

**Hessisches Curriculum
zur Vermeidung freiheitsentziehender
Maßnahmen nach dem HGBP**



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Hinweise zur Verwendung des Curriculums	4
Modul 1: Grundhaltungen, Einstellungen, Werte, Ethik	7
Modul 2: Pflegepraxis, Visionen, „Hilfsmittel“, Fixierungen	17
Modul 3: Rechtliche Grundlagen.....	35
Modul 4: Medizinische Grundlagen.....	49
Modul 5: Kommunikation.....	58
Modul 6: Hessischer Konsulentendienst.....	69
Modul 7: Gewaltprävention.....	80
Anhang.....	86
Impressum	93

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

selbstbestimmte Lebensführung ist ein hohes Gut. Über den eigenen Aufenthaltsort frei zu entscheiden und sich nach eigenen Vorstellungen frei zu bewegen, ist elementarer Ausdruck menschlicher Freiheit und gehört in allen Lebenslagen – unabhängig von Alter und dem Grad der Hilfsbedürftigkeit – zu einer menschenwürdigen Alltagsgestaltung. Dieser Grundsatz ist im Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) verankert: Danach ist die Würde volljähriger betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen zu schützen und zu achten. Sie sind vor Beeinträchtigungen ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu bewahren.

Betreiberinnen und Betreiber von Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind verpflichtet, gewaltfreie und menschenwürdige Pflege sicherzustellen. Zum Schutz vor körperlichen oder seelischen Verletzungen und Bestrafungen sowie vor anderen entwürdigenden Maßnahmen müssen Vorkehrungen getroffen und dabei anerkannte Methoden zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen angewendet werden. Dafür sind regelmäßige Schulungen der Betreuungs- und Pflegekräfte vorgeschrieben.

Mit dem „Hessischen Curriculum zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen“ ist ein Schulungskonzept entwickelt worden, das die unterschiedlichen Aspekte, die bei der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen von Bedeutung sind, umfassend behandelt. Neben der Vermittlung rechtlicher und medizinischer Grundlagen, steht die Frage der ethischen Haltung und der Kommunikation im Mittelpunkt.

Das vorliegende Konzept ist durch mehrere Schulungsmaßnahmen, die in Kooperation mit der Katholischen Akademie des Bistums Fulda durchgeführt wurden, in der Praxis erprobt und von einem Expert*innenteam kontinuierlich weiterentwickelt worden. Ein zentrales Anliegen dabei ist, den interdisziplinären Dialog zwischen Vertreterinnen und Vertretern der Betreuungsgerichte, Betreuungsbehörden und –vereine, der Alten- und Behindertenhilfe sowie der Berufsbetreuerinnen und -betreuer zu fördern und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu stärken. Sich mit unterschiedlichen Sichtweisen zum Thema freiheitsentziehende Maßnahmen auseinanderzusetzen, ermöglicht einen Perspektivwechsel und ist eine wichtige Voraussetzung dafür, die eigene Haltung zu hinterfragen.

In Hessen sind in den vergangenen Jahren viele Schulungen und Fachtagungen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen auf Grundlage des Curriculums durchgeführt worden. Dadurch wurde die Selbstbestimmung Betroffener verbessert. Das vorliegende überarbeitete Schulungskonzept trägt dazu bei, das Erreichte zu wahren und die Erfolge weiter auszubauen, damit auch künftig in der Praxis weitgehend auf einschränkende Maßnahmen verzichtet wird. Durch diesen Ansatz können größtmögliche Freiräume geschaffen werden, ohne Sicherheit zu verlieren.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr

Kai Klose,

Hessischer Minister für Soziales und Integration

Hinweise zur Verwendung des Curriculums

1. Ziel des Curriculums

Die freie Entfaltung der Persönlichkeit ist ein Grundrecht und genießt besonderen Schutz. In diese Freiheit durch freiheitsentziehende Maßnahmen einzugreifen, muss sorgfältig begründet werden. Damit eine freiheitsentziehende Maßnahme immer erst am Ende eines Abwägungs- und Entscheidungsfindungsprozesses steht, müssen sich die beteiligten und verantwortlichen Personen kompetent dieser Güterabwägung stellen. Eine individuelle Versorgung und Unterstützung muss stets das Ziel der Aktivierung der Fähigkeiten und Möglichkeiten der Klientin oder des Klienten verfolgen. Eine potentielle Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen ist vor diesem Hintergrund auch für rechtliche Betreuerinnen und Betreuer oder entsprechende Vorsorgebevollmächtigte nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen möglich.

Das Hessische Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) enthält die Forderung der Anwendung nur anerkannter Methoden zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, welche auf das erforderliche Maß beschränkt sein müssen. Weiterhin sollen Einrichtungen die Betreuungs- und Pflegekräfte regelmäßig im Bereich der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen schulen. Das Curriculum gibt Anregungen, welche Inhalte zur Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relevant sind, um eine Kultur der Freiheit zu etablieren oder zu verstärken. Für diese komplexe Aufgabe sollen die an den Schulungen Beteiligten Informationen erhalten und Methodenkompetenz vermittelt bekommen, wie sie diese Konfliktsituationen professionell erkennen und lösen können. Diese besondere Haltung zur Gewährleistung von Freiheit kann nicht allein durch *ein* Leitbild oder *eine* Konzeption „verordnet“ werden, sondern ist im Rahmen von geeigneten Fortbildungsangeboten zu vermitteln. Mit dem vorliegenden Curriculum soll damit ein landesweites hessisches Anforderungsprofil etabliert werden.

2. Ziel der Schulungen

Das Curriculum sieht die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen als interdisziplinäre Aufgabe von vielen Verantwortungsträgern unterschiedlicher Berufsgruppen. Damit diese kompetent miteinander ins Gespräch kommen können, ist Fachwissen zu rechtlichen, medizinischen, pflegfachlichen und berufsethischen Fragestellungen erforderlich. Das Curriculum stellt dazu relevante Inhalte und methodische Hinweise vor. Insbesondere wird auf die vernetzende Funktion der Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) Bezug genommen.

Die als Vorlage für dieses Curriculum durchgeführten Schulungen wurden seit Beginn des Angebots im Jahr 2013 überarbeitet und konzeptionell verändert.

Es vermittelt Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Bildungseinrichtungen ein Rahmenkonzept für die Durchführung von Schulungen bzw. Fortbildungen. Die Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist dabei ein zentraler Auftrag, der im Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) verankert ist.

3. Modularer Aufbau

Die Elemente der Schulungsreihe bauen aufeinander auf und regen den individuellen Bewusstwerdungsprozess an. Neben notwendigem Theoriewissen wird insbesondere der Transfer in die Praxis im Aufbau der Reihe berücksichtigt.

In den Modulen werden Hinweise zur möglichen fachlichen und theoretischen Vertiefung gegeben, was überwiegend auch medial unterstützt wird. So wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Material zur Verfügung gestellt, um sich weiter mit den jeweiligen Themen zu beschäftigen. Bei aller zeitlichen Knappheit wird so ein intensiver Überblick als Grundlage zur weiterführenden Durchdringung des Themas geboten.

Die Schulungsinhalte, Praxisbeispiele und Falldiskussionen sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Nachdenken und Diskutieren anregen. Dies soll interaktiv und unter fachlicher Anleitung erfolgen. Insbesondere die unterschiedlichen Methoden der Fallbearbeitung bieten den Teilnehmenden eine Auswahl an Strategien zur eigenen und praxisnahen Konfliktbearbeitung.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Schulungen werden auch mit den Aufgaben von Verfahrenspflegerinnen oder Verfahrenspflegern vertraut gemacht. Diese fachlichen Kompetenzen folgen dem Ansatz der interdisziplinären Expertinnen oder Experten, welche vom Gericht in Verfahren der Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme bestellt werden sollten.

Die hier dargestellten Inhalte wurden in den für dieses Curriculum grundlegenden Fortbildungen, die durch die Katholische Akademie im Bonifatiushaus Fulda durchgeführt wurden, an fünf Seminartagen vermittelt. Diese Angabe ist als ungefähre zeitliche Orientierung zu verstehen.

4. Vorbereitung und Durchführung der Schulungen

4.1 Bedarfserhebung

Für eine erfolgreiche Schulungsmaßnahme ist die Bedarfserhebung sinnvoll. Dabei hat sich als günstig erwiesen, wenn die Teilnehmenden der Schulungen aus unterschiedlichen beruflichen Situationen kommen. Es sollte darauf geachtet werden, dass an den jeweiligen Kursen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit folgenden beruflichen Hintergründen teilnehmen:

- Stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen
- Ambulante Dienste im Gesundheitswesen
- Rechtliche Betreuerinnen und Betreuer nach dem BGB
- Pflegesachverständige
- Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter
- Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger
- Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger

4.2 Wahl der Referentinnen und Referenten

Das interdisziplinäre Konzept der Schulung sieht die Beteiligung von Referentinnen und Referenten vor, die aus ihrem jeweiligen Fachgebiet den erforderlichen Sachverstand und die Fähigkeit zum vernetzten Denken sowie Flexibilität und Diskursfähigkeit einbringen. Besonders der Praxisbezug sollte bei der Vermittlung der jeweiligen Inhalte Beachtung finden.

4.3 Ablauf der Schulungen

4.3.1 Die einzelnen Module

Das vorliegende Curriculum stellt die Inhalte der Module in Stichworten dar, die dann von den Bildungsträgern und den beauftragten Referentinnen und Referenten ausgestaltet werden

müssen. Es liefert keinen fertigen kommentierten Foliensatz, sondern definiert den Rahmen innerhalb dessen die Referentinnen und Referenten die skizzierten Inhalte eigenständig und eigenverantwortlich mit den von ihnen gewählten methodischen und didaktischen Elementen ausgestalten.

Methodische Hinweise weisen auf mögliche Formate oder gestalterische Elemente zur Vermittlung der Inhalte hin.

Das Curriculum soll ein Gerüst darstellen, das durch die fachliche Expertise und die Berufserfahrung der Lehrenden ausgestaltet werden muss. Dies gilt insbesondere für die Praxisbeispiele, mit denen die Lerninhalte verdeutlicht werden sollen.

Die Lerninhalte unterliegen kontinuierlicher Veränderung durch Rechtsprechung und pflegefachlichen Entwicklungen. Sie sind regelmäßig zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Zur fachlichen Expertise der Referentinnen und Referenten gehört die Fähigkeit und Bereitschaft zur Verfolgung des Themenfeldes sowie die Überprüfung der Relevanz neuer Entwicklungen und Erkenntnisse für die Lerninhalte.

4.3.2 Abschluss / Evaluation

Ein Abgleich der Erwartung mit den in der Schulung vermittelten Inhalten sollte zum Ende erfolgen. Bei der schriftlichen Rückmeldung sollten folgende Punkte abgefragt werden:

- Präsentation der Lerninhalte
- Verständlichkeit der Lerninhalte
- Flexibilität der Referentin oder des Referenten auf Fragen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern einzugehen
- Relevanz der Inhalte für die eigene Tätigkeit
- Güte der unterstützenden Materialien
- Rahmenbedingungen der Veranstaltung in Bezug auf Organisation und Durchführung der Schulung

Zusätzlich zur schriftlichen Rückmeldung kann eine mündliche Feedback-Runde erfolgen. Die Ergebnisse der Evaluation müssen in die Konzeption weiterer Maßnahmen einfließen.

4.3.3 Bescheinigung

Am Ende der Schulung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an der gesamten Schulung teilgenommen haben, eine Bescheinigung, aus der die Inhalte der Schulung ersichtlich sind.

Hinweis zum Gesetzesstand:

Durch das Gesetz Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrecht vom 4. Mai 2021 (BGBl. I S. 882-917) wird das Betreuungsrecht umfangreich geändert und neu geordnet. Hinweise zum Gesetzesstand im nachfolgenden Text beziehen sich auf die Fassung der Vorschriften ab dem 01.01.2023.

Modul 1: Grundhaltungen, Einstellungen, Werte, Ethik

Lernziel:

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird nach einer Einführung und einem Überblick über die Inhalte der Schulung Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen und zur Äußerung von Erwartungen gegeben.

Die Teilnehmenden kennen den Unterschied von Ethik und Moral. Eigene Überzeugungen können zugeordnet und deren Auswirkungen auf professionelles Handeln abgeschätzt werden.

Lerninhalte:

- Kennenlernen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Austausch über ihren beruflichen Kontext
- Erfahrungen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)
- Austausch über Erwartungen an die Schulung
- Abgrenzung von Ethik und Moral
- Auswirkungen unterschiedlicher Überzeugungen moralisch Fremder
- Ermöglichen von Selbstbestimmung und professionelle Fürsorge
- Möglichkeit zur Konfliktlösung durch Ethikberatung

1. Kennenlernen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Austausch über ihren beruflichen Kontext

Methodischer Hinweis:

1.1 Kennenlernen: Offenes Gespräch, evtl. Partnerinterview.

1.2 Austausch über beruflichen Kontext: Freie Vorstellungsrunde, Sammeln auf Karten am Metaplan und Möglichkeit zum Clustern. Mögliche Leitfrage: „Was ist Ihr Bezug zu FEM?“

1.3 Erfahrungen mit FEM: Flip-Chart alternativ Karten zu folgenden Leitfragen:

„Wann waren Sie das letzte Mal von FEM betroffen?“

„Wie haben Sie das letzte Mal eine FEM erlebt?“

„Was hat das mit Ihnen gemacht?“

„Wie haben Sie das empfunden?“

→ Besprechung im Plenum

2. Vorstellen des Schulungsablaufs anhand des Programms

Methodischer Hinweis:

2.1 Inhalte: Gedrucktes Programm

2.2 Zeitlicher Ablauf

2.3 Hinweis auf Falldiskussionen am Ende eines jeden Schulungstages nach einer unterschiedlichen Methode

Aktivierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Aufforderung, eine eigene Konfliktsituation einzubringen.

3. Einführung in die Thematik / Werte

Methodischer Hinweis:

3.1 Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen als Auftrag der Ermöglichung von Freiheit: Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge

3.2 Persönliche Einstellungen der Beteiligten: Übung durch Dilemma-Situation.

3.1 Freiheit und Fürsorge

Der Einstieg in das Thema kann über ein Fallbeispiel erfolgen, das am 14.11.2014 im Mindener Tageblatt erschienen ist:

Porta Westfalica (mt). Weil die demente 90-jährige nicht essen wollte, hielt ihr die osteuropäische Haushaltshilfe zuletzt die Nase zu und stopfte das Essen in den sich öffnenden Mund. Dies soll sich in einem Haushalt in Porta Westfalica abgespielt haben, nachdem die Kraft aus Osteuropa monatelang völlig unbegleitet in eine Überforderungssituation beim täglichen Umgang mit der Seniorin geraten war.

Im Anschluss empfiehlt es sich, eine Darstellung der unterschiedlichen Interessen, Motive und Wertkonflikte der beteiligten Personen vorzunehmen.

Ein weiteres Fallbeispiel kann eine typische Dilemma-Situation sein. Dabei könnte die alljährliche routinemäßig anstehende Urlaubsplanung diskutiert werden. Der Urlaubsplan eines Kollektivs kann durch implizite Vorgaben einer Organisation vorgeprägt sein. Diese entscheidungsleitenden Randbedingungen engen den Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum ein. Meist wird als vorrangige Bedingung einer Urlaubsplanung die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs genannt. Somit sind bestimmte Determinanten für Urlaubswünsche bereits vorgegeben.

Nun kann der Zufall entscheiden und jede beteiligte Person kann ein Los ziehen. Diese Verteilung der Urlaubswochen ist rein vom Zufall bzw. Glück der Beteiligten abhängig. Andere Lösungsstrategien können sein:

- Reihenfolge der Eintragung (Windhund-Prinzip)
- Berücksichtigung von gewichteten Faktoren wie etwa Rücksicht auf Schulferien bei Beschäftigten mit schulpflichtigen Kindern oder vorgegebene Urlaubszeiten der Partnerinnen oder Partner in deren Betrieb

Das dargestellte Beispiel kann über **Verfahren** gelöst werden oder durch inhaltliche **Vorgaben**.

