheitsentziehung. Hinzu kommt noch der strafrechtliche Begriff der Freiheitsberaubung in § 239 StGB. Dies ist deshalb für die Maßnahmen in der häuslichen Pflege bedeutsam, weil die rechtswissenschaftliche Debatte überlagert ist von der Frage nach der gerichtlichen Genehmigungspflicht (s.o.) und damit die eigentliche Frage, nach den Inhalten an eine vertretungsweise Entscheidung, durch den Berechtigten über Freiheitsbeschränkungen außen vorlässt.

Keine Freiheitsbeschränkung ist gegeben, wenn der Betroffene auch ohne die Maßnahme gar nicht in der Lage wäre, sich fortzubewegen oder wenn die Maßnahme ihn nicht an der willentlichen Fortbewegung hindert (Beispiel: Zum Schutz vor dem Herausfallen aus dem Bett wird ein Gurt angebracht, den der Betreute aber – falls er das will – öffnen kann). Geschützt ist also die *persönliche Fortbewegungsfreiheit*, das heißt die Freiheit der Willensbetä-

tigung in Bezug auf die Veränderung des Aufenthaltsortes (Eisele in Schönke/Schröder 2019, § 239 StGB Rn. 1). Alle Maßnahmen die dem Zweck dienen, den Betroffenen am Verlassen des Aufenthaltsortes zu hindern, fallen darunter und sind daher rechtfertigungsbedürftig.

Liegt eine Einwilligung des Betroffenen selbst vor?

Eine rechtswidrige Freiheitsbeschränkung liegt auch nicht vor, wenn der gepflegte Mensch mit der Maßnahme selbst einverstanden ist und er die entsprechende Einwilligungsfähigkeit besitzt. Diese setzt die klar geäußerte Zustimmung des Betroffenen und dessen Einwilligungsfähigkeit voraus. Diese Fähigkeit ist nur gegeben, wenn der Betroffene das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der Maßnahme in jedem Einzelfall erkennen kann. Nur bei betreuten Menschen, die für diese Entscheidung nicht einwilligungsfähig sind, also die Bedeutung und Tragweite der Maßnahme nicht erfassen können, ist der Betreuer oder Bevollmächtigte befugt stellvertretend für den Betroffenen eine Einwilligung in die FeM zu geben.

Folgende Unterscheidungen sind zu treffen

Wichtig ist die Feststellung, ob der Fortbewegungswille des Betroffenen gebrochen wird, er/sie also darin gehindert wird, sich fortzubewegen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Betroffene ein bewusstes Ziel hat. Entscheidend ist, das Durchbrechen seiner Fortbewegung und somit eine Begrenzung seiner Fortbewegungsfreiheit. Neben verschlossenen Türen (dazu Jacobs BtPrax 2012, S. 99), Bettgittern und sedierenden Medikamenten können hierzu auch sogenannte Mittel angewendet, die als „List, Tücke und Täuschung“ bezeichnet werden. Hierunter fallen bspw. Trickschlösser und Büchertapete auf der Tür - sprich optische oder verbale Täuschungen, durch die der Zweck verfolgt wird, den Betroffenen Bewohner am Verlassen des Raums zu hindern.

Eine *Freiheitsentziehung* setzt einen höheren Grad der Eingriffsintensität voraus (BVerfGE 10, 302, 323, BVerfG v. 24.07.2018, Az 2 BvR 309/15). Diese erhöhte Eingriffsintensität drückt sich sowohl auf zeitlicher als auch auf räumlicher und sachlicher Ebene aus. In zeitlicher Hinsicht setzt die Freiheitsentziehung eine gewisse Dauer der Beschränkung der (Fort)Bewegungsfreiheit voraus. Weitere Konkretisierungen der Anforderungen an die Freiheitsentziehung lassen sich über die räumliche Komponente erreichen. Erforderlich ist, abweichend von der bloßen Beschränkung, das Festhalten der betroffenen Person gegen oder ohne dessen Willen auf engem Raum (vgl. von Mangold in von Mangold/Klein/Stark 2018, Art. 104 GG Rn. 19). Wird die Fortbewegungsfreiheit vollständig aufgehoben, wie es bei einer Fixierung (zumindest ab 3-Punkt-Fixierung) der Fall ist, wird die Maßnahmen bei einer Dauer von mehr als 30 Minuten zu einer Freiheitsentziehung (Bundesverfassungsgericht vom 24.07.2018 Az: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16).

Wird der Betroffene durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt, bzw. veranlasst der Pflegedienst die Maßnahme?

Hierzug sagt die überwiegende Rechtsprechung, dass das zeitweilige Einschließen eines Betreuten als unterbringungsähnliche Maßnahme in einer "sonstigen Einrichtung" i.S.d. § 1906 Abs. 4 BGB zulässig und genehmigungsfähig ist, wenn dies erforderlich ist, um den „geistig verwirrten und orientierungslosen Betreuten an einem Verlassen der Wohnung“ (nachdem die tätige Pflegekraft die Wohnung verlassen hat) zu hindern, weil er sich ansonsten einer erheblichen Eigengefährdung (insbesondere aufgrund der von dem Betreuten nicht zu überblickenden Gefahren des Straßenverkehrs) aussetzen würde (LG Hamburg, Beschluss vom 09. September 1994 – 301 T 206/94 –, juris, BtPrax 1995, 31-33 in Anlehnung daran LG München I BtPrax 1999, S 242, AG Berlin-Tempelhof BtPrax 1998, S 194; aA AG Garmisch-Patenkirchen (Az: A XVII 9/18, BtPrax 2019, S. 211 f.. Dies wurde mehrfach bestätigt und gilt für Bevollmächtigte nach § 1906 Abs. 5 BGB entsprechend (BayObLG München v. 31.01.2003 - 3Z AR 2/03, BtPrax 2003, S. 37

Die Wohnung des Betreuten, der ausschließlich von seinen Familienangehörigen betreut wird, ist keine "sonstige Einrichtung" und damit nicht genehmigungsfähig (BayObLG, BtPrax 2003, S. 37). Gleichwohl könne danach die eigene Wohnung des Betreuten unter den Begriff der sonstigen Einrichtung fallen, wenn der institutionelle Rahmen vergleichbar einer Einrichtung gestaltet sei. Dies sei der Fall, wenn zwar der Betroffene allein in der Wohnung lebe, jedoch ausschließlich durch fremde, professionelle ambulante Pflegedienste versorgt werde, (andere Auffassung AG Garmisch-Patenkirchen s.o.) oder wenn die Wohnung, aufgrund besonderer Herrichtung und Einbeziehung bestimmter dritter Personen, in die tatsächliche Pflege und Beaufsichtigung des Betroffenen als sonstige Einrichtung zu qualifizieren sei. Der Betreuer, dürfe FeM nur ergreifen, wenn hierfür ein allgemeiner Rechtfertigungsgrund gegeben ist (BayObLG, BtPrax 2003, S. 37).

Gefahr und Notstand als Rechtfertigung?

Die Literatur (vgl. Bienwald in Bienwald/Sonnenfeld/Harm 2016, § 1906 BGB Rn. 125) sieht den Rechtfertigender Notstand § 34 StGB als Rechtfertigung heran. Bereits der Wortlaut der Vorschrift zeigt Schwierigkeiten auf, die die Konstellation betreffen

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies

gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden“ (§ 34 StGB).

§ 34 StGB greift, zum einen, nur in den Fällen einer gegenwärtigen Gefahr ein. Dies ist eine Gefahr, die unmittelbar bevorsteht. Zum anderen darf die Gefahr nicht anders abwendbar sein. In der häuslichen Pflege wird dies schwierig zu prognostizieren sein. Zudem wäre eine Beaufsichtigung in der Regel ein Mittel der Gefahrenabwehr, die aber für Pflegenden in der Situation, z.B. aus Zeitmangel oder anderweitiger Tun, nicht möglich ist. Überdies haben wir das Problem, dass wir eine Rechtsgüterabwägung im Hinblick auf die Rechtsgüter einer Person haben (Freiheit gegen Schutz des Lebens, Leibes) und der Tatbestand des Notstandes dies nicht umfasst (Henking/Mittag 2014, S. 115 unter Hinweis auf Fischer 2013, § 34 Rn. 23 m.w.N.). Unabhängig davon ist § 34 StGB nur eine Notlösung, die der Bedeutung des Rechtseingriffs und der Vielzahl der Entscheidungen nicht gerecht wird und die Unsicherheit der Legitimation bei den Pflegenden bleibt. Gleiches gilt für die Nothilfe nach § 32 StGB (Kieß in: Jurgeleit, 2018 § 1906 BGB Rn. 62).

Daher ist die Lösung über die zivilrechtliche Entscheidungsbefugnis des Vertreters, den gerichtlich bestellten Betreuers oder den selbst bestellten Bevollmächtigten zu suchen.

Einwilligung eines Berechtigten/Vertreters möglich?

Grundsätzlich ist eine Entscheidung für eine andere Person auf der Basis einer rechtlichen Vertretungsbefugnis, die entweder als gesetzlicher Vertreter aus einem durch das Betreuungsgericht übertragenen Aufgabenkreises beruht, oder auf einer durch den Betroffenen erteilten Vollmacht, möglich. Auch eine Einwilligung in eine Freiheitsentziehung kann vertretungsweise erfolgen (BayObLG München v. 31.01.2003 - 3Z AR 2/03, FamRZ 2003, 705).

Rechtliche Betreuung

Für die rechtliche Befugnis über FeM zu entscheiden, erlangt der rechtliche Betreuer durch die Übertragung eines Aufgabenkreises, der diese Befugnis umfasst. Dies wäre das Aufenthaltsbestimmungsrecht oder die konkrete Befugnis über die Entscheidung von FeM. Hat der Betreuer diese Befugnis nicht, muss er diese beim Gericht einholen (§ 1901 Abs. 5 BGB). Der Aufgabenkreis gibt dem Betreuer keine Ermessensentscheidung. Um die Rechtmäßigkeit einer FeM beurteilen zu können, muss die Betreuerentscheidung stets dem Wohl des Betreuten dienen und erforderlich sein (§§ 1901, 1906 BGB).

Im Rahmen des § 1906 Abs. 4 BGB haben wir den Hinweis auf die Voraussetzungen des Abs. 1 und die Genehmigungspflicht des Abs. 2, allerdings nicht für alle FEM. Folgende Konstellationen bewegen sich außerhalb des § 1906 Abs. 4 BGB

- Freiheitseinschränkungen, die nicht über einen längeren Zeitraum erfolgen
- Freiheitsentziehungen, die nicht regelmäßig erfolgen
- Freiheitseinschränkungen im Rahmen der Familienpflege (außerhalb einer sonstigen Einrichtung)

Daraus folgt, dass es legitimierbare FEM gibt, die außerhalb des Regelungsbereichs § 1906 Abs. 4 BGB und damit des Genehmigungserfordernisses liegen. Diese FEM müssen aber unabhängig davon pflichtgemäß nach den Anforderungen des § 1901 BGB getroffen werden, mithin für das subjektive Wohl des Betroffenen erforderlich sein. Das bedeutet, dass die FeM zunächst auf die Abwehr einer erheblichen Gefahr für den Betreuten abzielt, also einem in diesem Zusammenhang legitimen Zweck dienen muss. Es muss damit **eine begründete und erhebliche Gefahr** für den Betroffenen vorliegen, Sorgen der Angehörigen allein reichen nicht. Eine Gefahr meint immer die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts die sich mit Tatsachen begründen lassen, Vermutungen reichen dazu nicht aus. Eine Begründung für eine Gefährdungslage liegt bspw. vor, wenn eine demenziell erkrankte Person häufig alleine die Wohnung verlässt, dabei nicht in der Lage ist, die StVO einzuhalten und sich und andere hierdurch einer Unfallgefahr mit Verkehrsteilnehmer aussetzt. Eine Vermutung, dass eben diese Person verunfallt, obwohl es dafür bisher keinerlei konkrete Anzeichen gab, würde dementsgegen zunächst keine Gefährdungslage begründen, welche die Anwendung von Schutzmaßnahmen erforderlich macht. Überdies muss die Maßnahme zur Gefahrenabwehr dem mutmaßlichen Willen des Betreuten entsprechen. Dies wiederum heißt, dass es den Präferenzen und Werten des Betroffenen entspricht, in dieser Art und Weise geschützt zu werden.

Die Maßnahme muss auch **geeignet** sein, den gewünschten Zweck, nämlich die Abwehr der Gefahr, zu erfüllen. Hier ist gerade bei FEM, die Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringen, in jedem Einzelfall zu prüfen und zu prognostizieren. So können Bettgitter bei einem mobilen Betreuten, die Gefahr des Sturzes aus einem Bett auch erhöhen, ebenso wie sedierende Medikamente Sturzgefahren auslösen können.

Im Weiteren muss die Maßnahme **erforderlich** sein, dass bedeutet, dass es keine milderen Mittel geben darf, um der Gefahr anderweitig begegnen zu können. Hier sind Alternativen zu FeM oder mildere FEM zu prüfen, also der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden darf durch keine andere, den Betreuten weniger belastende Maßnahme, abgewendet werden kann (siehe dazu im einzelnen Kapitel 4 und 5) .

Abschließend erfolgt noch die Prüfung der **Angemessenheit**, also einer Abwägung der Relation zwischen Mittel und Zweck. Der zu erwartende Nutzen der FeM muss hierbei die zu erwartenden Beeinträchtigungen kurz-, mittel- und langfristig deutlich überwiegen. Gerade

bei FEM ist so bspw. der Schwund der Muskulatur ein erheblicher Nachteil, der wiederum neue Gefahren hervorrufen kann, wie Gangunsicherheit und damit eiergehende Sturzgefahren.

Alle FEM müssen daher stets vom Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gedeckt sein.

Vollmacht

Es ist mittlerweile unstreitig, dass mittels Vollmacht auch die Entscheidung über Fragen der Gesundheitsorge und des Aufenthalts übertragen werden können. Für Unterbringung und FeM sieht § 1906 Abs. 5 BGB eine Besonderheit im Hinblick auf die Anforderungen an eine Vollmacht vor, nämlich, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Allerdings bezieht sich Abs. 4 gerade auf die FeM in „Einrichtungen“.

Hieraus kann sich in der Praxis ein Befugnisproblem ergeben. So sieht die Mustervollmacht des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) im Hinblick auf FeM in der Häuslichkeit gerade keine Regelung vor. Im Formular selbst steht heißt es:

„Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)“

und weiter

„Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.“

Damit ist aber unklar, ob eine Übertragung der Entscheidungsbefugnis zu FeM in der Häuslichkeit durch die Nutzung dieses Vollmachtformulars umfasst ist. Hat der Vollmachtgeber verfügt, dass der Bevollmächtigte den Aufenthalt bestimmen darf, ist die Befugnis umfasst. Hat er dies nicht, fehlt es an der Vertretungsbefugnis

Weitere Problemfelder

In der Familienpflege liegen Vertretung und Pflege des Betroffenen häufig in einer Hand. Daraus folgt, dass die Person, die die FeM durchführt, zugleich diejenige ist, die die Maßnahme durch ihre stellvertretende Einwilligung legitimiert. Der Interessenskonflikt wegen einer denkbaren Rollenkollusion zwischen Pflegeperson = Vertreter liegt hier auf der Hand.

§ 1906 Abs. 4 BGB und die Genehmigungspflicht in stationären Einrichtungen war mit der Einführung des Betreuungsrechts 1992 eine bedeutender Paradigmenwechsel, der vor allem dem Zweck dienen sollte, klarzustellen, dass an FEM hohe Anforderungen zu stellen sind

(Bt-Drs. 11/4528, S. 209.). Es hat gedauert, bis sich dies in der Praxis (der Einrichtungen) durchgesetzt hat. Mit dem Werdenfelser Weg (vgl. Kirsch/Wassermann 2009, S. 109 ff.) wurden auch hier neue Qualitätsanforderungen gestellt, um, trotz eines Genehmigungsverfahrens, die Rechte der Betroffenen und den Schutz vor unnötigen Maßnahmen zu gewährleisten.

Wie dargelegt geht die herrschende Auffassung davon aus, dass auf die präventive Kontrolle durch das Gericht nicht vom Wortlaut des § 1906 Abs. 4 BGB gedeckt ist und mangels planwidriger Regelungslücke für eine Analogie Raum ist (s.o.). Der Gesetzgeber hielt eine Regelung für die Familienpflege zu Hause nicht für erforderlich und hat § 1906 BGB daher auch nicht als Ermächtigungsgrundlage für Zwangsmaßnahme im Bereich der Fortbewegungsfreiheit ausgestaltet. Werden freiheitsentziehende Maßnahmen bei Betroffenen notwendig, die von Angehörigen zu Hause gepflegt werden, greift die Genehmigungspflicht deshalb nicht ein, weil der Gesetzgeber den Angehörigen nicht mit Misstrauen begegnen und keine zu hohen Anforderungen stellen wollte. Zudem ergibt sich eine Grundannahme, dass die Gefährdung für Betroffene in der Häuslichkeit Adressaten von FeM zu werden nicht so hoch ist, wie in einer Einrichtung (vgl. van Husen 2012, S. 167). Empirische Belege für diese Annahmen sind nicht ersichtlich. Vielmehr legen die aktuellen Studien und die Auswertung der Onlineforen nahe, dass FeM in der Häuslichkeit in signifikantem Ausmaß angewendet werden. Auch der Markt an freiverkäuflichen Pflegebetten und anderen Pflegehilfsmitteln, die als FeM angewendet werden können, wie Beckenhosengurte und Pflegeoveralls, lässt darauf schließen, dass diese genutzt werden.

Eine Daueranwendung freiheitsentziehender Maßnahmen gegen den Willen des Gepflegten wird in neuerer Literatur als rechtswidrig betrachtet. Hier werden gesetzliche Regelungen empfohlen (vgl. Wellenhofer/Schwedler et. al., Projekt VERA, BtPrax 2019, S. 43 ff). Legt man überdies die neuere Rechtsprechung von BGH (BGHZ 145, 297 ff = BtPrax 2001, 32, BGH BtPrax 2012, 156-160) und Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 142, 313 ff. = BtPrax 2016, 182 ff., BtPrax 2018, 188 ff.) zugrunde so reichen allgemeine Befugnisse des Betreuers nicht aus, um Zwangsmaßnahmen zu rechtfertigen. Daraus zieht Lipp (2009) den Schluss, dass es keine sichere gesetzliche Grundlage für FEM in der Familienpflege gibt (vgl. ebd., S. 340).

Räumt der Staat Privatpersonen die Befugnis ein, Freiheitsentziehungen gegenüber einer dritten Person vorzunehmen, findet Art. 104 GG, im Wege der Drittwirkung der Grundrechte, Anwendung (Degenhart in Sachs 2018, Art. 104 GG Rn. 8; Jarass in Jarass/Pieroth 2018, Art. 104 GG Rn. 29). Dies würde bedeuten, dass mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Legitimation von Freiheitsentziehungen in der Familienpflege aus Art. 104 GG folgt, dass dann auch eine gerichtliche Kontrolle zur Entscheidung über die Fortdauer

der Freiheitsentziehung erfolgen müsste. Die Sinnhaftigkeit hat der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages in einem Gutachten aus dem Jahr 2006 in Frage gestellt (Wiss. Dienst BT 2016).

Rechtsunsicherheit und Lösungsansätze

Rechtsunsicherheit besteht zudem bei einem Pflegemix aus Angehörigen und Pflegediensten. Wann wird hier die Pflegesituation zur „sonstigen Einrichtung“? Um die Frage des Regelungsbedarfs abschließend beurteilen zu können, bedarf es einer empirischen Untersuchung darüber, wie die Amtsgerichte mit Anträgen auf Genehmigung einer FEM im häuslichen Rahmen (sei es im Rahmen von Familienpflege, Pflege durch professionelle Dienste oder im Pflegemix) umgehen, um hier Rechtstatsachen zu erlangen.

Weiterhin ist der Bereich der Überwachung des Aufenthaltsorts mit elektronischen Medien (GPS-Tracker) zu thematisieren. Diese stellen zwar möglicherweise eine Alternative zu FeM dar, beinhalten aber auch das Legitimationsproblem, dass sie einer Entscheidung des Betroffenen oder eines Vertretungsberechtigten bedürfen, da sie einen Eingriff in die informationelle Selbstbestimmung des Betroffenen darstellen und somit der Rechtfertigung unterliegen (dazu auch Jacobs BtPrax 2019, S. 147 ff.).

Überdies bedarf es Daten darüber, welchen Beratungs- und Unterstützungsbedarf pflegende Angehörige haben und inwieweit ein gerichtliches Genehmigungsverfahren wirklich unzumutbar für diese ist. Dazu sind aber gerade im Hinblick auf Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention auch andere Sicherungsmaßnahmen zu erwägen, die die Rechte, den Willen und die Präferenzen der Gepflegten bei der Entscheidung über FeM wahren. So könnte auch eine Beratungspflicht einer geeigneten Stelle, z.B. im Rahmen einer erweiterten Pflegeberatung nach § 37 SGB XI, FeM-vermeidend vorausgehen und als Sicherungsmaßnahme dienen.

Zum Teil sind Sicherungen dadurch vorgehalten, dass die Leistungsübernahme von Pflegehilfsmitteln eine ärztliche Verordnung vorsieht, wie z.B. bei einem Pflegebett mit Bettgittern. Allerdings ist dies nur ein unzureichender Schutz vor übermäßiger FeM. Insofern ist es angezeigt, hier Schutzinstrumente zu entwickeln, die die Pflegenden niederschwellig erreichen und die diese als hilfreiches Unterstützungsangebot annehmen können. Dazu ist ein Schulungsangebot auf der Basis dieser Erarbeitung möglich. Überdies ist es angezeigt, dass alle im Bereich der Pflege tätigen Personen FeM-sensibel agieren, um hier notwendige Prävention zu ermöglichen.

Weiter ist zu beachten, dass bestehende Gesetze häuslich Pflegenden nicht vorgeben, was genau in schwierigen und risikobehafteten Situationen zu tun ist. Das Recht verweist viel-

mehr auf die Notwendigkeit der Legitimation von Maßnahmen, besonders wenn es sich um FeM handelt (vgl. Becker et al. 2007, S. 66 f.). Welche methodischen Zugänge genutzt werden können, um FeM zu vermeiden und situationsspezifisch angemessene Lösungsmöglichkeiten zu identifiziert, wird nachfolgend erläutert.

4 Schritte für eine Vermeidung von FeM in der Praxis

In Bezug auf stationäre Settings haben die Forschungen der letzten 20 Jahre ergeben, dass Schulungen der Pflegekräfte, besonders, wenn sie multimethodal aufgebaut sind, wirksam eingesetzt werden können, um die Anwendung von FeM zu vermeiden oder zumindest zu verringern (vgl. u.a. ReduFix und ReduFix Praxis, Werdenfelser Weg, Leitlinie FEM) (vgl. Köpke et al. 2012, S. 30 ff.). Neben Beratung und Schulungen beinhaltet ein solches Vorgehen auch einen thematisch weit gefächerten Wissensaufbau. Im Folgenden wird das Ziel verfolgt, Informationen dazu zur Verfügung zu stellen, wie FeM im Pflegealltag vermieden werden können. Dafür werden Methoden und Erkenntnisse aus unterschiedlichen Fachrichtungen vorgestellt. All diese Schritte, insbesondere das Prüfschema in Kapitel 5., dienen schlussendlich dem Ziel, Leser*innen hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen zu sensibilisieren.

Zunächst ist zu beachten, dass jeder Einzelfall einer umfassenden Situationsanalyse bedarf. Dies stellt den ersten wichtigen Schlüssel zu einer FeM-vermeidenden Pflegepraxis dar. Um sinnvoll auf Herausforderungen innerhalb eines Pflegesettings zu reagieren, brauchen Pflegenden Informationen und Wissen, um die Situation angemessen beurteilen und Handlungsoptionen abwägen zu können. Bei einer solchen Analyse des IST-Zustandes ist es zunächst wichtig, die Auslöser näher zu betrachten. Dabei bedarf es auch einer kritischen Reflexion des eigenen Handelns (bzw. den Beweggründen für ein Handeln), da Ursachenfaktoren nicht nur in der Person des Menschen mit Demenz liegen, sondern bspw. auch auf die Interaktionsformen Dritter mit diesem Menschen.