Es können zwei Prinzipien der Gerechtigkeit vorgestellt werden:

- Gleichheit
- Bewusste Ungleichbehandlung (Solidarität)

Nach einer ersten Näherung sollten im Folgenden Begriffe geklärt werden.

3.2 Begriffsklärungen

Methodischer Hinweis:

Begriffe Ethik / Moral

Sammlung von Stichworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Eine typische Situation der Philosophie ist die Frage nach guten Gründen. Das kindliche Fragen nach dem „Wieso“ und „Weshalb“ und den verschiedenen Gründen und Zusammenhängen kann uns Erwachsene an Grenzen der Erklärbarkeit führen. Das vermeintliche naive „Warum“ steht für einen Wunsch nach Erkenntnisgewinn und die Suche nach Erklärungen von komplexen Zusammenhängen.

In der Versorgung und Behandlung von Klientinnen und Klienten spielt die Frage: „Wie verhalte ich mich moralisch richtig?“ eine große Rolle. Oft geht es dabei um Situationen, zu denen es im Kreise der Kolleginnen und Kollegen unterschiedliche Auffassungen gibt: „Aber ich wollte doch nur alles richtigmachen!“; „Darf man denn hier einfach dem Bewohner die Nahrung nicht mehr geben oder die Herztabletten absetzen?“; „Wir müssen doch weitermachen“; „Hier wird dem Patienten aber Unrecht getan, wenn sein Berufsbetreuer so unmenschlich entscheidet“ etc. So oder so ähnlich lauten Äußerungen, denen ein Wertkonflikt zu Grunde liegt. Oft geht es dabei um moralische Intuitionen, um das „Bauchgefühl“. Damit bei der Bearbeitung solcher Wertkonflikte aus dem „Bauchgefühl“ Argumente formuliert werden können, ist nicht nur der Abgleich mit rechtlichen Rahmenbedingungen hilfreich, sondern auch ein Wissen von den philosophischen Grundlagen der Ethik.

Moralische Positionen haben alle Menschen. In multikulturellen Gesellschaften prallen diese moralisch Fremden aufeinander.

Moral beschreibt den richtigen oder falschen Umgang mit anderen Menschen. Im Zusammenhang mit Moral wird oft von Pflichten, Verboten, Tugenden oder Lastern gesprochen. Moral

betrifft Normen, Haltungen oder Charakterzüge und Werte des einzelnen Menschen. Bestimmte Moralvorstellungen wie Gerechtigkeit oder Freiheit werden von einzelnen Menschen als universal und damit auf andere Personen übertragbar und somit als verbindlich empfunden. Jeder Mensch geht mit seinen individuellen Werthaltungen bis zu einem gewissen Grad davon aus, dass auch andere Menschen seine Ansichten teilen. Toleranz fordert eine Offenheit auch gegenüber anderen Ansichten, damit eine Verwirrung oder „Befremdlichkeit“ gegenüber den speziellen Moralvorstellungen nicht zu Konflikten führt. „Moralisch Fremde“ werden ihre guten Gründe für ihre Präferenzen und Entscheidungen haben.

Ethik ist die theoretische Beschäftigung mit dem Phänomen der Moral. Sie befasst sich unter anderem mit der theoretischen Reflexion der gelebten Moral und ist eine philosophische oder auch theologische Disziplin (theologische Ethik).

Die Disziplin der Angewandten Ethik beschäftigt sich mit den Begründungsansätzen der Ethik.

3.3 Persönliche Überzeugungen / Werte

Methodischer Hinweis:

Gruppen-/Partnerarbeit zur individuellen Überzeugung:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzen sich mit folgender Situation auseinander:

Ist es gerechtfertigt, dem Entführer zur Preisgabe des Verstecks des entführten und in Lebensgefahr befindlichen Opfers Gewalt anzudrohen und in einem nächsten Schritt diese Gewalt auch anzuwenden?

Leitfragen:

Zweifelsfrei hat der Entführer dem Opfer Gewalt angetan und übt aktuell auch durch die Freiheitsberaubung Gewalt aus.

In einer moralischen Bewertung ist zu fragen, welchen Vorwurf man dem die Gewalt androhenden Polizisten machen kann, denn dieser verfolgt das Ziel der Befreiung und Lebensrettung des Entführungsofers.

Verlangt aber nicht die Würde des Entführers, dass er selbst gegen Gewalt geschützt wird oder hat dieser seine Rechte durch das angetane Unrecht verwirkt?

Wenn ein Staat sich gegen Folter ausspricht, so gilt dies auch für Verbrecher, auch wenn es möglicherweise Sympathisanten für Folter gegen Entführer gibt.

Anmerkung: Das Beispiel ist der realen Situation der Entführung eines 11jährigen Jungen aus Frankfurt am Main nachgebildet. Dort wurde dem Entführer Magnus Gäfgen durch den Polizeipräsidenten Gewalt angedroht, damit der den Aufenthaltsort des entführten Jungen preisgibt.

Eine moralische Unterstützung muss an Gründen orientiert hergeleitet und abgewogen werden.

In deontologischen Ethiken (griechisch deon = das Notwendige, die Pflicht) sind bestimmte Handlungen nicht nur wegen ihrer Folgen, sondern um ihrer selbst willen und kategorisch (einfach, unbedingt) verboten, wie z. B. beim Tötungsverbot. Immer wieder wird kolportiert, dass ein entsprechend wichtiges Ziel alle Mittel zur Zielerreichung rechtfertigen würde, was aber nichtzutreffend ist.

Teleologische Ethiken handeln vom Streben des Menschen nach einem Ziel (gr. telos = das Ziel). Der Utilitarismus (Nutzenethik) ist eine solche teleologische Ethik. Der Begriff leitet sich aus dem lateinischen „utilitas“ (Glück, Nutzen, Vorteil) ab. Der Utilitarismus ist ein empirisch-rationales Instrument zur Normenbegründung. Dabei setzt er als normatives Unterscheidungskriterium für Handlungen deren kausale Folgen ein (Konsequenzenprinzip) und betrachtet den Nutzen und die Vorteile für die Beteiligten (Utilitätsprinzip). Dabei geht es nicht um den Eigennutz (Egoismus), sondern um das Wohlergehen der Allgemeinheit (Sozialitätsprinzip). Als Nutzen wird die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse bezeichnet (hedonistisches Prinzip). Das sittliche Ziel einer Handlung muss folglich darin bestehen, dass für alle von der Handlung Betroffenen der größtmögliche Nutzen entsteht. Der Utilitarismus hat besonders im angelsächsischen Raum großen Einfluss.

In Gemeinschaften gibt es keine absoluten Freiheiten, denn die Interessen aller müssen ausgeglichen werden. Somit endet die Freiheit des Einzelnen an den Interessen der anderen Mitglieder der Gemeinschaft. Eine ungehemmte Entfaltung von Wünschen kann schnell die Interessen eines anderen Menschen berühren. „Die Freiheit des Einzelnen ist durch die Freiheit der anderen beschränkt“ (Kant).

Für die Besprechung von Wertkonflikten eignet sich der herrschaftsfreie Austausch, welcher für die Diskursethik konstitutiv ist. Bei Diskursen steht nach dieser Ethiktheorie nicht eine Person mit ihrer hierarchischen Position im Vordergrund, sondern der Austausch von Argumenten. Im Idealfall des diskursethischen Austausches sind am Ende alle beteiligten Personen von den besten Argumenten überzeugt.

3.4 Ethische Prinzipien

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Begründungsansätze für Medizinethik, stellten die beiden US-amerikanischen Medizinethiker Tom Beauchamp und James Childress erstmalig 1979 vier Prinzipien mittlerer Reichweite vor, die als normative Leitgedanken von vielen Menschen geteilt werden, obwohl sich diese auf eine einzige Moraltheorie nicht einigen werden können.

Die Prinzipien mittlerer Reichweite lauten (Beauchamp & Childress, 2019):

1. Respekt vor Selbstbestimmung (autonomy),
2. Nicht-Schaden (nonmaleficence, „primum nil nocere“),
3. Gutes tun (beneficence, bonum facere, Hilfsgebot),
4. Gerechtigkeit (justice).

Das Konzept der vier Prinzipien mittlerer Reichweite gründet auf der Moralität aller Kulturvölker.

3.5 Pflegeethik

Pflegeethik reflektiert die besondere Rolle und Verantwortung von Pflegenden. Für Pflegende steht die Orientierung am Wohl und an der Autonomie der Klientin oder des Klienten ebenfalls im Zentrum ihrer Tätigkeit. In der Pflegepraxis ist die Hilfsbereitschaft ein wesentliches Element, das in einer Zwischenposition zwischen Klientinnen/ Klienten und Ärztinnen/ Ärzten stattfindet.

Die Pflege macht die weitaus größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen aus. Neben der Tätigkeit in der Krankenpflege, sind Pflegende in der Altenhilfe sowohl in der stationären als auch

ambulanten Versorgung und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Hospizen oder Wohngruppen tätig.

Zum Selbstverständnis von Pflege formuliert die österreichische Pflegekraft und Ethikerin Doris Fölsch prägnant: „Pfleger ist moralisches Handeln. Pflegen ist Beziehung, Nähe und Angewiesenheit zwischen einem helfenden Menschen und einem Menschen, der hilfsbedürftig ist“ (Fölsch, 2013, S. 9).

Methodischer Hinweis:

Zur Darstellung des Selbstverständnisses von Pflege eignet sich die Definition der WHO:

„Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation. Sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegenden gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegenden arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen“ (WHO, 1993, S. 15).

Das Selbstverständnis von Pflegenden ist verbunden mit dem christlichen Motiv der Nächstenliebe und der unterstützenden Tätigkeit für Bedürftige. Kritisch wahrgenommen werden muss ein Selbstverständnis von Pflegenden, die für ihre Klientinnen und Klienten genau wissen, was ihnen „gut tut“ und damit ein Angebot zu einem fürsorgenden Zwang wird.

3.6 Patientenselbstbestimmung

Solange Menschen einwilligungsfähig sind, entscheiden sie selbst. **Einwilligungsfähigkeit** ist nicht mit Geschäftsfähigkeit deckungsgleich. Einwilligungsfähigkeit liegt vor, wenn Menschen nach ihrer geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs sowie der Einwilligung zu ihm erfassen können. Das ist in der konkreten Situation zu bestimmen und nicht von einer Diagnose abhängig. Einwilligungsunfähig ist eine Person, die wegen Unreife, Krankheit oder geistiger Behinderung nicht imstande ist, entscheidungsrelevante Sachverhalte, Folgen und Risiken medizinischer Maßnahmen zu verstehen, zu ihrer persönlichen Lage in Beziehung zu setzen, das Für und Wider im Lichte ihrer Werthaltung zu bewerten und daraus eine Willensentscheidung abzuleiten. Für den Bundesgerichtshof liegt Einwilligungsfähigkeit vor, wenn Menschen nach ihrer geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und der Einwilligung zu ihm erfassen können (BGH 1959, 811).

Die Bundesärztekammer stellt fest, dass jeder erwachsene Mensch grundsätzlich einwilligungsfähig ist bis nicht im konkreten Fall die Einwilligungsfähigkeit ausgeschlossen werden kann (2019, 1133). Von herausragender Bedeutung für die Feststellung der Einwilligungsfähig-

keit ist, dass diese situationsbezogen und eingriffsbezogen (anlassbezogen) festgestellt werden muss. Damit kann ein und derselbe Mensch zum gleichen Zeitpunkt für eine einfache Behandlung einwilligungsfähig sein und einen komplexeren Eingriff nicht überblicken und bewerten.

Eine **Patientenverfügung** ist ein schriftliches Dokument einer einwilligungsfähigen volljährigen Person, mit dem diese festlegt, ob sie in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1827 Absatz 1 Satz 1 BGB).

Bei der Ermittlung des Patientenwillens muss die Vertreterin oder der Vertreter (bevollmächtigte Person oder rechtliche Betreuerin bzw. rechtlicher Betreuer) überprüfen, ob die bestehende Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation passgenau zutrifft und eine Willensänderung nicht erkennbar ist (§ 1827 Abs. 1 BGB). Bei der Feststellung des Patientenwillens hat die Vertreterin oder der Vertreter nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Zu den hier gemeinten Vertrauenspersonen gehören insbesondere Pflegende, die berücksichtigt werden müssen und auch ungefragt ihre Meinung zum Patientenwillen der bevollmächtigten Person oder der rechtlichen Betreuerin bzw. dem rechtlichen Betreuer mitteilen dürfen und sollen.

3.7 Verantwortung und Phasen des Lebens

Verantwortung setzt die Fähigkeit voraus, aus freiem Willen zu handeln, das eigene Handeln zu bestimmen und die Folgen dieses Handelns unabhängig von Autoritäten zu beurteilen. Denn selbst wenn eine Handlung rechtlich nicht zu einer Strafe führt, können Menschen moralische Verantwortung empfinden. Nicht alles, was erlaubt und somit nicht strafbar ist, ist auch moralisch richtig.

Für Abweichungen von den gesetzlichen Vorschriften oder von den durch Rechtsprechung festgelegten Grundsätzen kann ein Mensch zur Verantwortung gezogen werden. Dabei geht es um sein Tun (Handlungen) oder Unterlassen. Im Bereich des Rechts ist das Gericht die urteilende Instanz. Im individuellen Kontext hingegen wird das eigene Tun vor der Instanz des **Gewissens** mit eigenen oder fremden moralischen Erwartungen abgeglichen.

Verantwortung übernehmen bedeutet, dass ein Mensch für sein Handeln und die Folgen dieses Handelns vor einer Instanz Rechenschaft abgibt. Solche Instanzen können andere Personen aber auch Gerichte, das eigene Gewissen oder Gott sein.

Der Nationale Ethikrat schlug im Jahr 2006 zur Beschreibung der Entscheidungen und Handlungen am Lebensende die Begriffe Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen vor:

Unter dem Begriff der **Sterbebegleitung** werden Maßnahmen der Pflege und Betreuung von Menschen verstanden, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Zur „Sterbebegleitung“ zählen z. B. die körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen sowie das Mindern von Übelkeit, Angst und Atemnot. Dazu gehören ebenso menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die der sterbenden Person und ihren Angehörigen gewährt werden.

Therapien am Lebensende sind alle medizinischen, d. h. auch palliativmedizinischen Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern oder jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird. Sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender

Symptome nicht möglich ist. Der bisher in diesem Zusammenhang verwendete Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ ist unzutreffend, weil das Handeln weder direkt noch indirekt auf den Tod des Patienten zielt.

Von **Sterbenlassen** statt von „passiver Sterbehilfe“ sollte man sprechen, wenn eine lebenserhaltende medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird.

Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) ist gegeben, wenn Ärzte oder andere Personen einer Person ein todbringendes Mittel verschaffen oder ihr auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung unterstützen.

Als **Tötung auf Verlangen** werden solche Handlungen bezeichnet, durch die auf den ernsthaften Wunsch eines Menschen hin sein Tod durch aktives Handeln bewirkt wird. Derartige Handlungen können z. B. in der Verabreichung eines therapeutisch nicht indizierten Medikamentes oder in einer Überdosierung indizierter Medikamente bestehen.

Mitunter besteht eine Unsicherheit in der moralischen Bewertung von Tun und Unterlassen. Durch den zweiten Strafsenat des Bundesgerichtshofs (BGH, Entscheidung vom 25.06.2010) höchstrichterlich bestätigt ist die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs auf Basis des tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillens durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung, wenn diese dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tod führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen (BGHSt 55, 191, 205 f.). Damit darf der Patientenwillen umgesetzt werden durch:

- Unterlassen,
- Begrenzen oder
- vollständiges Beenden aller nicht gewünschten Maßnahmen.

Ursächlich für den Tod ist das Grundleiden der Klientin oder des Klienten, dessentwegen sie oder er in Behandlung ist. Der so beschriebene Behandlungsabbruch darf sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden, was durch den Bundesgerichtshof am Beispiel des Durchschneidens des Ernährungsschlauchs entschieden wurde.