Die wichtige Frage besonders im Hinblick auf herausfordernde Verhaltensweisen ist somit das „Warum“: Warum zeigt ein Mensch mit Demenz die jeweiligen Verhaltensweisen oder eine Sturzgefährdung? Hierzu ist die sogenannte verstehende Diagnostik mittlerweile ein innerhalb professioneller Pflege fest integriertes Verfahren. Es bietet einen analytischen, Hypothesen-generierenden „Zugang zu einer Pflegesituation, in der Probleme nicht allein aus der objektivierenden Sicht der professionell oder privat Helfenden, sondern auch aus der betreffenden Person definiert werden“ (Bartholomeyczik et al. 2006, S. 61). Eine verstehende Diagnostik erfordert eine empathische Grundhaltung, die wiederum neue Deutungs- und daraus ggf. neue Handlungsmöglichkeiten bezüglich herausfordernder Verhaltensweisen

und Sturzgefährdungen bei Menschen mit Demenz eröffnet (Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 17 ff.; vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 113 ff.). Was diese Methode umfasst, inwiefern ein solches Vorgehen auch einen Mehrwert für pflegende Angehörige darstellen kann und wie sie erlernt werden kann, wird im Folgenden erläutert.

4.1 Analyse herausfordernder Verhaltensweisen und Sturzgefährdungen

Menschen mit Demenz können ihre Bedürfnisse und Gefühle oftmals, speziell ab einer mittelschweren Krankheitsstufe, nicht mehr oder nur in veränderter Form mitteilen. Ihnen fehlen die kognitiven und sprachlichen Ressourcen oder sie vermögen ihre Bedürfnisse selbst nicht mehr zu deuten. Herausfordernde Verhaltensweisen können folglich ein Indikator dafür sein, dass es Faktoren in der Umwelt der Menschen mit Demenz gibt, die bei ihnen negative Gefühle verursachen. Sie sind somit als Ausdruck von Bedarfen und Gefühlslagen zu verstehen (vgl. Schwarz 2009, S. 116 ff.).

Um die Anwendung von FeM in der Pflege auf jene Situationen zu reduzieren, in denen sie das notwendige und mildeste Mittel darstellen, ist ein genaues Betrachten des Ausdrucks und des Verhaltens notwendig, dass als herausfordernd erlebt wird und zum Einsatz von FeM führen könnte. Mögliche Ursachen zu erkennen - wie nicht erfüllte Bedürfnisse, Unsicherheiten, Ängste und subjektive Realitätswahrnehmung - ist ein wichtiger Schritt, um angemessene alternative Reaktionen und Umgangsweisen zu erschließen und auszuprobieren. Dabei ist es hilfreich, die auslösenden Bedingungen, das Verhalten an sich, die Häufigkeit, die Dauer und Intensität zu beobachten und zu beschreiben. Hierbei kann die Anwendung eines Beobachtungsschemas hilfreich sein, flankiert mit Methoden der mentalen Selbstregulation, mit deren Unterstützung es möglich wird, Verhalten zu beschreiben, ohne es zugleich aufgrund eigener emotionaler Reaktionen subjektiv zu bewerten (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 18 ff; S. 29 f.). Dabei besteht das Ziel der Beobachtung und Analyse darin, wiederkehrende Handlungsmuster bei der erkrankten Person zu erkennen. Hilfreiche Fragen wären z.B.:

- Kommt das Verhalten bzw. die Gemütsverfassung in bestimmten Situationen ggf. auch mit bestimmten Personen auf?
- Wenn ja, welche Situationen/Personen sind das? Und seit wann ist das so? Gibt es Vorstufen des Verhaltens und wenn ja, welche (z. B. eine veränderte Körperhaltung)?
- In welchen Situationen, im Kontakt mit wem zeigt sich das für mich herausfordernde Verhalten nicht bzw. ist die Grundstimmung positiv?
- Und was geht mir dazu als erstes durch den Kopf?

Worauf genau reagiere ich mit meinem Verhalten bzw. meiner Gemütsverfassung? (in Anlehnung an Becker et al. 2007, S. 31). Die Ursachen zu finden bedeutet zunächst also, die

Verhaltensweisen und (emotionalen) Reaktionen zuzulassen, nichts damit oder daraufhin zu machen (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 10 ff.) und sie stattdessen intensiv zu beobachten. Damit wird die Eruierung möglicher Wirkungs- und Auslösefaktoren auf beiden Seiten eröffnet. Geht es um die eigenen Reaktionen und Interaktionsformen hilft es, mit den o.g. letzten beiden Fragen, die Auslöser für den Verlust der eigenen Gelassenheit zu erkunden. Bei der Suche nach spezifischen Auslösern bei den an Alzheimer erkrankten Angehörigen ist es hilfreich, biografische Besonderheiten, Tagesverfassung und Gesundheitszustand heranzuziehen. Viele Verhaltensweisen sind Ausdruck von Gefühlen der Angst, Unsicherheit, Einsamkeit, Frustgefühlen und hiermit einhergehend dem Gefühl von Bedrohung (vgl. Kastner/Löbach 2010, S. 114). Folgende Aspekte sind bei einer solchen Analyse zu beachten:

<p>Neurologische Status:</p> <p>Motorische Fähigkeiten, Gedächtnis/Merkfähigkeit, Sprache, und sensorische Fähigkeiten</p>
<p>Gesundheitsstatus und demographische Variablen:</p> <p>Allgemeinzustand, Funktionsfähigkeit (ADL), Geschlecht, Ethnie, Familienstand, Schulbildung, Beruf</p>
<p>Psychosoziale Variablen:</p> <p>Persönlichkeit, Reaktion auf Stress</p>
<p>Physiologische Bedürfnisse:</p> <p>Hunger, Durst, Schmerz, Ausscheidung, Schmerz, Schlafstörungen etc.</p>
<p>Psychosoziale Bedürfnisse:</p> <p>Affekte und Emotionen</p> <p>(Angst, Langeweile, Einsamkeit etc.)</p>
<p>Dingliche Umgebung:</p> <p>Ungünstige Raumgestaltung, Licht, Geräusche, Wärme oder Kälte</p>
<p>Psychosoziale Umgebung:</p> <p>Umgebungsatmosphäre, Präsenz anderer, Reizüberflutung oder –armut, fehlende Tagesstruktur, eine nicht auf die Bedürfnisse abgestimmte Organisation der alltäglichen</p>

Abläufe

Unvoreteilhafte Kommunikationsformen:
--

Logisches Argumentieren, mit Defiziten konfrontieren, direktives Fordern etc.

vgl. Bartholomeyczik et al. 2006, S. 16 f.; vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2019.

Wichtig ist es im Hinterkopf zu behalten, dass es sich bei dieser Analyse immer um subjektive Annahmen bzw. Deutungen handelt. Diese gilt es, immer wieder zu hinterfragen, zu überprüfen und anzupassen.

Ein Beispiel dafür, wie bedeutsam es ist, differenziert und genau nach Auslösern für herausforderndes Verhalten zu schauen, ist die demenzbedingte „Weglaufftendenz“. Bei der Suche danach welche Ursachen und Bedürfnisse hinter dem gezeigten Verhalten stehen könnten, lassen sich drei verschiedene Grundkonstellationen erkennen. Menschen, die eine Weglaufftendenzen zeigen, können in der Regel einem der drei folgenden Typen zugeordnet werden (vgl. Becker et al. 2007, S. 39 f.; vgl. Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 21):

- „Hinläufer“: Sie haben zu einer Tätigkeit, einer Verpflichtung aufbrechen zu müssen („Ich muss zur Arbeit“). Hier kann es hilfreich sein, die jeweiligen Grundbedürfnisse zu erfassen und auf diese einzugehen, eine sinnvolle Beschäftigung für die erkrankte Person zu schaffen, ihr somit die Möglichkeit zu bieten, sich für eine andere Tätigkeit zu entscheiden.
- „Spaziergänger“: Sie zeigen im Wanderverhalten ein zunehmendes Bedürfnis nach Bewegung („Ich muss weiter“). Diese Form der Bewegung kann dem Abbau von Spannungen dienen und kann daher auch ein „sinnvolles“ Symptom sein. Daher stellt sich die Frage, wie die Wahrnehmung dieses Bedürfnisses ermöglicht werden kann? Zum einen sollte die Freiheit der erkrankten Person maximiert werden. Dies kann durch Rundwege, einem Zugang ins Freie (z. B. ein vorhandener Garten) oder auch durch Anreize zum Tätig sein ermöglicht werden (Hauswirtschaft, Gesellschaftsrunden, Singen, Tanzen etc.).
- „Wegläufer“: Ein Weglaufdrang kann auch eine Reaktion auf eine ungünstige bzw. unangenehme Umgebung darstellen („Ich kann hier nicht bleiben“). Dieses „Nichtbleiben-Wollen“ stellt eine Äußerung des Erkrankten dar und sollte ernst genommen werden. Die Frage, die sich die Betreuenden stellen sollten ist die, wie sie eine Wohlfühlumgebung schaffen können bzw. was die erkrankte Person genau stört. Anpassungen der Umgebung können z. B. durch eine Veränderung von Wärme, Kälte, Licht etc. erreicht werden, eine angenehme Umgebung kann aber auch durch Modifikatio-

nen auf der Beziehungsebene erreicht werden, z. B. durch Validation oder Snoezelen etc.

Erst eine genaue Analyse lässt also erkennen, welche Umstände das die Laufaktivität erhöhen und durch welche Umstände sie verringert werden kann. Der Versuch, die Ursachen eines Verhaltens zu ergründen, ist deshalb so wichtig, da so Freiheitseinschränkungen vermieden werden können, die im Grunde nicht passend, nicht sinnvoll bzw. notwendig sind.

Eine solche empathische und kreative Suchbewegung nach Lösungen, kann zudem für die pflegenden Angehörigen eine Möglichkeit darstellen, gelassener mit belastenden Situationen umgehen zu können. Auch aus Sicht der Stressforschung erscheint es daher sinnvoll, dass pflegende Angehörige über die möglichen Ursachen von herausfordernden Verhaltensweisen informiert sind, damit dysfunktionale Bewältigungsstrategien beendet werden können oder gar nicht erst eingesetzt werden. Dies kann bspw. dadurch ermöglicht werden, dass Verhaltensweisen **weniger als persönliche Kränkung wahrgenommen werden** können oder dadurch, dass eine annehmende Haltung zu den Krankheitsfolgen ausgebaut wird. Durch einen empathisch-verstehenden Blick auf gezeigte Verhaltensweisen kann Empathie für den Menschen mit Demenz ausgebaut werden, wodurch Hemmschwellen für Übergriffe, die sich in Formen der Gewalt bis zur Verwahrlosung und Verletzung der Menschenwürde zeigen können, entgegen gewirkt werden kann (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 54).

4.2 Analyse und Förderung des psychischen Wohlbefindens der Pflegenden

Die Angehörigenforschung beschäftigt sich seit Anbeginn Anfang der 1970er Jahre mit Fragen der Be- und Entlastung von Angehörigen in der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungssituation und mit den Ursachen für dieses Belastungserleben (vgl. Engel, 2017). Wie aus der Stress- und Angehörigenforschung empirisch belegt ist, führen gleichartige Stressoren nicht immer zu gleichartigen Belastungen. Chronische Reize können bereits bei geringer Intensität zu Überlastung führen. Solche bestehen in psychischen und körperlichen Symptomen von Überlastung, wie Veränderungen im Hormonhaushalt und Schwächung des Immunsystems, wodurch eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln (vgl. Zarit 2008, S. 102 ff.). Zudem zeigen pflegende Angehörige häufiger Depressivität, nehmen Stress stärker wahr und erleben sich eingeschränkt selbstwirksam und in ihrem eigenen Wohlbefinden beeinträchtigt (vgl. Pinquart/Sörensen 2003, S. 252 ff.). „**Warnzeichen für Überlastung**“ sind nach Informationen auf der Website des Bundesverbandes der AOK oder dem Barmer Pflegereport 2018, z.B. Belastungsstörungen, wie Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, innere Unruhe, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Schuldgefühle und Schuldzuweisungen, Gedanken der Sinnlosigkeit, sowie Magen-Darm- oder Kopf- und Rückenschmerzen. Empirisch nachgewiesen sind nach Pflegereport des Spitzenverbandes der

Krankenkassen (GKV) aus dem Jahre 2015 zudem Beschwerden in den Knien, im Magen-Darm-Bereich sowie Störungen des Herz-Kreislauf-Systems (vgl. Dräge 2015, S. 128). Aufgrund der emotional belastenden zeitintensiven oder lang andauernder Pflege oder der Betreuung von Menschen mit Demenz sind die pflegenden Angehörigen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen, die von Konzentrationsstörungen, Erschöpfung und Burnout bis zur medikamentös behandlungsbedürftigen Erschöpfungsdepressionen reichen (ebd.).