Zu der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 25.06.2010 kam es durch die Weigerung einer Pflegeeinrichtung, den Willen einer Bewohnerin zu akzeptieren und die Umsetzung (= Beendigung der künstlichen Ernährung) zuzulassen. Entscheidungstheoretisch bin ich sowohl für Handeln und Unterlassen verantwortlich. Beide Formen basieren auf Entscheidungen: einmal prägt sich die Entscheidung in einem Tun aus und ein anderes Mal ist es das bewusste Nicht-Handeln.

3.8 Ethikberatung als Methode der Konfliktlösung

Methodischer Hinweis:

Durchführung einer exemplarischen Ethik-Fallberatung

Ablauf:

- 1. Was ist der Konflikt? Was ist das Problem?**
- 2. Faktenklärung (med.)**
- 3. Pflegerische Situation**
- 4. Behandlungs- / Versorgungsoptionen**
- 5. Patientenwille / psychosoziale Situation**
- 6. Diskussion anhand ethischer Prinzipien**
- 7. Beratungsergebnis**

Ein Lehrfilm zur Klinischen Ethikberatung kann ggf. in Ausschnitten die Klinische Ethikberatung veranschaulichen. Der Lehrfilm zeigt eine Ethik-Fallberatung in einem Klinikum der Maximalversorgung und enthält kommentierende Hinweise (Herz- und Diabeteszentrum NRW: Lehrfilm Ethikberatung 2016).

Der Film ist zu erhalten beim ethikzentrum.de – Zentrum für Angewandte Ethik.

(Klinische) Ethikberatung im konkreten Einzelfall widmet sich ethischen Fragen aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten. Zur Beratung ethischer Probleme in der Patientenversorgung haben eine zunehmende Zahl von Kliniken professionelle Strukturen der Ethikberatung installiert. Dabei haben sich neben Klinischen Ethikkomitees (KEK) auch Ethikarbeitsgruppen, Foren oder Ausschüsse gebildet. Einige Einrichtungen haben eine Einzelperson als Ethikberaterin oder Ethikberater benannt. Die Mehrzahl der Universitätskliniken haben Klinische Ethikkomitees eingerichtet.

Neben klinischer Ethikberatung empfiehlt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer die Einführung von außerklinischer Ethikberatung (2020). Dazu soll ein Angebot an professioneller und interdisziplinärer Ethikberatung entstehen, das von Angehörigen, Vertretern in Anspruch genommen werden kann, wenn eine Einrichtung bzw. ein Anbieter von Gesundheitsleistungen Ethikberatung noch nicht vorhält. Außerklinische Ethikberatung wird etwa digital von einer Gruppe qualifizierter Ethikberaterinnen und Ethikberater mit TeleEthikBeratung.de angeboten.

Allgemeine Ziele von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind:

- die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen,
- die Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen,
- die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten.

4. Weiterführende Informationen und Literatur

Deutscher Ethikrat Berlin: Stellungnahmen

Baumann E, Brink A, May A (Hg.): Hans-Martin Sass. Differentialethik. Anwendungen in Medizin, Wirtschaft und Politik. Münster: LIT-Verlag 2006

Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press 8. Auflage 2019

Bockenheimer G, May A: Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA). Eckpunkte für ein Curriculum, Ethik in der Medizin, 2007, 331-339

Bundesärztekammer: Stellungnahme „Außerklinische Ethikberatung“, Deutsches Ärzteblatt, 2020, 628

Bundesärztekammer: Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten, Deutsches Ärzteblatt, 2019, 1133-1134

Fahr U, Herrmann B, May A, Reinhardt-Gilmour A, Winkler E: Empfehlungen für die Dokumentation von Ethik-Fallberatungen, Ethik in der Medizin, 2011, 155-159

Körtner U: Grundkurs Pflegeethik, Wien: Facultas 2004

Marckmann G (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin: MWV 2015

May A: Grundfragen der Bio- und Medizinethik, in: Steenblock V, Wetz F-J (Hg.): Kolleg: Praktische Philosophie in der Gegenwartskultur 4 Bde., Bd. 2: Grundpositionen und Anwendungsprobleme der Ethik, Stuttgart: reclam, 2008, 189-221

May A: Strukturinstrumente zur Klinischen Ethikberatung - Entwicklung und Perspektiven, in: Steger F (Hg.) Klinische Ethikberatung: Grundlagen, Herausforderungen und Erfahrungen, Münster: mentis 2013, 15-44

May A, Kreß H, Verrel T, Wagner T (Hg.): Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer, Heidelberg: Springer 2016

Salomon F (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin, Berlin: MWV 2021

Simon A, May A, Neitzke G: Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“, Ethik in der Medizin 2005, 322–326

Stoecker R, Neuhäuser Chr, Raters ML (Hg.): Handbuch Angewandte Ethik, Stuttgart: Metzler 2011

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.: Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen, 2019

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.: Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens Ethik in der Medizin, 2010, 149–153

Modul 2: Pflegepraxis, Visionen, „Hilfsmittel“, Fixierungen

Lernziel:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen das Selbstverständnis einer Einrichtung kennen, in der keine freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen stattfinden.

Pflegefachliche Konzepte der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und unterstützende Maßnahmen sind bekannt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erkennen, dass nicht das Mittel, sondern die Wirkung und das Ziel bestimmen, ob der Einsatz einer Maßnahme als freiheitsentziehend zu bewerten ist oder nicht.

Lerninhalte:

- Kennenlernen von „klassischen Hilfsmitteln“ wie Pflegebett, Gurtfixierung
- Wahrnehmung der Einschränkung durch FEM
- Klärung von pflegefachlichen Zielen der Versorgung von hilfsbedürftigen Menschen
- Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe
- Kennenlernen von komplexen Entwöhnungsprozessen von FEM bei kognitiv eingeschränkten Klientinnen und Klienten

1. Praxisberichte: Einrichtungen ohne FEM

Der Schultag kann aktivierend mit positiven Praxisbeispielen beginnen. Dazu eignet sich die Darstellung von Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Behindertenhilfe, in denen bereits seit einigen Jahren keine FEM mehr durchgeführt werden.

Methodischer Hinweis:

Der Einstieg in den Tag durch einen Praxisbericht wirkt für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktivierend und gleichzeitig dient er als Hinführung zur eigenen Auseinandersetzung mit FEM. Zuerst können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Beobachterrolle einnehmen bevor sie dann im Laufe des Moduls durch einen Perspektivwechsel mit konkreten eigenen Eindrücken einer FEM konfrontiert werden.

Ergänzend zum Praxisbericht können erfolgreiche Strategien und Lösungen mit den Teilnehmenden besprochen werden.

1.1 Präsentation des Konzepts: Folien, Bilder, Vortrag

1.2 Abgleich mit der eigenen beruflichen Situation: Einsatz von Moderationskarten, Flip-Chart

1.3 Transfer: gemischte Gruppenarbeit oder gemischte Zusammensetzung eines Zweier-teams, welches sich über die jeweils eigenen Wahrnehmungen austauscht: FlipChart, geleitete Auswertungsdiskussion

1.1 Praxisbericht aus dem Franziska-Schervier Seniorenzentrum in Frankfurt am Main

„Die Franziska Schervier Altenhilfe in Frankfurt am Main blickt auf eine 140jährige Geschichte zurück. Das Franziska-Schervier Seniorenzentrum ist eine der „Traditionseinrichtungen“ in Frankfurt und bietet 120 Plätze in der vollstationären und Kurzzeitpflege sowie 19 Wohnungen im betreuten Seniorenwohnen.

Pflegefachliche Schwerpunkte in der Pflege und Betreuung sind:

- Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner
- somatischer Schwerstpflegebereich

Eine weitere Einrichtung der Franziska Schervier Altenhilfe gGmbH ist seit 2007 das „Pfarrer Münzenberger Haus“ im Frankfurter Stadtteil Eschersheim mit 51 Plätzen in der vollstationären Pflege und der Kurzzeitpflege sowie einem pflegefachlichen Schwerpunkt in der Arbeit mit demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in einem quartierbezogenen Konzept.

Die Realität im Franziska-Schervier Seniorenzentrum, wie allgemein in der stationären Altenhilfe, war vor zwanzig Jahren „einfach normal“:

- Fixierdecken,
- Bettgitter,
- Mehrpunktfixierungen,
- verschlossene Türen,
- ...

Eine Reihe von Gründen hat zu einer Veränderung unserer Einstellung geführt. Die Änderung des Betreuungsrechts hat Anfang der 1990er Jahre zu einem Umdenken geführt und zur verstärkten Reflexion der Pflegepraxis Anlass gegeben. Aber auch folgende Dinge haben Anstöße gegeben:

- Expertenstandards,
- laufende Qualitätsentwicklung,
- Erfüllung von außen gesetzter Rahmenanforderungen.

Weitere Meilensteine in der Franziska Schervier Altenhilfe in Frankfurt am Main auf dem Weg zu einer Einrichtung ohne FEM waren:

- Die Implementierung des **Psychobiografischen Pflegemodells** nach Prof. Erwin Böhm (2002/Erstzertifizierung 2004) und damit einhergehende Personalentwicklungsmaßnahmen führten zu veränderten Grundhaltungen der Pflegenden in der Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Zunehmend wurde eine Kompetenz aufgebaut, herausforderndes und selbstgefährdendes Verhalten im Kontext der individuellen Bewohnerbiografien zu verstehen um solches durch gezielte, positive Interventionen von der Ursache her zu vermeiden, statt mit FEM auf die Gefährdungssituationen zu reagieren. Überprüfung und grundsätzliche Revision sämtlicher Prozesse im Rahmen des Aufbaus eines **Qualitätsmanagementsystems** nach DIN ISO EN 9001 (Erstzertifizierung 2004). Dazu gehörten auch die Veranlassung und Anwendung von FEM. Ein Kennzahlengestütztes Pflegecontrolling brachte Transparenz auch im Blick auf FEM und lies unterschiedliche Situationen und Entwicklungen in den Wohnbereichen erkennen, aufgrund

derer im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses anhand von „best practice“ Beispielen Erfahrungen für die ganze Organisation verfügbar und weitere Optimierungen sowohl von Prozessen als auch in der Personalentwicklung möglich gemacht wurden.

- Durch die Teilnahme an einer interdisziplinären **Studie zur Anwendung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim** (2005) konnten z. B. Defizite in der Zielgerichtetheit der Medikation oder in der Kommunikation behandelnder Ärzte untereinander aufgezeigt werden, in deren Folge es u. a. zu vermeidbaren Gefährdungssituationen für Bewohner (Gangunsicherheiten, Sturzgefährdungen etc.) kam.
- Die **Folgestudie „OPTIMAL“** zur Optimierung der Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim (2006) gab die Gelegenheit, die Erkenntnisse sowohl prozessual als auch in der Personalentwicklung umzusetzen. Neben der Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflege, Haus- und Fachärzten wurde u. a. ein Curriculum zur Fortbildung von Fachkräften entwickelt, das neben vertiefenden Kenntnissen der Psychopharmakologie und Psychopathologie nicht medikamentöse Interventionen zu herausforderndem oder gefährdendem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern vermittelt. Diese Fortbildungen werden in bedarfsgerecht angepasster Form regelmäßig in der Einrichtung angeboten.
- Einen weiteren Impuls lieferte 2006 die Beteiligung an einem Projekt zur **Ethik in der Altenpflege** in Kooperation mit dem Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin der Universitätsklinik Frankfurt. Damit begann die systematische Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und der Aufbau eines Ethikkomitees, für das neben den verschiedenen Professionen aus den Einrichtungen auch externe Fachleute wie Juristen, Ärzte und Mediziner zur Mitarbeit gewonnen werden konnten. Da die Frage des Respekts vor der Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner eines der zentralen Themen in der Ethischen Reflexion der Pflegepraxis ist, hatte diese Arbeit sehr schnell unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung der Anwendung von FEM in den beiden Häusern. Im Rahmen von Fortbildungen und der Entwicklung von Standards konnte eine höhere Sensibilität bei allen Beteiligten für den Spannungsbogen zwischen Autonomie, Fürsorge und Schadensvermeidung erreicht werden, der oft ursächlich für die Initiierung von FEM ist.
- Das **Instrument der interdisziplinären Fallbesprechung** ist, mit seinerzeit bescheidenen Ansätzen beginnend, heute fest etabliert. Pflege- und Betreuungssituationen werden fortlaufend den Bedarfen der Bewohner mit dem Ziel der Vermeidung von FEM angepasst, z. B. Bodenpflege, Mitnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern durch die Nachtwachen, Umgestaltung von Bewohnerzimmern, Beratung der Angehörigen in der Auswahl der (Nacht-)Kleidung usw.
- Zur Sicherung der **Versorgungskontinuität in der neurologischen und gerontopsychiatrischen Versorgung** und Verbesserung der Schnittstellen zu Hausärzten und Pflege bewährt sich seit einigen Jahren die Kooperation mit einer psychiatrischen Institutsambulanz, mit der inzwischen auch kompetente Partner für die interne Personalentwicklung gewonnen werden konnten.
- Das Inkrafttreten des **Hessischen Betreuungs- und Pflegegesetzes** (2012) war erneuter Anlass einer kompletten Prozessrevision, die nun endgültig die Vermeidung von FEM als primäres Ziel der Prozesssteuerung in den Fokus nimmt. Die Umsetzung der Standards ist Gegenstand der laufenden Qualitätsüberwachung in internen Audits und Zertifizierungen durch TÜV cert. Die gesetzliche Anforderung der ‚regelmäßigen‘ Unterweisung der Mitarbeiter wird seitdem in jährlichen Pflichtfortbildungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege und Sozialkulturellem Dienst sowie für zusätzliche Betreuungskräfte umgesetzt.
- Im Rahmen des Neubaus des Pfarrer Münzenberger Hauses (2007) bzw. umfangreicher **Neu- und Umbauarbeiten** im Franziska-Schervier Seniorenzentrum (2010) konnten bei der baulichen Gestaltung Gefahrenquellen, die in bestimmten Bewohnersituationen zur

Anregung von FEM führen können, minimiert werden, wie z. B. durch das Beleuchtungskonzept, Farbkontraste in den gewählten Materialien, Zugangssteuerung und -kontrolle für kritische Bereiche usw. Dazu kommen in Ausstattung und Technik zunehmend unterstützende Systeme wie Niederflurbetten, Signalmatten oder Mobility Monitore zum Einsatz.

In der Franziska Schervier Altenhilfe in Frankfurt am Main konnte in den letzten fünfzehn Jahre die Vermeidung von FEM in den beiden Einrichtungen erreicht werden. Dazu war eine intensive und abgestimmte Entwicklung erforderlich. Trotz des erreichten Stands stehen weitreichende Herausforderungen an. Aktuell sind das beispielsweise ein zunehmender Anteil seelisch oder psychisch kranker und eine steigende Zahl suchterkrankter älterer Menschen, die in die Einrichtungen kommen.

Im Ergebnis gibt es heute in beiden Häusern keinerlei körpernahe Fixierungen und der Einsatz von Psychopharmaka mit sedierender Wirkung zum Zwecke der Ortsfixierung ist ein absolutes „no go“. Für lediglich 1 Bewohner (unter 1 %) im Franziska-Schervier Seniorenzentrum und im Pfarrer Münzenberger Haus liegt aktuell ein richterlicher Beschluss zur Anwendung von Bettgittern vor, der jedoch nicht angewendet wird (Stand: 09/2022).

Erforderliche Schritte zur Vermeidung von FEM sind:

- systematische Personal- und Qualitätsentwicklung,
- die Gewinnung kompetenter Kooperations- und Netzwerkpartner,
- innovative Projekte in Zusammenarbeit mit Universitäten und Fachhochschulen,
- konsequent konzeptgestützte und qualitätsgesicherte Arbeit und
- eine stabile und motivierte Mitarbeiterschaft in Pflege und Betreuung zu den zentralen Faktoren zählen, um eine nachhaltig positive Entwicklung im Blick auf die Vermeidung von FEM zu erreichen.“

1.2 Praxisbericht aus der Einrichtung "antonius –gemeinsamMensch in Fulda

„Bei der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen stellt sich teilweise die Frage nach dem Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen. Meistens bestehen Überlegungen zu Einschränkungen in Form von Sicherheitssystemen an Rollstühlen, Sitzhosen und Schulterwesten, Therapietischen, Feststellbremsen etc. Aber auch in Form von verschlossenen Wohnungstüren, verschlossenen Zimmertüren bis hin zu Fixierungen am Bett und dergleichen.