Da das (häufig umfangreiche) **Belastungserleben** der Pflegenden in einem **bedeutsamen Wirkungsverhältnis mit der Anwendung von FeM** steht (siehe Kapitel 2.3), bedarf eine Situationsanalyse zwecks FeM-Vermeidung bzw. Prüfung immer auch einer Betrachtung der Begebenheiten auf Seiten der Pflegenden selbst.

Maßnahmen die das psychische Wohlbefinden fördern können sie hierbei:

- Förderung des psychischen Wohlbefindens der Angehörigen mit Interventionen, die dazu beitragen, „subjektive Belastung“ und „Depression“ zu verringern.
- Stärkung der Selbstpflegekompetenz von Angehörigen.
- Förderung des Wohlbefindens der erkrankten Person.
- Pflegekurse für Angehörige, um den Menschen mit Demenz angemessen zu versorgen.
- Kompetenzschulungen, um bedarfsgerecht den Umgang mit dem Menschen an sich und seiner Demenz zu trainieren.
- Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Versorgung.
- Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unter Mitwirkung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen (vgl. Engel 2017).

Neben pflegefachlichem Wissen, insbesondere bezüglich alternativer Handlungsmöglichkeiten, sollten pflegende Angehörige somit auch darin unterstützt werden, die jeweilige Pflegesituation mehrdimensional und selbstkritisch reflektieren zu können. Das Wahrnehmen eigener Belastungen und Möglichkeiten, stressvolle Situationen gelingend zu verändern, spielt dabei eine wichtige Rolle. Im Detail betrachtet vermitteln Angehörigenkurse Wissen über Pflege und Demenz und fördern Pflegekompetenzen, zielen jedoch zu wenig **auf das psychische Wohlbefinden** oder die Lebensqualität pflegender Angehöriger ab. In der LEANDER-Studie von Zank und Schacke (2015) gibt es Hinweise darauf, dass Angehörige vor allem durch **Settings unterstützt werden, in denen Methoden vermittelt werden, die sie zu Hause nutzen können, um emotionale Belastungen zu verarbeiten**. Einen therapeutischen Telemethoden nutzenden Beratungsansatz ähnlich des Portals pflegen-und-leben.de verfolgt das Projekt der Universität Jena: „Telefonische Therapie Angehöriger von Menschen mit Demenz“ (Tele.TAnDem). Die individuell einsetzbaren problem-, kognitions- und emotionsorien-

tierten psychotherapeutischen Interventionen basieren auf kognitiver Verhaltenstherapie und sind in einen Multikomponentenansatz mit nachgewiesener Wirkung auf das Wohlbefinden der Nutzer*innen eingebettet. Diese Herangehensweise dient der Verbesserung der Problemlösefähigkeit, vermittelt notwendiges Wissen, fördert Selbstfürsorge, erweitert das Hilfenetzwerk, modifiziert dysfunktionale Einstellungen und thematisierte den Umgang mit belastenden Emotionen und förderte die Auseinandersetzung mit Verlust und Trauer in der Pflegebeziehung (vgl. Wilz/Soellner 2016, S. 12 ff.).

Ein weiteres Vorgehen, welches präventiv zur Vermeidung von FeM wirken kann, ist die Förderung von Gelassenheit. Dazu bietet Introvision als Methode der mentalen Selbstregulation zur Auflösung innerer Konflikte bewährte Verfahren an (Wagner u.a., 2016). Wenn Gelassenheit auch in herausfordernde Situationen bewahrt bzw. wiedergewonnen werden kann, bleibt der Psychotonus in einem Bereich, in dem Handlungsspielraum erhalten bleibt und Betroffene nicht oder nur in geringem Ausmaß in innere Konflikte geraten (ebd.). Inwieweit auch schon die Kenntnis über die mentalen Abläufe beim Verlust von Gelassenheit und die **Reflexion des Gelassenheitserlebens** dafür sensibilisieren kann, aus der Gewaltspirale auszusteigen, ist noch zu erproben. Zu vermuten ist, dass dann, wenn der Verlust von Gelassenheit verbunden mit mentaler Engstellung (Tunnelblick) und hoher psychischer Anspannung mit Druckerleben (Muss/Darf-Nicht-Syndrom, ebd., S. 103) früh genug bemerkt wird, der eigene Hilfebedarf erkannt und akzeptiert werden kann und Hilfe tatsächlich eingeholt bzw. angenommen wird. Ein solches Instrument zur Sensibilisierung der Wahrnehmung von (nicht)gelassenen Reaktionen wurde sowohl als unspezifisches Gelassenheitsbarometer theoriegeleitet (Kosuch 2019a) als auch spezifisch für pflegende Angehörige von MmD auf Basis von Gruppengesprächen zum Thema Gelassenheit entwickelt. FeM sind demnach Bewältigungsstrategien innerer Konflikte, die in Folge von subjektiv wahrgenommenem Stress und Belastung entstehen (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 12). Gelassenheitsförderung durch Introvision hat zum Ziel, herausfordernden Situation mit den damit verbundenen „Konflikten nicht durch zunehmende Anspannung und Erregung zu begegnen und diesen damit noch mehr ‚einzuheizen‘ sondern im Gegenteil einen gelassenen Modus der Wahrnehmung zu erlernen (...) anstatt in einen verwirrenden und an den Konflikt haftenden Widerstand zu gehen.“ (Wagner 2011, S. 41).

Hierfür ist zunächst die Wahrnehmung und Analyse des (inneren) Ist-Zustandes notwendig. Die Begleitforschung des Projekts „Gelassen - nicht alleine lassen“ des Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V. an der TH Köln hat dazu sechs Workshops mit 51 pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zum Thema Gelassenheit umfangreich ausgewertet - auch im Hinblick darauf, ob und wann freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) als Bewältigungsstrategie von Herausforderungen im Pflegearrangement und Betreuungs-

verhältnis einsetzen werden (Kabst/Kosuch, 2019). Die Teilnehmer*innen äußerten mehrheitlich den Wunsch, gelassener mit der erkrankten Person umgehen zu können – „besonders in schwierigen und herausfordernden Situationen, z.B. im Umgang mit Aggressionen, Missgeschicken und Unwägbarkeiten im Lebensalltag. Gerade dann falle es aber besonders schwer, gelassen zu bleiben“ (Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 11). Insbesondere herausfordernde Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz führen dazu, dass schwierige Situationen **nicht so gelassen bewältigt werden, wie es sich die pflegenden Angehörigen wünschen**. Ihre eigenen Reaktionen darauf bezogen beschreiben die Befragten z. B. mit „laut werden“, „schreien“, „keinen innerlichen Abstand gewinnen können“. Wenn Teilnehmende schildern, dass sie gegenüber ihren Angehörigen laut werden, ihren Herzschlag spüren und unruhig werden, dann kann von einem **sehr hohen Psychotonus** ausgegangen werden. In diesem Zustand herrscht impulsives Handeln vor und starke Affekte gewinnen die Oberhand, die Selbstbeherrschung geht verloren (vgl. ebd., S. 56). Fast alle Teilnehmenden berichteten zudem von **Kränkungserfahrungen**, die mit der persönlichen Veränderung der Angehörigen und der Pflegeverantwortung verbunden sind. Sie erleben - mangels Wissen um die Folgen der Demenz - das Verhalten der MmD als feindselig. Unwissenheit und Unverständnis führen zu **Missdeutungen** und daraus resultieren verbale oder auch nonverbale **Übergriffe** gegen die gepflegte Person und in der Folge Selbstverurteilung, Scham und Schuldgefühle. Aus Gefühlen der Ohnmacht oder Angst, nicht angenommen zu sein und aus den Bedürfnissen nach Schutz und Kommunikation können freiheitsentziehende Maßnahmen als Stressbewältigungsstrategie entstehen (vgl. ebd., S. 12, 52).

Die Mehrheit der Teilnehmer*innen **engagiert sich bereits stark**, ihren Alltag an die Anforderungen des Betreuungsverhältnisses anzupassen. Sie sorgen für Verbesserungen insbesondere hinsichtlich ihrer Pflegekompetenzen und Kenntnisse über die Krankheit. Die Fähigkeit, Gelassenheit zu bewahren, wurde allerdings **mehrheitlich als Lernfeld begriffen** (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 11).

Faktoren, die Gelassenheit verhindern sind zudem **Verlustgefühle**, die durch den progredienten Charakter der Demenzerkrankung entstehen können. Tendenziell wird die Beziehung als solche als gefährdet erlebt, mit dem Risiko, die Selbstbeherrschung zu verlieren. Sie bedauern sich und den anderen, weil sie z.B. einen Gesprächspartner oder gemeinsame Interessen verloren haben, mehr noch, wenn sie den Verlust der gemeinsamen Beziehungsgeschichte und der gemeinsamen Zukunft bemerken. Die eigene Bewertung, dass mit der Krankheit eine Situation eingetreten ist, die so nicht hätte eintreten sollen, **wird schmerzlich erlebt, verbunden mit einem Gefühl der Ohnmacht**. Mit dem Erleben der Diskrepanz von Soll und Ist, verknüpft mit einem inneren Widerstand diese Situation so hinzunehmen, geht Gelassenheit verloren. Zeitliche Belastung, Überforderung, fehlende Akzeptanz der Krank-

heitsfolgen und Vorwürfe gegen die eigene Person können als Folgen von Nicht-Gelassenheit betrachtet werden (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 54).

Feindselige Handlungen sind dabei eine Form der Grenzziehung im Dienst der Selbsterhaltung und Selbstentfaltung, um Störungen oder Beeinträchtigungen körperlicher, psychischer oder sozialer Art zu beeinflussen (vgl. Kast 2010, S. 21). So kann der Einsatz von FeM bspw. nicht nur als Ausdruck mangelnden Wissens bewertet werden, sondern auch einen sichtbaren Versuch darstellen, das Gefühl von Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen. Auf einer hohen Psychotonus-Stufe (eskalierender Konflikt) können Herausforderungen zudem nicht mehr gelingend verarbeitet werden. Gewaltvolles Handeln ist dabei Ausdruck der Konflikteskalation in der Versorgungsbeziehung. Mentale Konflikte und die fehlschlagende Strategie der Abwehr von Schmerz im Pflegesetting und der Pflegebeziehung beeinflussen entscheidend, wie sich Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich entwickeln (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 48). Insgesamt ringt die Mehrheit der Befragten in der Pflege- und Betreuungssituation beständig um Fassung (ebd., S. 65).