Anders als in der Arbeit mit alten oder dementen Menschen haben Mensch mit einer geistigen Behinderung schon oft in jungen Jahren freiheitsentziehende Maßnahmen erfahren.

Im Kindesalter entscheiden die Eltern über die Sicherheit ihres Kindes und nicht selten werden im Erwachsenenalter Bettgitter oder eine verschlossene Tür zur Selbstverständlichkeit.

Zum bewussten Umgang mit Klientinnen und Klienten gehört es, die Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen, Rituale aufzulösen und vor allem mutig zu sein, die Freiheit des Menschen auch mal vor die Sicherheit zu stellen.

Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Beispiel 1: Herr M.

Herr M. ist 37 Jahre alt und lebt seit 1997 im antonius – gemeinsam Mensch in Fulda. Aufgrund einer Hüftkopfnekrose ist er stark gehbeeinträchtigt und auch unsicher. Herr M. neigt bei falscher Anforderung oder Überforderung zu stark autoaggressivem Verhalten.

Ein Bauchgurt mit zusätzlichem Bettgitter waren durch eine gerichtliche Genehmigung bis Anfang 2013 möglich. Eine weitere Genehmigung hat das Betreuungsgericht jedoch nicht erteilt. Viele Gedanken gingen den Beteiligten durch den Kopf: „Das funktioniert nie!“. Eine „ungeschützte“ Nachtruhe überfordert ihn, er wird sich bestimmt noch schlimmer schlagen, die Aggression wird unbändig werden. Durch die Unterstützung des Betreuungsgerichts sollte folgendes Vorgehen ausprobiert werden: Herr M. bekam ein Niederflurbett mit davorliegender Matte, auf den Bauchgurt wurde verzichtet. Die schlimmsten Befürchtungen waren bei den Fachkräften zunächst vorhanden, traten jedoch nicht ein.

Vom ersten Tag an akzeptierte Herr M. das Niederflurbett. Bis heute hat er sein Bett nachts nur ganz selten verlassen, krabbelt dann meist zur Tür, öffnet diese, schaut hinaus und lässt sich wieder zu Bett bringen. Keine Verletzungen, keine unerwünschten Anforderungen, keine Überforderung. Und das Wichtigste: Seine aggressiven Ausbrüche haben sich nicht vermehrt, im Gegenteil, sie sind etwas milder geworden. Diese positive Entwicklung hält bis heute an.

Beispiel 2: Herr A.

Herr A. ist 42 Jahre alt und lebt seit 1983 im antonius – gemeinsam Mensch. Über sehr viele Jahre hinweg wurden seine Zimmertür und seine Wohnungstür in der Nacht geschlossen. Herr A. verfügt über keinerlei Gefahreinschätzung, ist dafür aber äußerst aufgeweckt und neugierig.

Im Sommer 2012 lief der Beschluss des Betreuungsgerichts für die freiheitsentziehende Maßnahme aus und es war nicht bereit, diesen zu verlängern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung waren zunächst stark verunsichert, denn Herr A. wusste genau, wo der Notknopf zum Öffnen der Wohnungstür war und wie man diesen bedienen muss. Der Nachtdienst war alarmiert und verstärkte die bereits schon hohe Präsenz. Trotzdem gelang es Herrn A. einmal pro Nacht die WG zu verlassen. Die Wohnungstür geht zwar von innen auf, wenn sie zugefallen ist, aber von außen bleibt sie verschlossen. Dann war es geschehen. Herr A. stand im Treppenhaus und war sichtlich irritiert. Der Nachtdienst war gleich präsent und konnte handeln. Was hätte alles passieren können, wenn Herr A. das Haus verlassen hätte und orientierungslos in der Umgebung unterwegs gewesen wäre?

Nach diesem Vorfall erfolgte ein Eilbeschluss des Betreuungsgerichts wegen Gefahr in Verzug. Aber auch dieser war befristet und die Problematik stellte sich nach Ablauf der Genehmigung neu. In einem gemeinsamen Gespräch mit der Betreuungsrichterin, der Verfahrenspflegerin, der Gutachterin, der Leitung der WG und der Koordinatorin wurde lange diskutiert, gerungen und argumentiert.

Das Ergebnis war, dass bei Herrn A. eine Dekonditionierung erfolgen sollte. Dies war mit hohem personellem Aufwand verbunden, da eine Sitzwache ihn immer, wenn er aus dem Zimmer kam, wieder hineinführen sollte. Über mehrere Monate lief dieses „Experiment“. Herr A. war hocherfreut, dass immer eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner auf ihn wartete, wenn er die Tür öffnete. Das Zurückbringen gestaltete sich oft schwierig und langwierig, da Herr A. eine ganz andere Vorstellung vom Verlauf der Nacht hatte. Tätliche Übergriffe seinerseits blieben nicht aus. Schlafmangel machte sich bemerkbar, Herr A.s. Stimmung sank auf den Nullpunkt. Auf mehrere „durchgemachte“ Nächte folgten Tage der totalen Erschöpfung. Die Monate waren für alle Beteiligten anstrengend und das Ergebnis war nicht besonders ermutigend. Nicht selten

wurde in Frage gestellt, ob die Vorgehensweise tatsächlich dem Wohl von Herrn A. diene. Immer wieder standen wir im Austausch mit dem Betreuungsgericht, das uns regelmäßig wieder aufforderte, den Weg weiter zu gehen.

Nach einer gewissen Zeit waren die personellen Ressourcen erschöpft. Der „Versuch“ war sehr kostenintensiv, da hierfür kontinuierlich zusätzliches Personal bereitzustellen war. Erneut stellte sich die Frage, ob die bisherige Vorgehensweise für eine Verhaltensänderung von Herrn A. geeignet sei. Vielleicht wäre es sinnvoller, wenn er nachts keine Gelegenheit hätte, mit Kontaktpersonen zu kommunizieren.

Die personellen Ressourcen waren schließlich ausgereizt und es sollte eine technische Lösung gefunden werden. Herr A.s Zimmertür wurde mit einem Bewegungsmelder ausgestattet, der eine Meldung auf das Handy des Nachtdienstes sendete. Natürlich merkte er sehr schnell, dass, wenn er die Tür öffnete, der Nachtdienst darauf sofort reagierte.

Der Zustand ist nach wie vor nicht optimal, aber immerhin ist es gelungen, eine Alternative zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zu schaffen. Herr A. ist manchmal noch übermüdet, aber er schläft jetzt viel öfter durch, als zu Beginn des „Versuchs“. Natürlich hat er in der Nacht vieles ausprobiert, vom Urinieren auf die Sofas bis zum Austopfen der Grünpflanzen. Aber: Steter Tropfen höhlt den Stein und irgendwann wird auch die ausgefallenste Nachtaktion uninteressant. Die Situation ist mittlerweile für alle Beteiligten einigermaßen erträglich. Aber die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des antonius – gemeinsam Mensch glauben an die lebenslange Entwicklung eines Menschen.“

2. Maßnahmen zur Begrenzung der Freiheit

Methodischer Hinweis:

Der Begriff und das Verständnis von FEM sind nicht einheitlich.

Zu unterscheiden ist die rechtliche Definition nach (1) dem Betreuungsrecht und (2) dem weiter gefassten pflegfachlichen Verständnis.

Die Analyse der einschlägigen Gesetzestexte bietet sich dazu als ersten Einstieg an. Eine Detailanalyse der rechtlichen Dimension soll an dieser Stelle nicht erfolgen. Diese kann im Modul zu rechtlichen Fragen detaillierter erfolgen.

In diesem Modul stehen die pflegfachlichen Aspekte im Vordergrund.

2.1 Definitionen

Die Bewertung einer Maßnahme als FEM wird nicht einheitlich vorgenommen. Zu unterscheiden ist:

- die betreuungsrechtliche Auslegung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und
- das pflegerische Verständnis von Freiheitseinschränkungen.

Die betreuungsrechtliche Definition von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Sinne des § 1831 Abs. 4 BGB zielt ausschließlich auf eine Einschränkung der Fortbewegungsfreiheit ab.

Auf der Grundlage eines weitergehenden Verständnisses von persönlicher Freiheit ist die in der **Leitlinie FEM** verwendete Definition zu verstehen. Danach ist unter FEM „jede Handlung

oder Prozedur [zu verstehen], die eine Person daran hindert sich an einen Ort oder eine Position ihrer Wahl zu begeben und/oder den freien Zugang zu ihrem Körper begrenzt durch irgendeine Maßnahme, die direkt am oder in unmittelbarer Nähe des Körpers angebracht ist und nicht durch die Person mühelos kontrolliert oder entfernt werden kann“ (Köpke et al. 2015, S. 21).

2.2 Motive zu FEM / zur Begrenzung der Freiheit

Methodischer Hinweis:

Motive zu FEM: Sammlung von Stichworten. Die Abfrage der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kann sich sowohl auf mögliche Akteure bzw. Berufsgruppen beziehen, die an dem Entscheidungsfindungsprozess FEM beteiligt sind, als auch auf ihre Motive.

Zu den Akteuren gehören regelhaft:

- Betroffene Personen
- Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter
- Bevollmächtigte Personen
- Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer
- Hausärztinnen und Hausärzte
- Heimaufsichtsbehörden und Betreuungsaufsicht
- Einrichtungsleitung
- Pflegende unterschiedlicher Kompetenzstufen
- Rechtliche Betreuerinnen und rechtliche Betreuer
- Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger
- ...

In 90 % der Fälle wird die Sicherheit der betroffenen Person als Begründung für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen angegeben.

Ein besonderes Risiko fixiert zu werden haben:

- Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung,
- eingeschränkter Mobilität,
- Pflegebedürftigkeit,
- Inkontinenz und
- fordernden Verhaltensweisen.

In der Regel treten die beschriebenen Phänomene bei den Betroffenen in einer kombinierten Form auf. Neben der persönlichen Problematik der betroffenen Person gibt es behandlungsorientierte Gründe, die zu freiheitsentziehenden Maßnahmen führen können.

So werden beispielsweise **obere Extremitäten** fixiert, um das Entfernen von Sonden oder Drainagen zu verhindern. Insbesondere im Rahmen der stationären Langzeitpflege kommt es zu Freiheitsentziehungen, wenn z. B. Demenzerkrankte nachts die Zimmer anderer Bewohner aufsuchen (Köpke et al. 2015, S. 25-29).

2.3 FEM stellen einen erheblichen Eingriff in die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen dar

Insbesondere in der stationären Langzeitpflege ist der Aspekt der selbstbestimmten Lebensführung in den vergangenen Jahren von der Auffassung verdrängt worden, die Einrichtung

habe vorrangig die Aufgabe für ein sicheres Leben der ihr anvertrauten Menschen zu sorgen. Bei der Abwägung zwischen Grundrechtsschutz und Sicherheit wurde häufig der Sicherheitsaspekt in den Vordergrund gestellt, wenn es sich um Menschen mit demenziellen Erkrankungen handelte. Pflegeeinrichtungen geraten bei dieser Frage häufig in eine Zwickmühle, weil unterschiedliche Anforderungen es erschweren, eindeutig die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in den Vordergrund zu stellen. Hervorzuheben ist hier die Sorge von Angehörigen, aber auch die Angst vor Haftungsansprüchen.

Aber was kann die Bewegungsfreiheit bzw. Selbstbestimmung am besten garantieren?

Grundvoraussetzung hierfür ist eine Pflege, deren vorrangiges Ziel die Förderung der Selbstbestimmung ist. Nach Koch-Straube (2001) bedeutet dies, ein verändertes Bild vom kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu gewinnen. „Es ist ein Bild, in dem die genuine Würde des Menschen und das Recht auf und die Kompetenz zur Selbstbestimmung geachtet werden – potentiell in allen Lebenssituationen“ (Koch-Straube 2001, S. 8). Dies heißt aber auch, dass selbst im Kontext institutionalisierter Versorgung Menschen ein Recht auf Unvernunf und bewusst eingegangenes Risiko haben.

2.4 Fachliche Handlungsoptionen

Methodischer Hinweis:

Durch die Zusammenarbeit mit einem Sanitätshaus könnten einige der nachfolgend vorgestellten „Hilfsmittel“ (Medizinprodukte) im Seminar als Anschauungsmaterial genutzt werden.

Selbstversuch zur Wahrnehmung: Das Liegen in einem Pflegebett mit integrierten Bettgittern kann dazu dienen, dass mit der entsprechenden Anleitung ein Perspektivenwechsel der betroffenen Person erfolgen kann. Nachdem sich eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer in das Bett gelegt hat, werden die Bettgitter hochgezogen. Die Seminargruppe verlässt dann für etwa 10 Minuten den Seminarraum. Die betreffende Person kann sich selbst aus dieser Lage befreien, wird aber gebeten bis zum Wiedereintreffen der Seminargruppe im Bett liegen zu bleiben. Damit die zeitliche Orientierung für die Probandin oder den Probanden nicht möglich ist, werden Uhren abgelegt oder verdeckt. Das Bett selbst soll mit Blickrichtung gegen eine Wand gerichtet sein.

Nach Eintreffen der Seminargruppe wird die betreffende Person nach ihren Wahrnehmungen und Gefühlen befragt und das Gespräch mit der Seminargruppe ausgewertet.

Alternativ kann eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer im Bett fixiert werden. Dazu ist sicherzustellen, dass die Referentin oder der Referent in die Verwendung des Gurtsystems eingewiesen ist.

2.4.1 Niederflurbetten

Ein Niederflurbett soll dazu beitragen, Freiheitsentziehungen durch den Einsatz von Bettgittern zu vermeiden. Durch die Reduzierung der Fallhöhe aus dem Bett können Verletzungen vermieden werden. Es ist geeignet für Menschen, die einen Bewegungsdrang am Ort ausleben möchten, ohne in der Lage zu sein, tatsächlich aufzustehen.

Mitunter bewegen sich hochbetagte bettlägerige Menschen durch ein Minimum von Restbewegungsfähigkeiten und können dabei aus dem Bett fallen. Dies kann durch den Einsatz eines Bettgitters vermieden werden. Aber die Folgen des Herausfallens können auch durch eine geringe Distanz zum Boden gemildert werden. Das Niederflurbett ist nicht das Allheilmittel zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Der Einsatz eines Niederflurbett kann aber dann freiheitseinschränkend wirken, wenn der betroffene Mensch eigentlich noch selbständig das Bett verlassen könnte, durch die niedrige Höhe aber nicht in der Lage ist aufzustehen. Es kann auch Verletzungsgefahren bedingen, da Betroffene, die noch in der Lage sind selbständig aufzustehen, durch die geringe Höhe beim Aufstehen stürzen können.

2.4.2 Protektoren etc.

Nach dem „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ ist neben der Vermeidung von Stürzen insbesondere die Vermeidung von Sturzfolgeverletzungen Ziel pflegerischer Interventionen. Hier können verschiedene Protektoren eingesetzt werden, um Sturzfolgeverletzungen vorzubeugen.

Protektoren schützen in vielen Lebensbereichen. So tragen Skirennläufer heute grundsätzlich Rücken-, Knie- und Ellbogenprotektoren, um ihr bewusst und frei gewählt eingegangenes Risiko durch schwere Sturzverletzungen zu minimieren. Weitere Protektoren kommen bei Hand- oder Volleyball (Ellbogen- und Knieprotektoren), Inline-Skating und beim Motorrad- und Fahrradfahren zum Einsatz.

Neben den eigens für sturzgefährdete Menschen entwickelten Hüftprotektoren können auch diverse Protektoren aus dem Bereich des Sports zum Einsatz kommen. All diese Hilfsmittel sind in gleicher Weise auch von Menschen nutzbar, die aufgrund von Gebrechlichkeit oder anderen körperlichen Einschränkungen ein erhöhtes Risiko haben zu stürzen.

2.4.3 Helm, Kopfschutz

Der Helm oder Kopfschutz ist insbesondere in der Behindertenhilfe ein seit langem eingesetztes Mittel insbesondere für Menschen mit Anfallserkrankungen.