Die pflegenden Angehörigen berichtete in den Workshops zum Thema Gelassenheit auch davon, was ihnen dabei hilft, Gelassenheit wiederzugewinnen:

- Notfallaktion (z.B. Raum verlassen, Schreien, Wutkissen)
- Rausgehen und den Kopf frei kriegen
- Ordnung
- Selbstkontrolle (Denken: „an uns denken“; „Gefühle zeigen dürfen“)
- Akzeptanz (Konstatieren, was gerade ist. „Ja, so ist es.“)
- Zeit lassen, etwas zu verarbeiten
- Autogenes Training
- „mal ausweichen“
- nährende Beziehung und Vertrauen fördern, z.B. zwischen Enkeln und Menschen mit Demenz (ebd., S.52)

Vielfach hindert Nicht-Gelassenheit die Pflegenden daran, über notwendige Maßnahmen und eigene Wünsche für das Lebens- und Selbstkonzept nachzudenken oder sich für verfügbare Möglichkeiten entscheiden zu können (vgl. Görgen et al. 2016, S. 499). Dabei können die Angehörigen auch darin unterstützt werden, **eigene Bedürfnisse bewusst wahrzunehmen** (Selbstfürsorge). Die eigenen Bedarfslagen, ohne innere Abwertung- oder Abwehr, annehmen zu können kann weiterhin auch die **Bereitschaft erhöhen, diesbezüglich Unterstützung anzufragen** und anzunehmen. Durch Beratung und externe Hilfestellung können so ggf. geeignete Maßnahmen implementiert werden, die die Angehörigen darin unterstützen, sich nicht „von Emotionen hinreißen zu lassen, sich machtvoll durchsetzen zu wollen“

(Kabst/Engel/Kosuch 2019, S. 4) oder sich bis hin zur Selbstaufgabe in der Pflege aufzuopfern. So können Angehörige sich als selbstwirksam erleben und Probleme des Alltags leichter lösen. Förderlich dazu ist ein Raum des reflektierenden Innehaltens bzw. eine annehmende Haltung: „So ist es“ (vgl. ebd., S. 25). Viele Pflegenden befinden sich jedoch in einem Soll-Ist-Konflikt, da sie bis dato **keinen akzeptierenden Umgang mit den Krankheitsfolgen** und der neuen Lebenssituation finden konnten.

Von den 51 Teilnehmer*innen haben lediglich acht Personen Unterstützungsangebote für sich selbst in Anspruch genommen (wie bspw. psychologisch-therapeutische Beratung). Dementgegen nahmen 40 Personen Leistungen für die Person mit Demenz in Anspruch (vgl. ebd., S. 37). Dieses Ergebnis spiegelt wieder, was bereits als Ursache für die Lücke zwischen Versorgungsstrukturen und Verbrauchermarkt erkannt worden ist: Die pflegenden **Angehörigen brauchen Einsicht in den persönlichen Bedarf und Nutzen**. Diese Einsicht bietet dann die Möglichkeit und Bereitschaft, sich oder dem Angehörigen helfen zu lassen und das möglichst haushaltsnah bzw. am sozialen Alltag orientiert (vgl. Hielscher et al. 2018, S. 101; vgl. Görden et al. 2016, S. 494).

Zudem stellten Kabst, Engel und Kosuch (2019) fest, dass die Häufigkeit der Nutzung von sozialrechtlich zustehenden Entlastungsangeboten nicht dazu führt, dass Spannungen in der sozialen Beziehung abnehmen. Auch das Ausmaß an Gelassenheit der pflegenden Angehörigen nimmt mit Zunahme an Unterstützung nicht automatisch zu (vgl. ebd., S. 38). Es kann daher eine Entlastung für Pflegende darstellen, wenn sie darin unterstützt werden, was sie ohnehin ersehnen, nämlich das Unabänderliche an Krankheitsverlauf und **Pflegesituation mit größerer Gelassenheit bewältigen zu können**. Durch die akzeptierende Annahme der Gegebenheiten gibt es keine bzw. weniger imperativische Aufladungen und somit **weniger konflikthafte Bewusstseinsinhalte**, die zu einem hohen Psychotonus führen und somit zu Nicht-Gelassenheit. Hieran anschließend kann gleichfalls auch ein Bedarf von Unterstützungsleistungen ggf. leichter akzeptiert und angenommen werden, wenn dieser konstatierend wahr- und angenommen werden (bspw. ohne sich dafür schuldig zu fühlen – oder wenn Schuldgefühle auftauchen, auch diese Gefühle angenommen werden können). Die Förderung der konstatierend aufmerksamen Wahrnehmung (KAW) (vgl. Wagner 2011, S. 59 ff.) ist daher für das Erhalten, Erlangen und Wiederherstellen von Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung eine wesentliche Komponente.

FeM kommen bei herausfordernden Verhaltensweisen und Sturzgefährdungen zum Einsatz. Ein wichtiger Risikofaktor in der häuslichen Pflege ist dabei aufseiten der Pflegenden ein hohes Belastungserleben, welches zum Verlust von Gelassenheit und so zu unangemessen

Pflegehandlungen führen kann. Pflegenden Angehörigen, die an den Gruppendiskussionen teilgenommen haben, berichten von folgenden gelassenheitsförderlichen Hilfen:

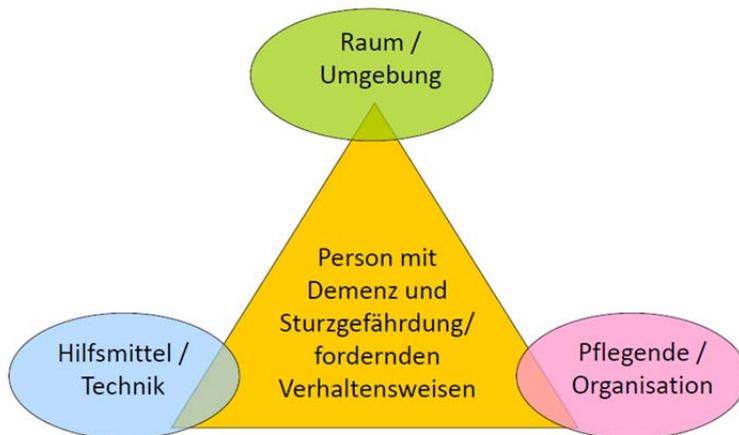
- Unterstützungsbedarf erkennen und Hilfe annehmen
- Sich selbst liebevoll Zuspruch geben („Ich schaffe das.“)
- Entspannungstrainings, wie autogenes Training
- Positive Aspekte wahrnehmen / Reframing
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen und weitere soziale Unterstützung (formell und informell)
- Die Fähigkeit, Unterstützung anzunehmen, auf ein unterstützendes, soziales Netz zurückgreifen zu können, sowie das Gefühl zu haben, in einer Situation selbstwirksam zu sein.
- Gelassener Umgang mit der Pflegesituation (ebd., S. 21).

Zur Vermeidung von FeM gilt es, diejenigen Faktoren, die herausfordernde Verhaltensweisen ausgelöst bzw. mitbedingt haben (können), zunächst einmal mehrdimensional zu untersuchen (Schritt 1). Solche Faktoren können stress- und angstbesetzte Pflegeabläufe für den Menschen mit Demenz sein, können sich aber auch im psychischen Wohlbefinden der Pflegenden zeigen. Dann kann aus den hypothesengeleiteten Erkenntnissen erörtert werden, **welche Maßnahmen geeignet sind**, diese auslösenden Faktoren abzubauen (Schritt 2). Je nach Einzelfall kann diese Eignung auch darin bestehen, dass neben personenzentrierten Maßnahmen strukturelle Veränderungen des Pflegesettings angestoßen werden. Zusätzlich bietet die Form verstehender Diagnostik die Chance, dass Maßnahmen bedarfsgerecht und sinnvoll geplant werden können – unabhängig davon, ob die Auslösefaktoren (herausfordernden Verhaltensweisen oder Sturzgefährdungen) verändert werden können (Schritt 3). Bei diesem planerischen Prozess kommt dem **Wissen um alternative Handlungsmöglichkeiten** ein immenser Stellenwert bei einer FeM-vermeidenden Pflege zu (vgl. Becker et al. 2007, S. 48 ff.).

4.3 Alternative Handlungsmöglichkeiten

Wie bereits einleitend erwähnt, zeigen Demenzerkrankte auch Verhaltensweisen, die stressauslösend und auch besorgniserregend für ihre pflegenden Angehörigen sein können. Wie in Kapitel 2.4 herausgestellt, können diese Sorgen um das Wohl der Erkrankten dabei auch auf einer Gefährdungslage gründen, vor der der erkrankte Mensch zu schützen ist (wenn dieser nicht mehr selbst entscheiden kann oder einwilligungsunfähig ist). Rechtlich betrachtet spielen alternative Handlungsansätze, ebenso wie pflegfachlich, eine bedeutsame Rolle, da das Vorhandensein alternativer Handlungsansätze entscheidend dafür ist, ob eine FeM als erforderlich einzustufen ist. FeM, wie Festschnallgurte oder das Abschließen von Räumlichkeiten, schränken die Betroffenen in ihrer Fortbewegungs- und Handlungsfreiheit massiv ein und

stellen nicht selten auch eine Verletzung des Autonomieerlebens und der Menschenwürde dar (vgl. Hell 2014, S. 3 f.). Es muss daher immer nach anderen (milderen) Lösungen für die Problemlage gesucht werden. FeM-vermeidend können hierbei sowohl pflegerische (handlungsbezogene) Alternativen sein, als auch Umgebungsanpassungen, eine medizinische/psychiatrische Fachberatung oder auch technische Hilfsmittel. Das Wissen um alternative Handlungsstränge ist **der Schlüssel zu einer FeM-vermeidenden Praxis** innerhalb der Pflege (vgl. ebd., S. 3 ff.).



Quelle: Schuhmacher 2015, S. 8 in Anlehnung an Becker et al. 2007, S. 25 ff.

4.3.1 Sturzprophylaxe

Welche Alternativen zielführend sind, ist dabei immer individuell und kreativ zu prüfen – insbesondere hängt dies von den Auslösefaktoren und deren Folgen ab, welche abgebaut werden sollen. Geben Charakter, Gesundheitszustand und Kondition etc. einer gepflegten Person einen begründeten Anlass zur Sorge, dass diese*r einem **akuten Sturzrisiko** unterliegt, so kann diesen Risiken bspw. mit folgenden Interventionen begegnet werden:

- Bett in bedarfsgerechter Höhe bzw. höhenverstellbares Bett
- Niedrigflurbetten
- Geh-/Aufsteh-/Laufhilfen anbringen (z.B. Handläufe, Walker oder Rollator)
- Frakturschutzmatte/Sturzmatte (zur Abwehr schwerer Schäden, wenn es zu einem Sturz kommt)
- Schaffung besserer Lichtverhältnisse
- Wohnräume ausreichend mit Lichtquellen ausstatten (Schatten vermeiden)
- Lichtschranken/Bewegungsmelder (durch welche der Raum automatisch ausgeleuchtet wird)

- deutliche Kennzeichnung von Lichtschaltern (damit diese erkannt werden)
- geteiltes Bettgitter (kann ggf. als Aufstehhilfe genutzt werden)
- rutschfeste Socken oder rutschfeste Verbandshausschuhe
- Sensormatratze vor dem Bett (schnelle Reaktionsmöglichkeit für Pflegende)
- Antirutsch-Sitzauflagen bzw. Antirutsch-Matratze vor dem Bett
- Sehhilfe (Brille) (ggf. an sich verändernden Bedarf anzupassen)
- Hüftprotektor und Sturzhelme (zur Abwehr schwerer Schäden, wenn es zu einem Sturz kommt)

(vgl. ZQP 2016, S. 42 ff.; vgl. Schuhmacher 2015, S. 9 ff.; vgl. Hell 2014, S. 8 f.; vgl. Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 28).

Hierneben gibt es zahlreiche Maßnahmen, die eine **innere** (seelische), als auch **äußere** (körperliche) **Balance** verfolgen und hierdurch Gefahren für die Gepflegten verringern können. Hierzu zählen:

- „Kraft- und Balancetraining
- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Biographie-Arbeit
- Basale Stimulation
- Validation
- Aktivierung der Körperspannung“ (Hell 2014, S. 9)

Die Auflistung zeigt, dass es, neben einer psychischen Stabilisierung, die insbesondere für Menschen mit Demenz extrem bedeutsam ist, auch präventive Maßnahmen gibt, die Gefahren für die Gepflegten dadurch verringern, dass ihr körperliche Fitness verbessert wird (Kraft, Balance, Koordination etc.).

4.3.2 Herausfordernde Verhaltensweisen

Für Verhaltensweisen, die im weitesten Sinne als **herausfordernd** klassifiziert werden, eignen sich insbesondere jene alternativen Ansätze die in die in der FEM-Leitlinie von Köpke et al. (2015) vorgestellt werden und von denen positive Auswirkungen auf herausforderndes Verhalten angenommen werden. An dieser Stelle muss jedoch auch festgestellt werden, dass es nicht „die richtige Alternative“ gibt. Jede mögliche Option muss auf den Einzelfall bezogen werden. Wenn sich die Frage stellt, wie eine FeM vermieden werden kann, sollte zunächst immer die Ursache für das Verhalten des erkrankten Angehörigen erforscht werden (verstehende Diagnostik, s.o.), was dazu führt, dass eine FeM angewendet werden soll. Wenn sich die mögliche Ursache beheben lässt, ist die Alternative gefunden. Einige dieser Maßnahmen werden vor Ort angeboten (siehe: www.demenz-service-nrw.de) und können als Alltagsunterstützung z.T. als Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI geltend gemacht werden.

Maßnahme	Kurzbeschreibung
Milieuangepassung	Wohnlich-ästhetische Umgebungsgestaltung mit demenzgerechter Ausgestaltung. Orientierung und Sicherheit sind hier ebenso das Ziel, wie die Herstellung von Wohlgefühl und Behaglichkeit.
Tierkontakt	Beruhigende Effekte durch Tierkontakt, wenn diese das Wohnbefinden steigern.
Kognitive Stimulation	Spezielle Methoden, um kognitiv angenehme Reize zu schaffen und Gedächtnisleistungen zu fördern (z.B. Gedächtnistraining, Erinnerungsarbeit, Realitätsorientierungstraining).
Snoezelen – Multisensorische Stimulation	Angebot von stimulierenden Sinnesreizen zur Steigerung des Wohlbefindens und Entspannung, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - Visuell (z.B. Lichttherapie, Bilder), - Schaffung gezielter Lichtquellen, die u.a. eine gestörte Tag-Nacht-Rhythmik verringern sollen, - Akustisch (z.B. Musik, Geräusche), - Taktile (z.B. Malen), - Olfaktorisch (z.B. Öle und Essenzen).
Körperlich aktivierende und gesundheitsfördernde Maßnahmen	Aktivierende Angebote, bedarfsgerecht und individuell gestaltet, um die Gesundheit/das Wohlbefinden zu erhalten und zu fördern (z.B. Spaziergänge, Balancetraining, Ergotherapie, Übungen zur Steigerung des eigenen Körpererlebens).
Validation	Gefühlsorientierte, wertschätzende Kommunikation. Wertschätzung gegenüber der Gefühlswelt der Gepflegten, Anerkennung von Emotionen und Antrieben und bestätigender Umgang hiermit.
Soziale Unterstützung	Förderung von sozialen Kontakten und Zuwendung, um soziale Isolation zu vermeiden.
Berührung (auch Massa-	Förderung positiver Gefühle und Wohlbefinden (z.B. Zärt-

gen)	lichkeit, Zugehörigkeit).
Stressreduzierende Maßnahmen für die pflegenden Personen	<p>Ein geduldiger, empathischer Umgang mit dem Menschen mit Demenz stellt eine wichtige Ressource für die Gepflegten dar (stressvermeidend). Förderung durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - externe Unterstützungs- und Beratungsangebote rund um pflegespezifische Themen - Selbsthilfegruppen, - Maßnahmen zur Belastungsreduktion (z.B. Gelassenheits-/Entspannungstrainings), <p>Steigerung des eigenen Kompetenzerlebens und Abbau von Unsicherheitsgefühlen durch fachliche (auch rechtliche) Fortbildungen.</p>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Köpke et al. 2015, S. 71 ff.; Halek/Bartholomeyczik 2006, S. 59 ff.; Erwig 2008, S. 41 ff.; Zank/Schacke 2001, S. 105 ff.; Brügger/Jaquier/Sottas 2016, S. 138 ff.; Kurz/Wilz 2011, S. 336 ff.; Pieniak 2017, S. 29 ff; Kastner/Löblich 2010, S. 144 f.)

Grundsätzlich ist es für Menschen mit Demenz wichtig, dass sie **sich wohl fühlen** und ihnen ausreichend **Orientierung im Alltag** ermöglicht wird. Ist der Wohnraum bspw. demenzgerecht eingerichtet? Demenzgerecht meint vor allem Maßnahmen der Sicherheit (wie der Beseitigung von Stolperfallen, dem Anbringen von Haltegriffe, Elektro/Feuer und Medikamente wegschließen), Konstanz im Alltag (Struktur und Rituale) und das Aufrechterhalten von erinnernden Elementen im Alltag (große Uhren und Kalender, Möglichkeit Notizen zu machen, Tagespläne, Kennzeichnung der Räume insb. Toilette, Schilder) (vgl. Grond 1992, S. 276 f.). Hierdurch kann eine starke Desorientierung in der Regel nicht therapiert werden, jedoch kann den Erkrankten hierdurch die **Bewältigung des Alltags erheblich erleichtert** und hierdurch Stressempfinden reduziert werden (vgl. Schnabel 2005, S. 70).

5. Entscheidungshilfen zur Prüfung einer FeM

Die Suche nach alternativen (milderen) Maßnahmen als Reaktion auf herausfordernden Verhaltensweisen und Sturzgefährdungen stellt eine Suche nach Ursachen bzw. Wirkungsfaktoren aufseiten der pflegenden und gepflegten Personen dar und bedarf zusätzlich einer Analyse der strukturellen als auch situativ wirkenden Rahmenbedingungen und Faktoren gleichfalls auf Seiten der pflegenden Personen. Erst wenn diese Gesamtanalyse ergibt, dass „gefährdendes Verhalten nicht verhindert werden und das Risiko nicht entscheidend verringert werden kann ... bleibt als Handlungsmöglichkeit die Anwendung einer FeM“ (Bayerisches

Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2006, S. 11). Wie genau können pflegende Personen vorgehen, um einen solchen Entscheidungsprozess hin zu einer **angemessenen und sinnvollen Entscheidung** zu durchlaufen?

Um individuell zu analysieren, inwiefern eine geplante oder bereits umgesetzte FeM geeignet und notwendig ist, ist in einem vorrangigen ersten Schritt immer vorab zu untersuchen, **welche Situation aktuell vorliegt** und welche Faktoren und Akteur*innen hierbei wirken. Nur durch eine dezidierte Analyse können hierbei auch **geeignete alternative Maßnahmen**, die FeM-vermeidend sind, erwogen und konkret für jeden Einzelfall umgesetzt werden. Wie eine solche Prüfung vonstattengehen kann, wird im Folgenden erläutert. Hierfür wurden Handlungsempfehlungen der Projektgruppe ReduFix (vgl. Becker et al. 2007, S. 48 ff.) und eine weitere des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes (Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 16 f.) zusammengefasst und mit neuen selbsterarbeiteten Inhalten ergänzt.

A) Analyse der Situation

***Info:** Um die Situation ausreichend und fachlich fundiert beurteilen zu können, sollten Fachmediziner*innen und entsprechende andere Fachkräfte (bspw. Pflegeberater*innen) hinzugezogen werden.*

1. Prüfung von Problem- und ggf. vorliegender Gefährdungslagen

- Welches Problem liegt vor und was genau stört wen (bspw.: Weglauftendenzen, Sturzrisiko, aggressive Verhaltensweisen der Gepflegten, verschobener Tag-Nacht-Rhythmus)?
 - Beispiel: Die Gepflegte verlässt häufig alleine das Haus, findet manchmal zurück, manchmal nicht – aber selbst wenn sie zurückfindet, gelingt es ihr nicht mehr, die Haustüre aufzuschließen. Sie schläft dann vor der Türe.
- Worin besteht ein Risiko und für wen besteht dieses?

***Info:** FEM dürfen nicht nur zur Erleichterung der Pflege dienen. Sie müssen für das individuelle Wohl der Betroffenen notwendig sein. Es ist zunächst eine Einschätzung zu der Frage notwendig „liegt in dem gezeigten Verhalten eine erhebliche und konkret absehbare Gefährdung?“*

- Beispiel: Die gepflegte Person ist stark unterkühlt, wenn sie im Hausflur gefunden wird. Findet sie nicht zurück, dauert es sehr lange sie aufzufinden und

sie zeigt dann erste Anzeichen von Dehydrierung und Panikzuständen. Das Risiko liegt hier demnach in einer körperlichen und seelischen Schädigung.

- Gefährdet die erkrankte Person sich selbst? Gefährdet die erkrankte Person andere?
 - Worin liegt die Gefahr? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Gefahr eintritt? Wann, wie oft und wie erheblich ist die Gefährdung gegeben?

2. Klärung möglicher Ursachen für die Auslöser

- Kann eine Ursache das Verhalten oder eine Sturzgefahr auslösen, die behandel- oder lösbar ist?
- Hat die betroffene Person Schwierigkeiten, fühlt sie sich unwohl?
 - Beispiel: Das Weglaufen zeigt sich fast ausschließlich an Tagen, an denen der Menschen mit Demenz sich nur wenig aktiv bewegt hat. Hypothese: Unterbeschäftigung bzw. Langeweile führen dazu, dass die Gepflegte das Haus verlässt. Die Ursache „Langeweile“, kann durch gezielte Alltagsintervention und mehr Bewegungsfördernden Aktivitäten verbessert werden.
- Kommt das Verhalten immer in bestimmten Situationen auf?
 - Beispiel 1: Das Weglaufen erfolgt immer Sonntagmorgens. Die Gepflegte ist ihr Leben lang Sonntagmorgens in die Kirche gegangen.
 - Beispiel 2: Das Weglaufen erfolgt seit die Gepflegte in das Haus ihrer Tochter eingezogen ist. Sie sucht ihre alte Umgebung.
- In welchen Situationen zeigt sich das Verhalten nicht?
 - Beispiel: An Tagen, wenn mit dem Menschen mit Demenz lange Spaziergänge gemacht wurden.
- Vorstufen des Verhaltens
 - Beispiel: Die Finger fangen nervös an, nach Dingen zu greifen, tippeln mit den Fingern auf dem Tisch, Wiederholungen von Sätzen wie „ich gehe jetzt nach Hause“, ständiges Blicken auf die Uhr, veränderte Körperhaltung bspw. verkrampfter Oberkörper.
- Medizinische Abklärung erfolgt?
 - Nimmt die gepflegte Person Medikamente? Können diese unerwünschte Neben-/Wechselwirkungen bedingen? Wurde die Medikation durch gerontologisch erfahrene*n Psychiater*in überprüft oder lediglich vom Hausarzt?

3. Reflexion von zwischenmenschlichen Konflikten und Spannungen sowie sonstigen Belastungen

- Wie ist das Verhältnis zwischen pflegender und gepflegter Person? Gibt es Probleme in der Beziehung, die eine Mitwirkung bei den derzeit bestehenden Problemlagen haben?
- Wie belastet fühlen sich die pflegenden Angehörigen?
- Gelingt den pflegenden Angehörigen ein gelassener Umgang mit problematischen Situationen innerhalb der Pflege?
- Gibt es spezifische Pflegetätigkeiten (bspw. intime Hilfestellungen wie Unterstützung bei Toilettengängen), die bei den Akteuren zu einem Verlust der Gelassenheit führen?

4. Reflexion der Effekte von bisherigen Maßnahmen

- Welche Maßnahmen wurden bereits durchgeführt?
 - Welche Ziele wurden hiermit verfolgt?
 - Welche Wirkung hatten diese, wurden Ziele erreicht?
 - Gab es unerwünschte Nebenwirkungen?
- Welche Maßnahmen wurden schon angedacht?
 - Wieso wurden diese verworfen bzw. nicht durchgeführt?

B) Maßnahmenplanung

Alle in den Pflegeprozess involvierten Personen (und die noch einbezogen werden sollten) sollten beteiligt werden, um eine Risikoeinschätzung vorzunehmen, die Ziele zu überprüfen und Handlungsmöglichkeiten einzuschätzen.

2. Risikoeinschätzung zu den möglichen Maßnahmen

- Welche Maßnahme stellt das mildeste Mittel dar und ist geeignet, das Ziel zu erreichen?
 - Abwägung der Möglichkeiten und Risikoabwägung (zwischen keinem Einsatz von FEM und der Anwendung von Alternativen)
- Kann die geplante Maßnahme die Gefahr abwenden, oder treten neue Gefahren/Nachteile durch diese auf?
 - Wie wirkt sich die geplante Maßnahme auf das Befinden von gepflegter und pflegender Person aus? Schädigt sie deren Vertrauensverhältnis?
- Welcher Zeitraum zur Überprüfung der Maßnahme wird festgelegt?
- Was sollte sich bis zur Überprüfung der Wirksamkeit ändern?