Wie bei den zuvor beschriebenen anderen Protektoren ist ein Hauptproblem, wie es gelingen kann, dass das Tragen solcher Hilfsmittel akzeptiert wird. Zum einen kann das ästhetische Empfinden der Betroffenen gestört werden, zum anderen kann aber auch der Tragekomfort dazu führen, dass sich Menschen eingeschränkt fühlen. Insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Menschen ist hier von den Pflegenden Empathie, Geduld und Akzeptanz gefragt.

2.4.4 Walker

Walker sind ein geeignetes Hilfsmittel, um Menschen in einem sicheren Rahmen (im wahrsten Sinne des Wortes) aufrechte Fortbewegung zu ermöglichen. Sie können insbesondere bei vorhandenem Sturzrisiko aufgrund von Muskelabbau in den Beinen einerseits selbständige Fortbewegung auf den eigenen Beinen ermöglichen und andererseits dazu beitragen, dass die Muskulatur nicht weiter ab-, sondern aufgebaut wird.

2.4.5 Mechanische Mittel zur Freiheitsentziehung

Inzwischen existiert eine Vielzahl von Hilfsmitteln, die freiheitsentziehend eingesetzt werden können. Bei der Bewertung dieser Frage kommt es vorrangig darauf an, mit welchem Ziel das Mittel eingesetzt wird.

Grundsätzlich ist bei einer möglichen Anwendung immer zu beachten, dass ein erhebliches Gefährdungspotenzial in der Anwendung liegen kann. In einer Untersuchung von 26 Todesfällen, die im Rahmen einer Gurtfixierung auftraten, konnte Berzlanovic aufzeigen, dass 22 dieser Todesfälle ursächlich durch die Gurtfixierung entstanden sind, in der Regel durch fehlerhafte Anwendung. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang auf die erheblich gesteigerte Überwachungspflicht hingewiesen. So lag die kürzeste Zeitspanne bei den untersuchten Fällen vom letzten Sichtkontakt einer Pflegeperson bis zum Eintritt des Todes unter 15 Minuten (Berzlanovic et al. 2012).

2.4.5.1 Bettgitter (am Pflegebett)

Moderne Pflegebetten sind standardmäßig mit Bettgittern ausgerüstet. Dies führt zu einer hohen Verfügbarkeit solcher Sicherungssysteme, da diese ohne großen Aufwand hochgezogen werden können. Die einfache Verfügbarkeit hat in der Vergangenheit zu einem oft reflexhaften Benutzen der Bettgitter durch Pflegende geführt.

Oft ist Anwenderinnen und Anwendern gar nicht bewusst, dass es sich hierbei tatsächlich um einen bedeutsamen Eingriff in die Autonomie und Selbstbestimmung der betroffenen Person handelt. Häufig wird beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung bereits ein Einverständnis für die Nutzung von Bettgittern eingeholt. Hat z. B. jemand jahrzehntelang in einem 2x2-Meter großen, in der Regel relativ niedrigen Ehebett geschlafen und wird damit konfrontiert, plötzlich in einem 90cm x 2m kleinen, relativ hohen Pflegebett schlafen zu müssen, wird eher schnell zugestimmt, das Bettgitter hochzuziehen. Erfreulicherweise hat bezüglich dieser Thematik bereits schon länger ein Umdenken stattgefunden.

Hilfreich ist es, wenn Bettgitter mit Kabelbindern am Rahmen fixiert sind. Zur Benutzung des Bettgitters muss der Kabelbinder zunächst durchtrennt werden. Dies führt verstärkt dazu, dass Bettgitter nur nach einer aktiven, sorgfältig abgewogenen und rechtlich genehmigten Entscheidung hochgezogen werden.

Bettgitter werden seit einiger Zeit beschönigend als „Bettseitenschutz“ bezeichnet. Inzwischen werden sie auch geteilt oder mehrteilig angeboten. Die Teilung des Bettgitters ändert nichts daran, dass auch ein hochgestelltes halbes Bettgitter freiheitsentziehend wirken kann, wenn dadurch das selbständige Verlassen des Bettes nicht mehr möglich ist.

Auch die Anwendung eines Bettgitters kann, insbesondere bei mobilen, unruhigen Betroffenen, zu erheblichen Gefährdungen führen. Die Verletzungs- oder gar Todesgefahr steigt bei Stürzen erheblich an, wenn Betroffene versuchen das Bettgitter zu überwinden.

2.4.5.2 Gurte (Bauchgurt, 3- oder 5-Punkt-Fixierungen)

Die klassische Gurtfixierung wurde ursprünglich für Klientinnen und Klienten in der Psychiatrie entwickelt, um in Krisensituationen mit erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung im Notfall intervenieren zu können. Ursprünglich sind sie nicht für die regelhafte Anwendung entwickelt worden, haben aber dennoch Einzug in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe gehalten.

Die Gefahr bis hin zu tödlichen Unfällen durch unsachgemäße Anwendung von Gurtfixierungen wurde mehrfach nachgewiesen. Fixierungssysteme sind Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktegesetzes und dürfen nur angewendet werden, wenn die Vorgaben der Medizinproduktebetriebersverordnung beachtet werden. Jede Anwenderin und jeder Anwender muss in die sachgemäße Anwendung eingewiesen worden sein. Vor einer jeden Anwendung muss die Unversehrtheit überprüft werden und die Anwendung ist ausschließlich nur gemäß der Herstellerhinweise zulässig. Diese geben für die Fixierung unruhiger Menschen vor, dass zur sachgemäßen Anwendung eine kontinuierliche Sichtüberwachung erforderlich ist.

2.4.5.3 Hosenträgergurt, Bauchgurt, Sitzhosen im Rollstuhl

Wenn die Gurte ausschließlich zum Schutz vor dem Herausrutschen bei solchen Personen eingesetzt werden, die nicht fähig sind aus dem Rollstuhl aufzustehen (z. B. aufgrund von Lähmungen), dann sind sie nicht als freiheitsentziehend zu bewerten. Gleiches gilt z. B. zur Stabilisierung des Rumpfes.

Klärungsbedürftig vor dem Einsatz ist, unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit der Mittel, ob die gewünschte Wirkung nicht anderweitig, beispielsweise durch eine Anti-Rutsch-Auflage, zu erreichen ist.

Geht es darum, die betroffene Person am Aufstehen zu hindern, muss die Frage erlaubt sein, wie sie bezüglich ihres legitimen Dranges nach Bewegung unterstützt werden kann. Ein am

Rollstuhl angebrachter Gurt, der wie ein Sicherheitsgurt funktioniert und vom Betroffenen selbstständig gelöst werden kann, ist nicht als Freiheitsentziehend zu bewerten.

2.4.5.4 Vorstecktisch, Vorsattisch am Rollstuhl

Eine Patientin oder ein Patient, die oder der in einem Therapie-Rollstuhl sitzt und aufgrund der Sitzposition nicht am Tisch sitzen kann, wird von einem am Rollstuhl angebrachten Therapietisch profitieren. Hier kann ein am Rollstuhl angebrachter Therapietisch Selbständigkeit fördern. Wenn der „Therapietisch“ allerdings angebracht wird, um den Menschen daran zu hindern aufzustehen, liegt eine Freiheitsentziehung vor.

2.4.5.5 Feststellbremsen am Rollstuhl

Wiederum ist hier die Frage zu stellen, ob die Feststellbremse dazu dient, willentliche Fortbewegung der betroffenen Person zu verhindern. Wenn dies der Fall ist, handelt es sich um eine Freiheitsentziehende Maßnahme.

2.4.5.6 Handschuhe, Fäustlinge

Diese Hilfsmittel kommen vorrangig in der Behindertenhilfe zum Einsatz. Sie dienen dazu, selbstverletzende Handlungen, wie Beißen in die Fingerknöchel oder Kratzen zu verhindern. Es handelt sich hierbei nicht um Freiheitsentziehende Maßnahmen i. S. des § 1831 BGB. Es ist allerdings immer zu prüfen, ob derartige Zwangshandlungen Betroffener nicht auch durch andere, zuwendende Interventionen unterbunden werden können.

2.4.5.7 Pflegebodies

Pflegebodies kommen vorrangig zum Einsatz, um zu verhindern, dass Menschen Zugriff auf den eigenen Körper nehmen. Vor allem demenziell erkrankte Menschen akzeptieren häufig keine Inkontinenzmaterialien, reißen sich diese vom Körper und verteilen Fäkalien. Hier können Pflegebodies hilfreich sein. Es sollte aber immer geklärt werden, ob es sich um eine Inkontinenz handelt oder ob die betroffene Person einen gewünschten Toilettengang oder andere Bedürfnisse zum Ausdruck bringen will.

2.4.6 Medikation im Alter

Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der Diagnosen und häufig auch die Zahl der verordneten Medikamente. Dies führt vermehrt zur sogenannten **Polypharmazie**. Hierunter versteht man, dass mindestens fünf verschiedene Medikamente am Tag eingenommen werden. Durch Polypharmazie kommt es häufig zu Wechselwirkung sowie zu einer Kumulation unerwünschter Nebenwirkungen.

Zu berücksichtigen sind:

1. Nebenwirkungen
2. Kumulation der Wirkungen
3. Unerwünschte Folgen der Medikamente im Alter

Zu den Nebenwirkungen gehört auch bei Einzeleinnahme die erhöhte Sturzgefahr durch Benzodiazepine, Neuroleptika, Blutdrucksenker sowie Antihistaminika. Durch den im Alter veränderten Stoffwechsel müssen Einsatz und Dosierung von Medikamenten regelmäßig überprüft werden. Hilfreich für die Analyse von Interaktionen, inadäquater Medikation und Nebenwirkungen ist die „Priscus-Liste“ (<https://www.priscus2-0.de/>).

Unter **medikamentöser Freiheitsentziehung** versteht man eine Verordnung sedierender Medikamente ohne therapeutischen Zweck und damit ohne medizinische Indikation, ausschließlich zur Immobilisierung. Allerdings ist die Grenze zwischen therapeutischer Indikation, erwünschten

sedierenden Nebenwirkungen und überwiegender Absicht der „Ruhigstellung“ in der Praxis oft fließend und insbesondere durch Richterinnen und Richter schwierig zu beurteilen.

Für die Aufgabe als Verfahrenspflegerin oder Verfahrenspfleger hilft die Frage nach der Indikation der Medikation und bei Psychopharmaka die Frage nach der verordnenden Person. Psychiaterinnen und Psychiater oder Neurologinnen und Neurologen verfügen oft über mehr Erfahrung im Umgang mit diesen Präparaten als Allgemeinmedizinerinnen oder Allgemeinmediziner. Für die Ermittlung als Verfahrenspflegerin oder Verfahrenspfleger ist die Frage nach der psychiatrischen Diagnose erforderlich.

2.4.7 Strukturelle oder technische Lösungen

Insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen, die einen hohen Anteil an demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern betreuen, zeigen häufig „kreative“ Lösungen, wenn es darum geht, Bewohnerinnen und Bewohner am Verlassen der Einrichtung zu hindern. Letztlich ist auch in diesen Fällen immer im Einzelfall zu prüfen, ob es sich hierbei um genehmigungspflichtige freiheitsentziehende Maßnahmen handelt, und wenn ja, ob die Sicherheit der Betroffenen nicht in anderer Weise gewährleistet werden kann.

Unterschieden werden muss dabei zwischen:

- Systemen der Signalisierung des Verlassens ohne Barrierewirkung und
- Systemen mit Barrierewirkung.

2.4.7.1 Hausarchitektur (Labyrinth, Rundwege innerhalb des Hauses)

Insbesondere bei an Demenz erkrankten Menschen zeigt sich ein gesteigerter Bewegungsdrang. Diese Menschen laufen oft mehrere Stunden am Tag ohne ein offensichtliches Ziel umher. Für diese Menschen sind Labyrinthgärten oder Rundwege innerhalb des Hauses sehr hilfreich. Sie ermöglichen es ihnen den Bewegungsdrang auszuleben, ohne in Gefahr zu kommen sich zu verirren.

Wenn Betroffene aber erkennen lassen, dass sie ein bestimmtes Ziel haben und ein Labyrinth oder Rundwege dazu dienen, sie daran zu hindern, handelt es sich um eine Freiheitsbeschränkung. Hier muss nach einer Lösung gesucht werden, wie man der betroffenen Person das Erreichen ihres Ziels ermöglichen kann. Dies gilt übrigens in gleicher Weise für optische Barrieren aller Art.

2.4.7.2 Trick- oder Zahlenschlösser, verdeckte Türöffner

In manchen Demenzbereichen ist das Öffnen der Tür nur mit der Eingabe einer Zahlenkombination oder aber über versteckte Öffnungsmechanismen möglich. Für die Frage der Bewertung ist nicht ausschlaggebend, ob Beschäftigte oder Besucher in der Lage sind die Tür selbständig ohne Hilfe zu öffnen, sondern ob es den Bewohnerinnen und Bewohnern möglich ist, den Öffnungsmechanismus zu verstehen und die Tür ohne Hilfe zu öffnen. Sobald dies nicht der Fall ist, ist der Bereich als freiheitsentziehende Unterbringung i. S. des § 1831 Abs. 1 BGB zu bewerten und erfordert einen entsprechenden richterlichen Beschluss. An solche Wohnbereiche sind in der Folge spezielle personelle, strukturelle und konzeptionelle Anforderungen zu stellen.

2.4.7.3 Sensoren, Transponder („Chip im Schuh“)

Transponder oder Sensoren, die an Körper oder Bekleidung Betroffener befestigt werden, geben beim Übertreten bestimmter Induktionspunkte ein Signal an das Betreuungs- und Pflegepersonal. Sie werden insbesondere bei Menschen angewendet, die sich allein im Straßenverkehr erheblicher Gefahren aussetzen, weil sie nicht mehr in der Lage sind adäquat Situationen im Verkehr einzuschätzen.

Wenn das Signal dazu genutzt wird, um die Person dabei zu unterstützen, ihr Ziel gefahrlos zu erreichen, kann es ein mobilitätsförderndes Hilfsmittel sein. Wenn das Signal aber dazu dient,

die Person am Verlassen der Einrichtung zu hindern, handelt es sich um eine Freiheitsentziehung.

2.4.7.4 GPS-Ortungssysteme

GPS-Ortungssysteme sind geeignet für Menschen, die in der Lage sind, sich gefahrlos in der Außenwelt und im Straßenverkehr zu bewegen, aber aufgrund von demenzieller Erkrankung oder geistiger Behinderung gefährdet sind, die Orientierung zu verlieren und nicht mehr zurück zu finden.

Ortungssysteme ermöglichen das Auffinden von Menschen, die bis zum Einbruch der Nacht nicht zu Hause sind. Durch den Einsatz des Ortungssystems ist der Einsatz von Polizei oder Feuerwehr nicht erforderlich.

Methodischer Hinweis:

Zu den vorgestellten Maßnahmen ist oft keine generelle Bewertung möglich.

Zur Bewertung sind die **Folgen** für den betroffenen Menschen entscheidungsleitend.

Daher kann die dargestellte Liste nicht abschließend sein.