3. Entscheidung treffen

- Wer ist befugt die Entscheidung (Anwendung FeM) zu treffen?
- Kann die betroffene Person ihren Willen äußern? Ist sie einwilligungsfähig?
 - Wenn nein: Gibt es legitimierte Dritte (Betreuer/Bevollmächtigte) für diese Entscheidung?
- Muss die Maßnahme gerichtlich genehmigt werden?
- Scheitert die Alternative muss eine FEM durch eine berechnigte Person legalisiert werden (siehe hierzu Kapitel 3.)

4. Umsetzen der Maßnahme

- Umsetzung der notwendigen Maßnahme FEM oder eine Alternative zur Vermeidung einer FEM
- Wer ist verantwortlich für die Durchführung?
- Zeitplan festlegen

5. Beobachtung und Evaluation der Maßnahme

- Überprüfen der Maßnahme zum festgelegten Zeitpunkt
- Welche Auswirkungen hat dies auf den Betroffenen?
- Notwendige Anpassungen und Veränderungen veranlassen

(vgl. Becker et al. 2007, S. 48 ff.; Renaud; Nicolay; Battis 2015, S. 16 f.).

6 Fazit und Ausblick

Die häuslich erbrachte Pflege von demenzerkrankten Menschen durch Angehörige wird auch zukünftig ein Themengebiet darstellen, das an Bedeutung weiter gewinnen wird. Dies begründet sich darin, dass der demografische Wandel weiter voranschreiten und hierdurch die Anzahl an (hoch)betagten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ansteigen wird. Analog hierzu steigt die Lebenserwartung der Bürger*innen in Deutschland generell seit Jahrzehnten an (vgl. Scholt 2018, S. 45), sodass davon auszugehen ist, dass nicht nur immer mehr Menschen im höheren Alter von demenziellen Erkrankungen betroffen sein werden, sondern auch immer mehr Menschen in diesem Kontext das **zweite und dritte Stadium der Krankheit erreichen** werden. Da besonders das dritte Stadium mit einem sehr hohen Pflegebedarf einhergeht, werden pflegende Angehörige hierbei vor umfassende Belastungen und Herausforderungen gestellt. Wißmann und Gronemeyer (2008) halten dazu fest „Demenz entwickelt sich vor unseren Augen zu einer bedeutenden sozialen, politischen, ökonomischen und humanitären Herausforderung der kommenden Jahrzehnte“ (ebd., S. 81). Um diese Herausforderungen meistern zu können, benötigen Angehörige **Kompetenzen**, die

häufig zu einem Großteil neu erworben werden müssen (vgl. Nägele et al. 2009, S. 244). Wie bei allen Menschen kann ein Kompetenzerwerb nicht aus einem luftleeren Raum heraus erwartet werden, denn dazu braucht es Informationen, Aufklärung, Schulungen und Beratung (vgl. ZQP 2016, S. 8 f.).

Daraus zeichnet sich nicht nur der **Bedarf für einen Ausbau entlastender Strukturen** bzw. Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige ab, sondern auch jener, pflegende Angehörige umfassender durch aufklärend wirkende Informationsangebote **zu erreichen** (orts-nah und niedrigschwellig; vgl. auch § 45b SGB XI). Der Bedarf verdeutlicht sich zusätzlich noch bei der Betrachtung des Umstandes, dass viele pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen, zumindest über lange Zeiträume, keinerlei oder lediglich Unterstützungsleistungen aus dem privaten Umfeld erhalten (siehe Kapitel 3.2). Hierauf deutet auch die relativ geringe Prozentzahl (14 Prozent im Jahr 2017) der häuslichen Pflegearrangements hin, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017). Wissenschaftliche Untersuchungen weisen zudem darauf hin, dass besonders ältere pflegende Angehörige den Akt der Pflege lange ohne Einbindung von externen Hilfen leisten (vgl. Zank/Schacke 2007, S. 32 f.). Sie stellen dadurch eine Gruppe dar, die gezielt durch Aufklärungs- und Unterstützungsangebote erreicht werden sollten.

Ein grundlegendes Ziel von stärkerer Aufklärung sollte es dabei sein, demenzerkrankte Menschen vor unverhältnismäßigen Rechtseingriffen im persönlichen Nahraum durch ihre Angehörigen zu schützen. Aufgrund der bis dato vorliegenden Vernachlässigung dieses Themengebietes erscheinen Informationsmöglichkeiten und Schulungen aller an der Pflege beteiligten Akteur*innen im höchsten Maße angeraten. Um (hoch)betagte Menschen und pflegende Angehörige dazu gezielt zu erreichen, ist es **notwendig, dass entsprechende Stellen einen Aufklärungsauftrag annehmen und wahrnehmen**. Dabei sollten insbesondere jene Stellen diesbezüglich geschult sein, welche als **erste Anlaufstellen gepflegter und pflegender Personen** aufgesucht werden - wie bspw. Fachkräfte in Pflegestützpunkten, Mediziner*innen, rechtliche Betreuer*innen, Fachkräfte in Beratungsstellen und Fachkräfte, die Pflegekurse durchführen (vgl. Koczy/Beische/Becker 2008, S. 44; vgl. Ohnsorge 2007, S. 102 f.). In diesem Zusammenhang könnten auch bereits bestehende Angebote stärker darauf ausgerichtet werden über FeM aufzuklären. Anknüpfungspunkte hierfür bieten u.a. § 7a SGB XI (Pflegeberatung), § 37 Abs. 3 SGB XI (Beratungsbesuche) und § 45 SGB XI (Pflegekurse), § 45b SGB XI Alltagsunterstützung (siehe auch: www.demenz-service-nrw.de).

Um die Anforderungen einer Pflegeübernahme zu meistern, benötigen pflegende Angehörige pflegfachliches Know-how. Sie sollten diesbezüglich unterstützt werden, auf herausforderndes Verhalten nicht unangemessen mit FeM zu reagieren und **frühzeitig unterstützende und entlastende Hilfen** in Anspruch zu nehmen. Außerdem sind sie, besonders in Hinblick

auf die gravierenden und umfassenden Risiken die Anwendungen von FeM bergen, über alternative Handlungsmöglichkeiten aufzuklären. Die Vermittlung solcher Wissensbestände kann dann einen Teil dazu beitragen „...Handlungssicherheit auf pflegfachlicher und juristischer Ebene im Umgang mit Fixierung ... [zu] geben und Alternativen ... aufzuzeigen“ (Klie et al. 2006, S. 32). Dabei sollte sich die Reflexion bzgl. angedachter Maßnahmen stets an dem Schutz der Würde und Autonomie der Betroffenen orientieren und darauf hingewirkt werden, dass deren Wünsche und Wille in größtmöglichem Umfang Beachtung finden.

Außerdem sollten pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen auch über entsprechendes Rechtswissen verfügen (vgl. Görge 2009, S. 24). Dies meint nicht nur informiert darüber zu sein, welche Möglichkeiten hinsichtlich einer Betreuung bzw. Vertretung durch Vollmacht möglich sind, sondern insbesondere auch eine **Aufklärung dazu, in welchem Rahmen sie zu Handlungen befugt** und in welcher Hinsicht sie keine legitimierten Entscheidungsträger*innen sind. Besonders im Kontext von FeM sollte hierbei transparent(er) über die Rechte der gepflegten Angehörigen aufgeklärt werden.

Pflegende Angehörige verdienen einerseits Unterstützung und Bemühungen. Dabei birgt die Komplexität des Pflegesettings in familiären Kontexten und die dadurch entstehenden Dynamiken andererseits zwischen Pflegenden und gepflegten Personen Konfliktpotenziale, die nicht ignoriert werden dürfen. Um unverhältnismäßig zum Einsatz kommenden FeM entgegen zu wirken, ist es dringend notwendig, diesbezüglich Schutzinstrumente zu entwickeln, die die Pflegenden und deren Berater*innen niederschwellig erreichen und die sie als hilfreiches Unterstützungsangebot annehmen können. Zudem ist es angezeigt, dass alle im Bereich der Pflege tätigen Personen sensibilisiert agieren und entsprechende Verantwortung an- und übernehmen, um die in diesem Zusammenhang notwendige Präventionsarbeit zu ermöglichen. Dazu bedarf es bspw. der **geschulten Wahrnehmung von Risikofaktoren** und einem präventiv-lösungsorientierten Umgang innerhalb von Beratungskontexten.

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, Sabine et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Witten. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf [Zugriff: 14.11.2019].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.) (2006): Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses. München. Online verfügbar unter: [http://www.pflegeservice-bayern.de/clients/mdk_bayern/webcmspsb/CMS2Content.nsf/res/fem-leitfaden.pdf/\\$FILE/fem-leitfaden.pdf](http://www.pflegeservice-bayern.de/clients/mdk_bayern/webcmspsb/CMS2Content.nsf/res/fem-leitfaden.pdf/$FILE/fem-leitfaden.pdf) [Letzter Zugriff: 11.11.2019].
- Becker, Clemens et al. (2007): ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert?. Hannover: Vincentz.
- Beerens, Hanneke et al. (2014): Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. In: Journal of the American Medical Directors Association, 2014, Vol. 15 (1), S. 54-61.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.berlininstitut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf [Zugriff: 06.10.2019].
- Bienwald, Werner; Sonnenfeld, Susanne; Harm, Uwe (2016): Betreuungsrecht. 6., Auflage. Giesecking: Bielefeld.
- Billen, Wolfgang (2010): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege in Luxemburg. Ergebnisse einer nationalen Studie. In: Ferring, Dieter; Groß, Simon (Hrsg.): Freiheitsentziehende Maßnahmen und Gewalt in der Altenpflege. S. 8-19.
- BIVA - Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (Hrsg.) (2015): Freiheitsentziehende Maßnahmen. 2. Auflage. Bonn. Online verfügbar unter: <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Freiheitsentziehende-Massnahmen.pdf> [Zugriff: 15.11.2019].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): 3 Millionen Deutsche könnten im Jahr 2050 an Demenz leiden. Bonn. Online verfügbar unter: <https://www.bmbf.de/de/3-millionen-deutsche-koennten-im-jahr-2050-an-demenz-leiden-4826.html> [Zugriff: 28.06.2019].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2019): Herausforderndes Verhalten und Demenz. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/akutsituationen/herausforderndes-verhalten-und-demenz.html> [Zugriff: 14.11.2019].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2019): Wegweiser Demenz: Weblog & Foren: Ratgeberforen für Betroffene und Angehörige: Ratgeberforum "Kommunikation und Konflikte". Berlin. Online verfügbar unter:

- https://www.wegweiser-demenz.de/weblog-und-forum/rat-im-internetforum.html?tx_mmforum_pi1%5Baction%5D=list_topic&tx_mmforum_pi1%5Bfid%5D=3 [Zugriff: 16.07.2019].
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (2018): Freiheitsentziehende Maßnahmen (im Rahmen des §1906 BGB). Handreichung des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. Berlin. 3., überarbeitete Auflage. Stand 2018. Online verfügbar unter: <https://beb-ev.de/wp-content/uploads/2017/04/2017-04.07-HandreichungFEM-Stand-Mai-2018-final.pdf> [Zugriff: 20.09.2019].
- Borgloh, Barbara (2013): Befragung von Pflegefachkräften, BetreuerInnen und Beraterinnen in der Altenhilfe. In: Klie, Thomas et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt. S. 18-24.
- Borgloh, Barbara (2013a): Begründungen für und Risikofaktoren von FeM. In: Klie, Thomas et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt. S. 13-14.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2019): Selbsthilfe Demenz: Onlineforum: Offene Foren: Umgang und Tipps zur Alltagbewältigung. Online verfügbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/foren/1/1/umgang-und-tipps-zur-alltagbewaeltigung/seite/2.html> [Zugriff: 16.09.2019].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2018): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [Zugriff: 01.12.2019].
- Dräge, Dagmar (2015): Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, Klaus; Kuhlmevy, Adelheid; Greß, Stefan (Hrsg.): Pflege-Report 2015 „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“, S. 121-133.
- Eggert, Simon; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela (2018): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): Berlin. Online verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_informelle_Pflege.pdf [Zugriff: 10.010.2019].
- Engel, Sabine (2017): Vortrag „Ist den Angehörigen zu helfen?“ vom 9.6.2017 von Prof. Dr. Sabine Engel beim Querdenken Symposium von KathoNRW, Bezirkskliniken Mittelfranken, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Online verfügbar unter: https://www.caritas-pflege.at/fileadmin/storage/wien/aktuell/termine/2017/Querdenksymposium_2017/Praesentationen/Vortrag_3_Sabine_Engel_Ist_den_Angehoerigen_zu_helfen.pdf [Zugriff: 15.11.2019].