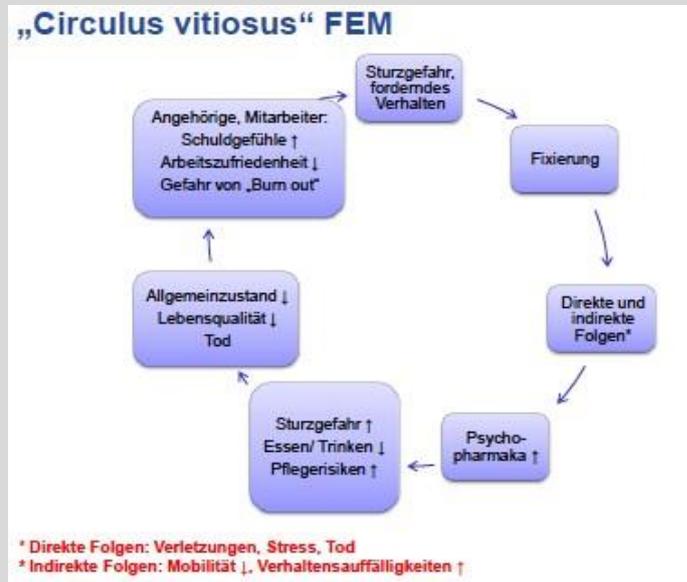
2.5 Pflegefachlichkeit und FEM

Förderung und Erhalt von Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen ist ein grundsätzlicher Auftrag an die Profession Pflege. Dass insbesondere die Förderung der Mobilität hier einen besonderen Stellenwert hat, wird auch durch die Tatsache deutlich, dass sich der vom DNQP entwickelte „Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ als erster Expertenstandard nach § 113a SGB XI nach der modellhaften Implementierung zur freiwilligen Umsetzung empfohlen wird. Zudem wird aktuell über die verbindliche Einführung beraten. (<https://md-bund.de/themen/pflegequalitaet/expertenstandards-in-der-pflege.html>)

In den vergangenen Jahren hat sich – auch aufgrund verschiedener haftungsrechtlicher Urteile – im Bereich der stationären Langzeitpflege eine Kultur entwickelt, die den Eindruck vermittelt, es sei vorrangiger pflegerischer Auftrag, alte und gebrechliche Menschen vor Stürzen zu bewahren und damit scheinbar die Gesundheit der Betroffenen zu schützen. Demgegenüber formuliert die Präambel der 1. Aktualisierung des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“, dass das Ziel, „Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren (...) nicht durch eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit (...), sondern vielmehr durch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität von Patienten/Bewohnern, verbunden mit einer höheren Lebensqualität, [zu erreichen ist]. Die Expertenarbeitsgruppe spricht sich daher gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus“ (DNQP 2013).

Methodischer Hinweis:

Im gemeinsamen Gespräch kann als Bild am Flip-Chart der folgende Regelkreis erarbeitet werden:



Statt der Vermeidung von FEM muss sich pflegerisches Handeln der Frage stellen, wie pflegebedürftige Menschen jene Unterstützung erhalten, die sie benötigen, um ihr Leben unter Ausnutzung und/oder Erweiterung ihrer verbliebenen Ressourcen in größtmöglicher Selbstbestimmung führen zu können. Dazu ist die Bewertung des Einzelfalls erforderlich, um die Selbstbestimmung zu wahren und gleichzeitig Handlungssicherheit für das Pflegeteam zu erreichen.

3. Anforderungen an stationäre Einrichtungen zum Umgang mit FEM aus dem Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)

Das Hessische Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) vom 07.03.2012 beschreibt in § 1 die Zielsetzung des in der aktuellen Fassung bis 31.12.2024 gültigen Gesetzes:

§ 1 HGBP (Aufgabe und Ziel)

(1) Ziel des Gesetzes ist es, ältere betreuungsbedürftige Menschen, pflegebedürftige volljährige Menschen und volljährige Menschen mit Behinderung (Betreuungs- und Pflegebedürftige) im Rahmen der zur Verfügungstellung oder Vorhaltung von Betreuungs- und Pflegeleistungen nach § 2 Abs. 1

1. in ihrer Würde zu schützen und zu achten,
2. vor Beeinträchtigungen ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu bewahren,
3. in ihrer Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, auch hinsichtlich Religion, Kultur und Weltanschauung sowie ihrer geschlechtsspezifischen Erfordernisse, zu achten und zu fördern,
4. bei ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie bei der Mitwirkung in den Einrichtungen zu unterstützen und
5. vor Gewalt sowie in ihrer Intimsphäre zu schützen.

(2) Dieses Gesetz soll darüber hinaus ermöglichen, dass

1. die Angebote des Wohnens und der Betreuung für Betreuungs- und Pflegebedürftige an den Bedürfnissen des Einzelnen ausgerichtet werden,

2. die Einrichtungen ihre Angebote für das Lebens- und Wohnumfeld der Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf öffnen und transparent gestalten und
3. bürgerschaftliches Engagement gefördert werden kann.

Diese Zielsetzung und Aufgaben finden ihre detaillierte Ausprägung u. a. in § 7 HGBP, nach welchem Betreiberinnen und Betreiber von Einrichtungen verpflichtet sind, geeignete Maßnahmen zu treffen, um Betreuungs- und Pflegebedürftige vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen.

Das Themenfeld der FEM ist exklusiv in § 8 HGBP angesprochen: „Gerichtlich genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen sind auf das notwendige Maß zu beschränken und unter Angabe der Genehmigung und der oder des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen zu dokumentieren.“

In § 9 werden FEM aufgegriffen, wenn es um die Voraussetzungen zum Betrieb von Einrichtungen geht. Betreiberinnen und Betreiber müssen:

- anerkannte Methoden zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen anwenden und
- Betreuungs- und Pflegekräfte dahingehend regelmäßig schulen (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 Abs. 1).

Methodischer Hinweis:

Damit Methoden als **anerkannte Methoden** gelten können, ist eine Prüfung der Wirksamkeit erforderlich.

Methoden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung entsprechen, sind evidenzgeprüft. Nur bei nachgewiesener Evidenz kann von der Zielerreichung ausgegangen werden.

Reine Mythen oder „gefühlte Wirksamkeit“ entsprechen nicht den Kriterien für wissenschaftliche Evidenz.

3.1 Konzeptionen zur Verhinderung von FEM nach dem HGBP

Methodischer Hinweis:

Eine Konzeption gem. § 9 Abs. 2 Nr. 1 HGBP muss folgende Kriterien erfüllen:

- aussagekräftig,
- den fachlichen Anforderungen entsprechen und
- angemessen fortgeschrieben werden.

Damit müssen „anerkannte Methoden zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen“ Anwendung finden (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 HGBP).

Quellen für Evidenz sind exemplarisch:

- Leitlinie FEM
- Expertenstandards

Zum Themenkomplex FEM ist nach dem HGBP eine Konzeption erforderlich, in der die Verhinderung freiheitsentziehender Maßnahmen nachgewiesen werden kann (§ 22 Abs. 2 Nr. 2 HGBP).

Eine **Konzeption** ist die theoriegeleitete Handlungsorientierung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung. Sie beschreibt:

- Ziele,
- Struktur,
- Organisation und Prozessabläufe sowie
- Instrumente der Qualitätssicherung für alle Bereiche der Leistungserbringung.

Eine umfassende Gesamtkonzeption einer Einrichtung wird das Ziel der kompakten und zentralen Darstellung der beschriebenen Inhalte besser darstellen können als einzelne Teilkonzeptionen für einige wenige Bereiche. Bei fragmentierten Ansätzen müsste die Kenntnis in allen Bereichen der Organisation sichergestellt werden.

Für den verantwortungsvollen Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen in einer Konzeption dargestellt werden:

- Grundsätze,
- Haltung,
- Werte der Einrichtung,
- Rechtliche Grundlagen zur Anwendung von Freiheitsentziehungen und
- die klare Verpflichtung, dass die Anwendung immer eine Ausnahme im Sinne der Anwendung eines letzten Mittels ist.

Geschlossene Wohnbereiche müssen in der Konzeption beschrieben und dargestellt werden. Innerhalb der Einrichtung müssen die **Entscheidungswege** klar benannt sein. Dies betrifft die Überlegungen zu internen Abläufen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen sind im Dialog mit vielen anderen externen Akteuren und eine Konzeption muss diese Abstimmungswege ansprechen.

Bei Einwilligungen von Bewohnerinnen und Bewohnern muss eine Konzeption Festlegungen enthalten, wie diese Einwilligungen zustande gekommen sind und wie mit ihnen im Anwendungsfall umgegangen wird. Dazu gehört auch eine regelhafte Überprüfung. Eine Einrichtung, welche die Vermeidung von FEM ernst nimmt, wird dies zur kontinuierlichen Aufgabe machen und diesen dauerhaften Anspruch darstellen.

3.2 Prüfansätze der Betreuungs- und Pflegeaufsicht

Bei der Prüfung der Voraussetzungen für gewaltfreie und menschenwürdige Pflege sollten in der Konzeption oder anderen Festlegungen folgende Punkte zu finden sein:

- Vermeidung sexueller Gewalt
- Maßnahmen zum Schutz der Betreuungs- und Pflegebedürftigen
- Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit präventiver Ausrichtung
- Konkrete Unterstützungsangebote in Überforderungssituationen wie Supervision, Fallkonferenzen, Nennung spezieller Ansprechpartner oder kooperierender Organisationen/Beratungsstellen etc.

Ein verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen ist der Vermeidung verpflichtet. Hiermit kommt das Prinzip der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit der Mittel zum Ausdruck. Als Prüfkriterium wird herangezogen, ob nicht nur der enge betreuungsrechtliche Genehmigungsbegriff beschrieben wird, sondern das Bewusstsein vorhanden ist, dass die Überlegungen auch bei Menschen angestellt werden, die zu keiner aktiven Fortbewegung mehr

in der Lage sind und das zuständige Betreuungsgericht eine Genehmigung nicht für erforderlich hält. Zum Schutz vor übermäßiger Einschränkung von Freiheit müssen auch diese Situationen mit im Fokus sein.

Bevor über FEM nachgedacht wird, sind in einer Konzeption Angebote zur Mobilitätsförderung, Sturzpräventionsprogramme, Bewohner- und Angehörigenberatung darzustellen. Denn **Prävention** muss immer vor der Anwendung von FEM stehen. Dazu müssen diese Angebote auch im Bewusstsein der Tätigen sein. Diese Angebote müssen pflegefachlich fundiert sein und den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung berücksichtigen. Aussagen zur Evidenz stellen diese nachgewiesene Wirksamkeit dar.

Zur Vermeidung von FEM sind klare **Zuständigkeiten und Kommunikationswege** zu beschreiben. Daher müssen die zuständigen Akteure in der Einrichtung benannt werden, die mit externen Akteuren, wie rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, Vorsorgebevollmächtigten, Ärztinnen und Ärzte, Richterinnen und Richter, Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegern kommunizieren. Dazu muss in der Konzeption die Dokumentation des Entscheidungsprozesses und der Entscheidung sowie die Auswirkung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung zu finden sein.

Wenn keine anderen Maßnahmen ausreichend sind und eine genehmigte FEM angewandt werden muss, sind Voraussetzungen zur sachgerechten Anwendung von FEM (Durchführungsverantwortung) zu schaffen. FEM müssen entsprechend den Vorgaben überwacht und dokumentiert werden. Die Anwendung von FEM ist auf das individuell erforderliche Maß zu beschränken. Eine besondere Verantwortung besteht mit dem Umgang des Mittels des **rechtfertigenden Notstandes**. In einer Prozessbeschreibung müssen Verantwortlichkeiten, Aussagen zur Überwachung, zur Beendigung und zur Dokumentation der Maßnahme enthalten sein. Eine Einrichtung, welche die Aufgabe zur Vermeidung von FEM ernsthaft angeht, wird sich regelmäßig damit auseinandersetzen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kontinuierlichen Abständen fortbilden und die Kenntnisse durch Schulungen abrufbar halten. Diese Maßnahmen der Personalentwicklung konkretisieren den allgemeinen Anspruch der Einrichtung.

4. Weiterführende Informationen und Literatur

Pantel, Bockenheimer-Lucius, Ebsen, Müller, Hustedt, Peter, Diehm: Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim, Peter Lang Verlag 2006

Pantel, Grell, Diehm, Schmitt, Ebsen: Optimierung der Psychopharmaka-Therapie im Altenpflegeheim ("OPTimAL"), Logos Wissenschaftsverlag 2009

Bockenheimer-Lucius, Dansou, Sauer: Ethikkomitee im Altenpflegeheim, Campus Verlag Frankfurt 2012

Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W: Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(3): 27-32

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2013 Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück 2013

Koch-Straube U: Beratung in der Pflege. Bern: Huber 2001

Köpke S, Möhler R, Abraham J, Henkel A, Kupfer R, Meyer G: Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 1. Aktualisierung 2015, 2. Auflage. Universität zu Lübeck & Martin-LutherUniversität Halle-Wittenberg, 2015.

<http://www.leitlinie-fem.de/download/LLFEM2015Internetgesamt.pdf>

Internetquellen:

<http://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/fileadmin/userupload/allgemeinmed/lehre/ArbeitsblattPolypharmazie2015.pdf>

<https://www.thieme.de/de/aerzte-in-weiterbildung/fixierung-von-patienten-20598.htm>

<http://www.hpg-ev.de/download/HamburgPsychotropika2007handout.pdf>

Modul 3: Rechtliche Grundlagen

Lernziel:

Rechtssicherheit im Umgang mit FEM und Kenntnis der rechtlichen Vorgaben des Betreuungsrechts und des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP).

Kenntnisse der erforderlichen Verfahren und der Stellung und Aufgaben von Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegern.

Lerninhalte:

- Betreuungsrecht für Erwachsene (BGB): materiellrechtliche Voraussetzungen
- Verfahrensablauf und Aufgaben der Verfahrensbeteiligten
- Haftungsrisiken in zivilrechtlicher und strafrechtlicher Sicht
- Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)
- Antragsverfahren zur Genehmigung von FEM
- Rechtsprechung zu FEM
- Aufgaben der Pflege- und Betreuungsaufsicht

1. Recht

Freiheitsentziehende Maßnahmen gehören zu den schwersten Eingriffen in die Rechte eines pflegebedürftigen Menschen. Die Entscheidungsträger für oder wider freiheitsentziehende Maßnahmen haben eine schwierige, rechtlich sehr differenzierte und fachliche, hoch professionelle Entscheidung zu treffen. Durch die geltende Rechtslage soll sichergestellt werden, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nur in Ausnahmefällen angewendet werden. Sie verlangen in jedem Einzelfall nach der Suche von Alternativen, die den Freiheitsentzug vermeiden helfen. Freiheitsentziehende Maßnahmen sollen auf das unvermeidliche Minimum reduziert werden.

1.1 Freiheit der Person als Grundrecht

Die „Freiheit der Person“ wird in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz (GG) bei den Grundrechten aufgezählt. Jeder Eingriff in diese Freiheit bedarf nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG einer Ermächtigung durch ein förmliches Gesetz und – außer bei Gefahr im Verzug – nach Art. 104 Abs. 1 GG einer richterlichen Entscheidung. „Freiheit der Person“ in diesem Sinne ist die Freiheit, den augenblicklichen Aufenthaltsort zu verlassen (Fortbewegungsfreiheit), nicht die allgemeine Handlungsfreiheit, die Art. 2 Abs. 1 GG schützt und die engeren Schranken unterworfen ist. Die Freiheit in diesem engeren Sinne des Begriffs gehört überhaupt zu den ältesten Menschenrechten. Sie wurde als erstes der modernen Menschenrechte im Jahre 1679 in England gesetzlich geregelt.

Der Staat ist nach Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG verpflichtet, die Grundrechte zu schützen. Es ist daher folgerichtig, dass es als Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) strafbar ist, einem Menschen die Freiheit zu entziehen. Danach macht sich strafbar, wer einen Menschen für mehr als nur einen ganz unbedeutenden Zeitraum an einem bestimmten Ort festhält, wenn dieser ihn verlassen will.

1.2 Freiheit im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention

Mit der am 03.05.2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat der in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG im Grundgesetz verankerte Grundsatz der Gleichberechtigung aller Menschen mit Behinderung ein ganz neues Gewicht erhalten. Die UN-Konvention strebt als Ziel die Inklusion von Menschen mit Behinderung an. Es sichert ihnen nicht nur die gleichen Rechte wie allen Menschen ausdrücklich zu, sondern verpflichtet die Signatarstaaten außerdem dazu, ihnen die Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung dieser Rechte benötigen.

Zum Freiheitsentzug von Menschen mit Behinderung enthält Art. 14 UN-BRK eine Regelung: Nach Art. 14 Abs. 1 b UN-BRK darf ihnen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich und gerade nicht wegen ihrer Behinderung entzogen werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind vor diesem Hintergrund von vornherein nur zulässig, wenn sie unbedingt erforderlich sind, um die betroffene Person vor gesundheitlichen Schäden zu schützen, die schwerer wiegen als der Eingriff in ihre Freiheit (Rosenow, Betreuungsrechtliche Unterbringung und Zwangsbehandlung vor dem Hintergrund der UN-BRK, BtPrax 2013, S. 39 ff.).

1.3 Begriff der Freiheitsentziehung

Methodischer Hinweis:

Die Definition und das Verständnis von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) sind nicht einheitlich.

Pflegefachlich ist eine FEM „jede Handlung oder Prozedur, die eine Person daran hindert sich an einen Ort oder eine Position ihrer Wahl zu begeben und/oder den freien Zugang zu ihrem Körper begrenzt durch irgendeine Maßnahme, die direkt am oder in unmittelbarer Nähe des Körpers angebracht ist und nicht durch die Person mühelos kontrolliert oder entfernt werden kann“ (Köpke et al. 2015, S. 21).

Rechtlich kommt es einzig darauf an, ob die Maßnahme die Fortbewegung verhindert. Dafür braucht sie aber weder an noch in unmittelbarer Nähe des Körpers angebracht zu sein.

§ 8 S. 1 HGBP regelt den Umgang mit „gerichtlich genehmigten Freiheitsentziehungen“. Er schreibt vor, dass sie auf das notwendige Maß beschränkt und unter Angabe der verantwortlichen Person und der Genehmigung dokumentiert sein müssen.

Damit übernimmt das hessische Gesetz den Begriff der Freiheitsentziehung aus § 1831 BGB. Die besondere Dokumentationspflicht beschränkt sich auf Maßnahmen, die nach § 1831 Abs. 1, Abs. 4, Abs. 5 BGB genehmigungsbedürftig sind.

Eine Freiheitsentziehung im Sinne von § 1831 BGB liegt vor, wenn jemand für einen längeren als einen ganz unerheblichen Zeitraum daran gehindert wird, seinen derzeitigen Aufenthaltsort zu verlassen. Für den Bundesgerichtshof sind 30 Minuten Wartezeit deutlich zu lange, um einen noch „unerheblichen“ Zeitraum auszumachen (BtPrax 2015, S. 65 und 67).

Freiheitsentziehung setzt begrifflich zweierlei voraus:

- dass die betroffene Person ihren derzeitigen Aufenthalt verlassen will und
- dass sie das auch könnte, würde man sie nicht daran hindern.

Es stellt dagegen keine Freiheitsentziehung dar, eine Person lediglich am Aufsuchen eines bestimmten Ortes zu hindern. Nur das Recht zur „Fort“-Bewegung wird durch Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG geschützt. Das Sich-hin-Bewegen gehört nur zur allgemeinen Handlungsfreiheit.

1.3.1 Natürlicher Fortbewegungswille

Am Verlassen des Aufenthaltsortes wird nur „gehindert“, wer ihn verlassen will. Dafür genügt bereits ein natürlicher Wille. Steht jedoch fest, dass jemand (z. B. ein Komapatient) keinen natürlichen Fortbewegungswillen bilden kann, kann ihr oder ihm die Freiheit nicht entzogen werden. Ebenso wenig wird sie Klientinnen oder Klienten entzogen, die keinerlei Tendenz zeigen, einen bestimmten räumlichen Bereich zu verlassen, z. B. wenn sie niemals versuchen, eine verschlossene Türe zu öffnen oder wenn sie die verschlossene Haustüre niemals durchschreiten würden, weil sie wegen einer Angststörung das Haus gar nicht verlassen können.

Der fehlende Fortbewegungswille muss aber mit hinreichender Sicherheit feststehen und entsprechend dokumentiert sein. Im Zweifel ist von einer freiheitsentziehenden Wirkung jeder Maßnahme auszugehen, welche die Klientin oder den Klienten objektiv an der Fortbewegung hindert (BGH BtPrax 2015, S. 65 und 67).

Auch Schlafenden kann die Freiheit nicht entzogen werden (Eser/Eisele in Schönke/Schröder, § 239 StGB Rn. 2). Maßnahmen, die der Vermeidung unwillkürlicher Bewegungen im Schlaf (z. B. des Schlafwandels) dienen, sind daher keine Freiheitsentziehung. Sie werden es aber, wenn sie nicht sofort beendet werden, sobald die Klientin oder der Klient aufwacht und sich nun willkürlich bewegen möchte. Kann das nicht sichergestellt werden, wirken auch solche Maßnahmen freiheitsentziehend.

1.3.2 Fortbewegungsfähigkeit

An der Fortbewegung wird ebenfalls nicht gehindert, wer – auch mit Hilfsmitteln – körperlich außerstande ist, sich fortzubewegen (OLG Celle, BtPrax 1994, S. 31).

Im Zweifelsfall ist auch hier von noch gegebener Fortbewegungsfähigkeit auszugehen (OLG Hamm, FamRZ 1993, 1490). So ist z. B. bei einem Beckengurt am Stuhl im Zweifel davon auszugehen, dass die oder der Betroffene noch aufstehen und gehen könnte, würde sie oder er durch den Gurt nicht daran gehindert (BGH FamRZ 2012, 1372). Nur wenn feststeht, dass sie oder er allenfalls herausfallen könnte, sich aber nicht fortbewegen würde, liegt in einer solchen Fixierung keine Freiheitsentziehung.

1.3.3 Entziehung der Restfreiheit

Auch Klientinnen und Klienten, die sich in einer geschlossenen Einrichtung befinden, haben das Recht, die ihnen dort verbliebene Fortbewegungsfreiheit auszunutzen. Es ist eine gesonderte, zusätzliche Freiheitsentziehung i. S. v. § 1831 Abs. 4 BGB, wenn sie durch FEM hieran gehindert werden. § 8 S. 2 HGBP stellt klar, dass die Dokumentations- und Minimierungspflichten auch für eine solche Entziehung der Restfreiheit gelten (BGH FamRZ 2015, 1707).

Die Abgrenzung zu Maßnahmen, die lediglich das Aufsuchen bestimmter Orte verhindern sollen, ist hier schwieriger. Richtigerweise wird sie dahin vorgenommen, welche Räume den Bewohnerinnen und Bewohnern allgemein zur Verfügung stehen und welche auch sonst für bestimmte Bewohnerinnen und Bewohner oder das Personal reserviert sind. Maßnahmen, die jemanden daran hindern sollen, ein fremdes Zimmer aufzusuchen, sind daher kein Entzug der Restfreiheit, wohl aber solche, die das Verlassen des Zimmers oder der Station oder das Aufsuchen von Gemeinschaftsräumen verhindern.

1.4 Genehmigungsbedürftige Maßnahmen

Methodischer Hinweis:

Die Schulungsinhalte des Moduls Recht sind besser zu erfassen, wenn der Gesetzestext vorliegt, daher sollte in den Schulungsunterlagen der Gesetzestext zu finden sein. (siehe Anhang)

Die Voraussetzungen, unter denen rechtliche Betreuerinnen und Betreuer für FEM eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen müssen, nennt § 1831 Abs. 4 in Verbindung mit Abs. 2 BGB. Die Voraussetzungen, unter denen diese Genehmigung erteilt werden darf, ergeben sich aus § 1831 Abs. 1 BGB. Dass für Vorsorgebevollmächtigte genau dasselbe gilt wie für rechtliche Betreuerinnen und rechtliche Betreuer, folgt aus § 1831 Abs. 5 BGB. Die einschlägigen Teile von § 1831 BGB lauten wie folgt:

§ 1831 Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie erforderlich ist, weil

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

...

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 2 für einen Bevollmächtigten entsprechend.

Ab 1.1.2023 ist die Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme nach § 1831 Abs. 4 BGB (nicht: einer freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 Abs. 1 BGB) für längstens sechs Wochen auch im Rahmen der gegenseitigen Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitspflege (§ 1358 BGB) möglich. Auch der vertretende Ehegatte ist an die weiteren Genehmigungserfordernisse gebunden (§ 1358 Abs. 6 BGB).

1.4.1 Genehmigungspflicht

Nach § 1831 Abs. 4 BGB ist eine FEM unter folgenden Voraussetzungen genehmigungsbedürftig:

- Die oder der Betroffene hält sich in einer Einrichtung auf.
- Die Freiheit wird ihr oder ihm dort entweder für einen nicht unerheblichen Zeitraum oder regelmäßig entzogen.

Das Genehmigungsbedürfnis entfällt außerdem:

- bei Gefahr im Verzug,
- wenn die oder der Betroffene in die FEM wirksam eingewilligt hat.

1.4.1.1 Aufenthalt in einer Betreuungseinrichtung

Einer Genehmigung bedürfen nur FEM, die „in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung“ angewendet werden.

Der Zweck dieser Einschränkung ist, die häusliche Pflege durch Angehörige nicht mit dem Genehmigungsverfahren zu belasten. Der Begriff der „Einrichtung“ ist daher weit auszulegen. Z. B. fallen Krankenhäuser, Pflegeheime und Altersheime unter jedweder Bezeichnung (Seniorenresidenz) darunter, aber auch betreute Wohngruppen.

Selbst in der häuslichen Pflege sind FEM nur genehmigungsfrei, wenn sie tatsächlich vom Umfeld der oder des Betroffenen übernommen wird (Schwab in Münchener Kommentar, 7. Aufl., § 1906 BGB Rn. 84).

Wird die oder der Betroffene dagegen von einem professionellen Pflegedienst zuhause versorgt, sind FEM, die dieser vornimmt, genehmigungspflichtig. Insofern kann auch die eigene Wohnung eine „Einrichtung“ im Sinne des Gesetzes sein (LG Hamburg BtPrax 1995, 31; LG München I NJW 1999, 3642).

1.4.1.2 Regelmäßigkeit oder längere Dauer

Eine Genehmigungspflicht entsteht ferner nur für FEM, die entweder regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum angewendet werden. „Regelmäßig“ wird eine FEM angewendet, wenn dies stets zu bestimmten Zeiten oder aber aus sich wiederholenden Anlässen geschieht. Darunter fällt etwa das nächtliche Abschließen der Tür (BGH BtPrax 2015, 65), aber auch Fixierungsmaßnahmen, die stets erforderlich werden, wenn die oder der Betroffene alleine ist. Wie lange die Maßnahme jeweils andauert, ist grundsätzlich nicht entscheidend.

Nur wenn sichergestellt ist, dass Betroffenen, die einen Fortbewegungswillen haben, die Fortbewegung innerhalb eines ganz kurzen Zeitraums ermöglicht wird, fehlt der Maßnahme schon der freiheitsentziehende Charakter. Das ist dann der Fall, wenn sichergestellt wird, dass die verschlossene Haustür bei Betätigung einer Ruftaste innerhalb weniger Minuten geöffnet wird. Wie lange es genau dauern darf, hat der BGH offengelassen. Zu § 239 StGB wird auch Unterschiedliches vertreten. Vorsichtshalber sollte der strengen Ansicht gefolgt werden, die davon ausgeht, dass es nicht länger dauern darf, als man für das Beten eines „Vater Unser“ benötigt. Andernfalls ist von einer vorliegenden Freiheitsentziehung auszugehen.

Die Frage, wann von einem „längeren Zeitraum“ auszugehen ist, der schon die einmalige Freiheitsentziehung genehmigungsbedürftig macht, ist nicht abschließend geklärt. Überwiegend geht die Literatur davon aus, dass das auch von der Schwere des Eingriffs abhängt (Müller in Beckscher Online-Kommentar, 49. Edition, § 1906 BGB Rn. 26; Jaschinski in juris-Praxiskommentar, 8. Aufl., § 1906 BGB Rn. 163), im Übrigen aber die Frist aus Art. 104 Abs. 2 Satz 3 GG (Schwab in Münchener Kommentar, 7. Aufl., § 1906 BGB Rn. 81) oder aus § 128 StPO (a.a.O., Jürgens/Marschner, 5. Aufl., § 1906 BGB Rn. 48) entsprechend herangezogen werden kann. Die Genehmigung entsteht also, wenn absehbar ist, dass die Maßnahme länger als bis zur Mitternacht des auf ihren Beginn folgenden Tages dauern wird.

Nehmen Maßnahmen der oder dem Betroffenen praktisch jede Bewegungsfreiheit (5- oder 7-Punkt-Fixierung), gilt jedoch ein noch strengerer Maßstab: Sie sind genehmigungsbedürftig, wenn sie für länger als ca. 30 Minuten aufrechterhalten werden sollen (BVerfG 2018, 2619 Rn. 68).

1.4.1.3 Mittel der Freiheitsentziehung

Das Mittel, mit dem die Freiheitsentziehung bewerkstelligt wird, ist gleichgültig. Das Gesetz nennt als Beispiele „mechanische Vorrichtungen“ und „Medikamente“, enthält aber eine offene Aufzählung („auf andere Weise“).

Als **mechanische Mittel** kommen Gitter, Fesseln (3/5/7-Punkt-Fixierung), Bauchgurte, das Abschließen von Türen, auch das Feststellen einer Rollstuhlbremse in Frage (s. auch Modul 2). FEM liegen vor, wenn eine Fortbewegung der betroffenen Person dadurch unmöglich gemacht wird, nicht aber wenn dies lediglich erschwert wird, es der Person aber noch möglich ist, sich fortzubewegen, was von ihrem Zustand abhängen kann (keine FEM z.B.: geteiltes Bettgitter, das zwar vor einem unwillkürlichen Herausfallen schützt, aber eine willentliche Überwindung des Hindernisses nicht unmöglich macht oder ein Rollstuhlgestell, den die Klientin oder der Klient jederzeit problemlos selbst öffnen und schließen kann).

Als freiheitsentziehende **Medikamente** kommen vor allem Schlafmittel und Sedativa in Betracht. Es kommt hier sehr darauf an, ob die Medikamente tatsächlich gegeben werden, um die Fortbewegung zu verhindern. Medikamente, die aus therapeutischen Gründen gegeben werden, sind keine FEM, nur weil sie eine sedierende Nebenwirkung haben. Sedativa sind aber FEM, wenn die Unterdrückung der Fortbewegung ihrerseits therapeutischen Zwecken dient, denn es reicht, dass die Freiheitsentziehung Zwischenziel zum Erreichen eines anderen Zweckes (besseres Abheilen einer Verletzung) ist.

Auch wenn Betroffene auf irgendeine **andere Weise** an der Fortbewegung gehindert werden, ist das eine genehmigungsbedürftige FEM. Hierunter fallen etwa trickreiche Türöffnungsmechanismen, die von bestimmten Klientinnen und Klienten aufgrund ihres Zustandes nicht bedient werden können. Auch die Anweisung an die Pforte, bestimmte Personen am Verlassen des Hauses zu hindern, fällt darunter.

Keine FEM sind dagegen Maßnahmen, die nur der **Feststellung** dienen, wo sich Betroffene aufhalten oder ob sie das Haus verlassen haben, wie etwa ein Sendechip im Schuh (OLG Brandenburg FamRZ 2006, 1481), es sei denn, diese Maßnahmen werden tatsächlich dazu verwendet, sie (durch Abfangen und Zurückführen) am Verlassen der Einrichtung zu hindern (LG Ulm FamRZ 2009, 544). Eine elektronische Anlage, die das Öffnen und Verschließen von Türen über einen solchen Chip regelt, kann daher je nach konkretem Einsatz FEM sein oder nicht. Ist sie für jemanden so eingestellt, dass sie oder er nur keine fremden Zimmer betreten kann, ist das keine Freiheitsentziehung. Wird sie oder er dadurch am Verlassen der Station gehindert, ist das Freiheitsentziehung.

Keine Freiheitsentziehung ist es, wenn Betroffene durch bloße **Überredung** – ohne Androhung von Nachteilen – dazu gebracht werden sollen, in der Einrichtung zu bleiben.

Keine Freiheitsentziehung sind auch Maßnahmen, die dazu dienen, den **Fortbewegungswillen** zu steuern, z. B. bauliche Maßnahmen, die demenzkranke Klientinnen und Klienten dazu animieren sollen, auf dem Gelände zu bleiben, wie z. B. ein mit Pfeilen gekennzeichnete Rundgang.