- Fischer, Thomas (2013): Strafgesetzbuch: StGB mit Nebengesetzen. 60. Auflage. München: C.H. Beck.
- Görgen, Thomas (2015): Wo Gewalt in der Pflege vorkommt. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): ZQP Themenreport. Gewaltprävention in der Pflege. Berlin. S. 12 – 15.
- Görgen, Thomas (2016): Gewaltprävention in Bezug auf ältere (pflegebedürftige) Menschen: Vorrangige Fragen und Herausforderungen. In Voß, Stephan; Marks, Erich (Hrsg.): 25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven: Dokumentation des Symposiums an der Alice Salomon Hochschule in Berlin am 18. und 19. Februar 2016 in zwei Bänden (Band 1, S. 516-518). Berlin: PRO BUSINESS.
- Görgen, Thomas et al. (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. 5., Auflage. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/94188/26fade4c1250f7888ef17b68f2437673/kriminalitaets-und-gewalterfahrungen-aelterer-data.pdf> [Letzter Zugriff: 02.07.2019].
- Grond, Erich (1997): Altenpflege ohne Gewalt. Hannover: Vincentz.
- Halek, Margareta; Bartholomeyczik, Sabine (2006): Verstehen und handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche.
- Hell, Walter (2014): Der Werdenfelser Weg - Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen -. Vortrag am 12.3.2014 bei der Fachtagung „Gewalt – Grenzgänge in Pflege und Betreuung“. Online verfügbar unter: <http://werdenfelser-weg-original.de/?download=39829> [Zugriff: 14.11.2019].
- Henking, Tanja; Mittag, Matthias (2014): Die Zwangsbehandlung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung – Stand der Neuregelungen. In: BtPrax - Betreuungsrechtliche Praxis, 3/2014, S. 115-119.
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas (2018): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, edition Hans-Böckler-Stiftung Band 363, unter Mitarbeit von Max Ischebeck, Hans-Böckler-Stiftung. Study Nr. 363, Juni 2018. Online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf [14.11.2019].
- Hirsch, Rolf (2016): Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen--Sensibilisieren--Handeln! In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jahrgang 59 (1), S. 105-112.
- Hoffmann, Michael et al. (2005): Die Lebenslage älterer Menschen mit rechtlicher Betreuung. Abschlussbericht zum Forschungs- und Praxisprojekt. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/78932/459d4a01148316eba579d64cae9e1604/abschlussbericht-rechtliche-betreuung-data.pdf> [Zugriff: 14.11.2019].
- Jacobs, Holger (2012): Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB durch optische oder verbale Täuschungen. In: BtPrax (3/2012), S. 99-100.
- Jacobs, Holger (2019): Zur Qualifizierung von Personenortungsanlagen als freiheitsentziehende Maßnahmen, BtPrax 2019, S. 147-150

- Jarass, Hans; Pieroth, Bodo, Jarass Hans Dieter (2018): GG. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar. München: C.H. Beck.
- Jurgeleit, Andreas (Hrsg.) (2018): Betreuungsrecht. Handkommentar. 4. Auflage. München: C.H. Beck.
- Kabst, Christine; Kosuch, Renate (2019). Gelassenheit an der Schmerzgrenze – Was tun in herausfordernden Pflegesituationen? *Empathische Zeit*, 4, S. 64-67.
- Kabst, Christine; Kosuch, Renate (in Arbeit): Gelassen pflegen – gewaltfrei verständigen. Vorschlag für ein Schulungsmodell transformativen Lernens selbstempathischer Resonanz auf Basis eines integrierten Ansatzes von Introvision und gewaltfreier Kommunikation., TH Köln
- Kabst, Christine; Engel, Alexander; Kosuch, Renate (2019): Gelassenheit in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz. Auswertung von sechs Explorationsworkshops mit pflegenden Angehörigen. Unveröffentlichter Projektbericht gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, TH Köln.
- Karner, Susanne (2013): Transferzeitschriften aus Medizin und Pflege. In: Klie, Thomas et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt. S. 31-32.
- Kastner, Ulrich; Löbach, Rita (2010): Handbuch Demenz. 2., Auflage. München: Urban & Fischer.
- Kirsch, Sebastian; Wassermann, Josef (2009): Eine Initiative zur Reduzierung von Fixierungsmaßnahmen mit verfahrensrechtlichem Ansatz. „Der Werdenfelser Weg“. In: *BtPrax* 2009, S. 109- 112.
- Klie, Thomas; Bredthauer, Doris (2010): Arbeitsdefinition für den Begriff der freiheitseinschränkenden Maßnahmen im SILQUA-FH Projekt „ReduFix ambulant“ der Fachhochschule Frankfurt und der Evangelischen Hochschule Freiburg. Online verfügbar unter: https://agp-freiburg.de/downloads/Definition_FeM_Redufix_amb_2010-01-07.pdf [Zugriff: 15.09.2019].
- Klie, Thomas et al. (2013): Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt.
- Köpke, Sascha et al. (2015): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 2.Auflage. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Online verfügbar unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Internet_gesamt.pdf [Zugriff: 12.11.2019].
- Köpke, Sascha et al. (2012): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Online verfügbar unter: <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf> [Zugriff: 26.09.2019].

- Kosuch, R. (2019). Das Gelassenheitsbarometer: Entwicklung eines Fragebogens zur Selbstreflexion situativer Gelassenheit in vielfältigen Kontexten. Unveröffentlichtes Manuskript, TH Köln. <https://th-koeln.sciebo.de/s/1uVlcbub3MwRU6r> (25.09.2019)
- Kurz, Alexander; Wilz, Gabriele (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. In: Der Nervenarzt 82 (3), S. 336–342.
- Lipp, Volker (Hrsg.) (2009): Handbuch der Vorsorgeverfügungen. Vorsorgevollmacht - Patientenverfügung – Betreuungsverfügung. München: Verlag Franz Vahlen.
- Moreau, Jean-Luc (2011): Grundlagen der Demenzmedizin. In: Mühlegg-Weibel, Andrea (Hrsg.): Demenz verstehen. Leitfaden für die Praxis. Wetzikon: Sonnewald-Campus.
- Neumann, Birgitta (2009): Soziale Arbeit in Beratungsstellen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. In: Zippel, Christian; Kraus, Sibylle (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 321-335.
- Petzold, Christian; Schwerdt, Ruth (2007). Einleitung. In: Petzold et al.: Ethik und Recht. Bern: Hans Huber. S. 9-12.
- Pinquart, Martin; Sörensen, Silvia (2003): Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. A meta-analysis. In: Psychology and Aging 18 (2), S. 250-267.
- Renaud, Dagmar; Nicolay, Elke, Battis, Sabine (2015): „Mehr Freiheit in der Pflege wagen“. Alternativen zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.). Saarbrücken. Online verfügbar unter: https://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/Freiheitsentziehende_Massnahmen_Broschuere_13.08.15.pdf [Zugriff: 20.11.2019].
- Riedel, Annette; Stolz, Konrad (2008): Altenwohlgefährdung. Pflegewissenschaftliche und betreuungsrechtliche Überlegungen zu Gefährdungen in der häuslichen Pflege. In: BtPrax 2008, S. 233-239.
- Roser; Traugott (2007): Inszenierte Kommunikation. In: Petzold et al.: Ethik und Recht. Bern: Hans Huber. S. 85-97.
- Sachs, Michael (Hrsg.) (2018): GG. Grundgesetz. Kommentar. München: C.H. Beck.
- Schönke, Adolf; Schröder, Horst (2019): Strafgesetzbuch. Kommentar. 30. Auflage. München: C.H. Beck.
- Schnabel, Mirja (2005): Umgang mit Demenzerkrankten. Entwicklung eines Lernfeldes auf der Basis empirischer Daten aus der Berufspraxis der Pflege. Hannover: Schlütersche.
- Schuhmacher, Birgit (2015): Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) durch Technik vermeiden. Online verfügbar unter: https://www.freiburg.de/pb/site/Freiburg/get/params_E368479163/958579/4-%20Schuhmacher%20FeM%20durch%20Technik%20vermeiden.pdf [Letzter Zugriff: 17.06.2019].
- Schuhmacher, Birgit; Noack, Carolyn; Bredthauer, Doris (2013): Befragung von Anrufenden am Beratungstelefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. In: Klie, Thomas et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt. S. 16-18.

- Schuhmacher, Birgit; Pflieger, Lisa (2013): FeM aus Sicht der Experten im Feld. In: Klie, Thomas et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt. S. 14-15.
- Schwarz, Günther (2012): Umgehen mit demenzkranken Menschen und herausforderndem Verhalten. Stuttgart. Online verfügbar unter: https://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/Redaktion/2_unsere_angebote/im_alter/alzheimer_beratung/Umgehen_mit_herausforderndem_Verhalten_-_Demenz.pdf [Letzter Zugriff: 25.01.2019].
- Suhr, Ralf (2015): Vorwort. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015): ZQP Themenreport. Gewaltprävention in der Pflege. Berlin.
- Thoma, Jens; Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2004): Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (37/5), S. 349-350.
- Van Husen, Eva (2012): Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der rechtlichen Betreuung, 2012. Gardez! Verlag: Remscheid.
- Wagner, Angelika C. (2011): Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte. Mentale Selbstregulation und Introversion. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. 2011 Stuttgart: Kohlhammer.
- Wagner, Angelika; Kosuch, Renate; Iwers-Stelljes, Telse (2016): Introversion. Problemen gelassen ins Auge schauen - eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Walther, Guy (2007): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege. In: Ethik in der Medizin (19/4). S. 289–300.
- Wellenhofer, Marina et al. (2019): Interdisziplinäre Untersuchung zu Rechtsschutzdefiziten und Rechtsschutzpotentialen bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen (VERA). In: BtPrax 2019, S. 43-47.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (Hrsg.) (2006): Freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege -Ausarbeitung-. Verfasser*innen unbekannt. Ausarbeitungsnr. WD 7 – 255/06. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/408122/8740e942c4c80ed8e360350186eaf506/wd-7-255-06-pdf-data.pdf> [Zugriff 14.11.2019].
- Wilz, Gabriele; Pfeiffer, Klaus (2019): Pflegenden Angehörige. Reihe Fortschritte der Psychotherapie Band 73. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, Gabriele, Soellner, Renate (2016): Abschlussbericht Tele.TAnDem.Transfer. Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten. Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen. Bundesministerium für Gesundheit. Förderkennzeichen IIA5-2512FSB555. Jena & Hildesheim. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_18_Abschlussbericht_TeleTAnDemTransfer_15_02_16.pdf [Letzter Zugriff 04.12.2019].
- von Mangoldt, Hermann; Klein, Friedrich; Starck, Christian (2018): Kommentar zum Grundgesetz: GG. 7. Auflage. München: C.H. Beck.
- Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2001): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1:

Entwicklung eines standardisierten Meßinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten. Freie Universität Berlin. Online verfügbar unter: https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/media/projekte/leander/abschlussbericht_leander_phase1.pdf [Zugriff: 23.11.2019].

Zarit, Steven (2008): Diagnosis and management of caregiver burdens in dementia. In: Duyckaerts, Charles; Litvan, Irene (Hrsg.): Dementias, Bd. 89. Amsterdam, New York: Elsevier (Handbook of Clinical Neurology, 89), S. 101–106.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2016): Demenz. Impulse und Ideen für pflegende Partner. ZQP-Themenratgeber. 3. Auflage. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Ratgeber_Demenz_Pflegende_Partner_Angehoerige_Alzheimer.pdf [Zugriff: 20.10.2019].

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015): ZQP Themenreport. Gewaltprävention in der Pflege. Berlin.