1.4.1.4 Keine Gefahr im Verzug

Bei „Gefahr im Verzug“ genügt für die FEM zunächst die Einwilligung der rechtlichen Betreuerin oder des rechtlichen Betreuers (bzw. der oder des Bevollmächtigten). Die gerichtliche Genehmigung muss dann aber „unverzüglich“ nachgeholt werden (§ 1831 Abs. 2 Satz 2 BGB). Unverzüglich bedeutet: Ohne schuldhaftes Zögern. Es muss von Seiten der rechtlichen Betreuerin oder des rechtlichen Betreuers wie der Einrichtung alles dafür getan werden, dass das Betreuungsgericht die Maßnahme alsbald genehmigen kann. Die rechtliche Betreuerin oder der rechtliche Betreuer muss dort die Genehmigung beantragen. Die Einrichtung muss ein ärztliches Zeugnis beibringen. Geschieht beides nicht innerhalb der kürzest möglichen Frist, wird die FEM unzulässig. Für besonders schwerwiegende Freiheitsentziehungen wie die 5- oder 7-Punkt-Fixierung müssen die Gerichte von 6.00 Uhr bis 21.00 Uhr einen Bereitschaftsdienst einrichten. Während dieser Zeit ist das Gericht daher sofort zu unterrichten. Sonst genügt es, wenn dies bis zum nächsten Morgen sichergestellt ist (BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 100).

„Gefahr im Verzug“ besteht, wenn zu erwarten ist, dass die unten (1.2.2.1) geschilderten Gefahren sich bereits verwirklichen würden, wenn erst die Gerichtsentscheidung abgewartet wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Gericht die Genehmigung als einstweilige Anordnung (§§ 331, 332 FamFG) sehr schnell erteilen kann, wenn es tatsächlich eilt.

1.4.1.5 Keine wirksame Einwilligung der Betroffenen oder des Betroffenen

Methodischer Hinweis:

Relevant ist die Unterscheidung von Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit.

Zur begrifflichen Annäherung können Definitionsversuche die beiden Kategorien in einer Gruppenarbeit oder als Aufgabe für die ganze Seminargruppe gesammelt und am Meta-plan zugeordnet werden.

Die Freiheitsentziehung ist gerechtfertigt, wenn die oder der Betroffene selbst (nicht: durch eine Vertreterin oder einen Vertreter) wirksam in sie eingewilligt hat. Dazu muss sie oder er insoweit einwilligungsfähig sein. Das ist, wer die Tragweite der freiheitsentziehenden Maßnahme mit ihrem oder seinem **natürlichen Willen** zu erfassen vermag (BGH BtPrax 2015, S. 65 und 67). Wirksam eingewilligt hat also, wer verstanden hat, dass und wie die Maßnahme ihr oder ihm die Freiheit entzieht und sich dann damit einverstanden erklärt hat.

Die Einwilligung kann die betroffene Person jederzeit widerrufen. Sie muss sie dann allerdings noch bis zu dem Zeitpunkt hinnehmen, zu dem sie von der Einrichtung rückgängig gemacht werden kann. Anders als bei nicht mehr einwilligungsfähigen Betroffenen muss sie nicht sicherstellen, dass das stets sofort geschieht.

1.4.2 Genehmigungsfähigkeit

Die Genehmigung einer FEM setzt voraus, dass sie

- zur Abwehr einer Gefahr für Leib oder Leben der oder des Betroffenen dient
- ein hierfür verhältnismäßiges Mittel darstellt
- der freie Wille der Klientin oder des Klienten ihr nicht entgegensteht.

1.4.2.1 Gefahr des Todes oder eines erheblichen gesundheitlichen Schadens der Betreuten oder des Betreuten

Es muss die konkrete und ernstliche Gefahr bestehen, dass sich die Klientin oder der Klient ohne die Maßnahme selbst töten oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügen würde.

Häufig wird eine Sturzgefahr in Frage kommen. Eine solche ist aber nur relevant, wenn der befürchtete Sturz auch tatsächlich erhebliche Verletzungen hervorrufen würde. Dem kann ggf. auf anderem Wege vorgebeugt werden.

Die Gefahr einer solchen Selbstschädigung muss ihre Ursache im geistigen oder psychischen Zustand der Klientin oder des Klienten haben.

Dass die Klientin oder der Klient eine Gefahr für andere (Personal oder Mitpatienten) bildet, genügt auf keinen Fall. Das kann allenfalls einen kurzfristigen Freiheitsentzug unter dem Aspekt des Notstandes (§ 32 StGB) rechtfertigen. Dann muss ihr anders begegnet werden (z. B. durch Unterbringung oder besondere Sicherungsmaßnahmen nach §§ 9, 21 HPsychKHG¹).

Die Gefahr muss auf **konkrete Anhaltspunkte** des Einzelfalles gestützt werden. Sie kann nicht lediglich aus allgemeinen Erfahrungen und Vermutungen mit Klientinnen oder Klienten dieser Art gefolgert werden.

1.4.2.2 Verhältnismäßigkeit

Die FEM muss „erforderlich“ sein, um die Gefahr abzuwenden. Darin steckt der Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit**, der bei jedem Eingriff in ein Grundrecht beachtet werden muss. Er hat drei Komponenten:

Die FEM muss zunächst **geeignet** sein, die Gefahr zu beseitigen oder wenigstens so abzumildern, dass sie nicht mehr erheblich ist. Daran fehlt es etwa bei der Anbringung von Bettgittern, wenn zu erwarten ist, dass die Klientin oder der Klient das Gitter – wenn auch unter gehöriger Anstrengung – überwinden kann und dabei das Verletzungsrisiko womöglich sogar noch erhöht ist. Ungeeignet sind auch Fixierungsmaßnahmen, wenn die Fixierung nicht fachgerecht durch ausgebildetes Personal angewandt werden kann. In diesen Fällen besteht unter Umständen die Gefahr des Erstickens oder Erhängens der Betroffenen oder des Betroffenen (Truscheit, „Ans Bett gefesselt“, FAZ vom 06.02.2012; Berzlanovich, Schöpfer, Keil: Todesfälle bei Gurtfixierungen, Deutsches Ärzteblatt, 2012, S. 27 ff.). Deshalb ist bei einer 5- oder 7-Punkt-Fixierung grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung sicherzustellen (BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 83).

Erforderlich ist eine an sich geeignete Maßnahme nur, wenn sie das **mildeste Mittel** darstellt, um die Gefahr abzuwenden. Das muss im Zweifel durch Einschaltung einer Pflegesachverständigen oder eines Pflegesachverständigen geklärt werden. Zur Abmilderung einer Sturzgefahr bedarf es z. B. nicht zwangsläufig der Anbringung von Bettgittern oder gar der Fesselung. Gut geeignete Alternativen können Niedrigflurbetten, Sturz- und Sensormatten, Bewegungsmelder, Hüftprotektoren oder ein Kopfschutz sein.

Oftmals genügt es auch, das Motiv der Klientin oder des Klienten für einen Bewegungsdrang und für eine besondere Unruhe zu erfragen oder sonst in Erfahrung zu bringen. Wird das Bett etwa nur für den Toilettengang verlassen, kann es ausreichen, einen Toilettenstuhl unmittelbar neben das Bett zu stellen, um eine längere mit Sturzgefahr verbundene Strecke abzukürzen. Zuweilen verlassen Klientinnen oder Klienten die Einrichtung nicht mehr, wenn ihnen innerhalb der Einrichtung bestimmte Bewegungsmöglichkeiten geboten werden.

Unter Umständen kann eine vorherrschende Unruhe bei dem Betroffenen auch durch alternative Maßnahmen (Veränderung der Medikamenteneinstellung oder Physiotherapie) behoben werden.

Inwieweit auch die Überwachung durch das Pflegepersonal als milderes Mittel die Genehmigung der FEM ausschließt, wenn dies zwar theoretisch möglich, wegen der knappen Personalressourcen aber nicht zu bewerkstelligen ist, ist nicht ganz einfach zu beantworten. Einerseits rechtfertigen fiskalische Erwägungen für sich gesehen nicht den Einsatz unterbringungsähnlicher Maßnahmen mit dem Ziel, an der Personalausstattung der Einrichtung zu sparen. Andererseits wäre eine Pflegeorganisation, welche die Klientin oder den Klienten durch Personal ständig und total überwacht, weder finanzierbar noch – im Hinblick auf das Persönlichkeitsrecht der Klientin

¹ Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) hat das noch aus den 1950er-Jahren stammende HFEG am 1. August 2017 ersetzt.

oder des Klienten – allgemein angemessen. Insoweit darf die vorherrschende Realität nicht aus dem Blick geraten. Es bedarf einer Verständigung auf angemessene Pflegestandards in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wenn dieser dann nicht ausreicht, um die Gefahr anders abzuwenden, stellen Maßnahmen, die zusätzliches Personal erfordern würden, kein tatsächlich gegebenes milderer Mittel dar (OLG Frankfurt BtPrax 1993, S. 198).

Schließlich muss die FEM auch ein **angemessenes** Mittel darstellen, die Gefahr abzuwenden. Das ist sie nicht, wenn die mit ihr verbundenen Beeinträchtigungen ebenso schwer oder sogar schwerer wiegen als die Schäden, die der Klientin oder dem Klienten ohne die Maßnahme drohen (OLG Karlsruhe FamRZ 2009, 640, 641). Dabei darf auf keinen Fall außer Acht gelassen werden, dass die Anwendung einer FEM mit erheblichen Belastungen für die Betroffene oder den Betroffenen verbunden ist und auf Dauer zu einer gravierenden Verschlechterung der Mobilität führen kann. Durch die freiheitsentziehende Maßnahme können außerdem besondere Angstzustände hervorgerufen werden und auch zusätzliche Verletzungsgefahren entstehen (Strangulation, Erhöhung des Sturzrisikos bei Bettgittern). All das ist gegen den Schaden abzuwägen, der ohne die FEM droht.

1.4.2.3 Kein entgegenstehender Wille

Ebenso wie die FEM durch die Einwilligung der Betroffenen oder des Betroffenen gerechtfertigt sein kann, gilt dies auch umgekehrt für die Gefahren, vor denen sie bewahren soll. Betroffene, die in der Lage sind, diese Gefahren zu erkennen und einzuschätzen, dürfen nicht gegen ihren Willen vor ihnen bewahrt werden, wenn sie dies ablehnen. FEM sind daher unzulässig, wenn Betroffene insoweit zur freien Willensbildung fähig und diese Gefahren damit bewusst hinzunehmen bereit sind (OLG München FamRZ 2006, 442).

1.5 Genehmigungsverfahren

Für die Genehmigung ist das Betreuungsgericht zuständig, bei dem die rechtliche Betreuung anhängig ist. Ist es eine bevollmächtigte Person, die über die Genehmigung entscheidet, ist das Betreuungsgericht zuständig, in dessen Bezirk die vollmachtgebende Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Das wird meist das für den Sitz der Einrichtung zuständige Gericht sein.

1.5.1 Antrag auf Genehmigung der FEM bei Gericht

Ob ein förmlicher Antrag im Sinne von § 23 FamFG notwendig ist, damit das Gericht ein Genehmigungsverfahren einleiten kann, ist umstritten. Der Bundesgerichtshof lässt das offen. Jedenfalls aber kann die FEM nicht genehmigt werden, wenn sie nicht auf einem Willensentschluss der rechtlichen Betreuerin oder des rechtlichen Betreuers (bzw. der oder des Bevollmächtigten) beruht (BGH BtPrax 2015, S. 200). Die Einrichtung hat nicht die Befugnis, das Gericht direkt um die Genehmigung zu ersuchen. Nur wenn diese Person verhindert oder noch keine bestellt und die Sache eilbedürftig ist, kann das Gericht direkt darum ersucht werden, die Freiheitsentziehung auf der Grundlage von § 1867BGB einstweilen anzuordnen (s. auch § 334 FamFG).

Eine rechtliche Betreuerin oder ein rechtlicher Betreuer kann über FEM nicht entscheiden, wenn ihr oder sein **Aufgabenbereich** dazu nicht ausreicht. Der Betreuerin oder dem Betreuer muss der Aufgabenbereich der Einwilligung in freiheitsentziehende Unterbringungen, bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1831 BGB übertragen sein.

Bevollmächtigte benötigen eine schriftliche Vollmacht, die sie zur Abgabe der Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen **ausdrücklich ermächtigt**. Hier genügt eine ganz allgemeine Formulierung (wie z. B. die Übertragung aller persönlichen Angelegenheiten) nicht.

1.5.2 Ärztliches Zeugnis (§ 321 Abs. 2 FamFG)

Das Gericht darf keine Genehmigung erteilen, ohne dass es sich durch ein ärztliches Zeugnis davon überzeugt hat, dass die Voraussetzungen für sie vorliegen (§ 321 Abs. 2 FamFG). Dafür

gelten die strengen Anforderungen an die Qualifikation einer Gutachterin oder eines Gutachters aus § 321 Abs. 1 FamFG nicht. Ausreichenden Beweiswert hat aber ein Zeugnis nur, wenn feststeht, dass die Ärztin oder der Arzt über ausreichende Erfahrungen mit entsprechenden Klientinnen oder Klienten verfügt. Ist der Fall ein Grenzfall, kann es die allgemeine Aufklärungspflicht (§ 26 FamFG) gebieten, stattdessen ein förmliches Sachverständigengutachten einzuholen.

Ohne ärztliches Zeugnis kann das Gericht auch keine einstweilige Anordnung zur vorläufigen Genehmigung der Unterbringung erlassen (siehe § 331 Satz 1 Nr. 2 FamFG).

1.5.3 Verfahrenspflegschaft (§ 317 FamFG)

Soweit dies zur Wahrnehmung der Interessen der Klientin oder des Klienten erforderlich ist, hat das Gericht dieser oder diesem eine geeignete Verfahrenspflegerin oder einen geeigneten Verfahrenspfleger zu bestellen (§ 317 Abs. 1 S. 1 FamFG). Das wird fast immer der Fall sein. Betroffene, bei denen eine FEM in Frage kommt, werden kaum in der Lage sein, ihren Willen im Verfahren ausreichend selbst zu äußern.

Wird auf die Verfahrenspflegschaft ausnahmsweise verzichtet, ist dies im Beschluss zu begründen.

Die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger ist so **frühzeitig** zu bestellen, dass sie oder er noch Einfluss auf die Entscheidung nehmen kann, in aller Regel schon vor der abschließenden Anhörung der Betroffenen oder des Betroffenen (BGH FamRZ 2011, 805), da sie oder er das Recht hat, hieran teilzunehmen (BGH FamRZ 2019, 104 m.w.N.). Ihr oder ihm ist Akteneinsicht zu gewähren und sie oder er ist über den Verfahrensablauf ständig zu unterrichten. Aufgabe der Verfahrenspflegerin oder des Verfahrenspflegers ist es, für die betroffene Person, die dazu nicht in der Lage ist, deren Recht auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG) wahrzunehmen. Dabei hat die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger sowohl die objektiven als auch die subjektiven Interessen der oder des Betroffenen, nicht diejenigen anderer Beteiligter, zu vertreten. An Weisungen des Gerichts ist sie oder er nicht gebunden.

Das Modell des sog. **Werdenfelser Weges** versucht, die Verfahrenspflegschaft zur Reduzierung von FEM nutzbar zu machen. Sein Ansatz ist, Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger mit besonderen Kenntnissen im Bereich der Pflege zu bestellen, damit die pflegefachliche Beurteilung des Falles stärker in den Mittelpunkt gerät. Fulda hat als erster Landkreis in Hessen im November 2011 diesen Ansatz übernommen. Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger sollen dazu versuchen, vor Ort mit Betroffenen, Angehörigen und den Pflgeteams Maßnahmen zu erarbeiten, die neben höchstmöglicher Sicherheit auch Bewegungsfreiheit und Lebensqualität bieten. Ziel ist es, zu einer gemeinsam getragenen Abschätzung zu kommen, wie im konkreten Fall das Sturz- und Verletzungsrisiko einerseits, die Folgen einer angewendeten Fixierung andererseits einzuschätzen sind. Dabei kann der Einsatz moderner pflegerischer Hilfsmittel Dauer und Umfang der Fixierung begrenzen oder diese ganz entbehrlich machen. Eine der Grundängste der Heimbetreiberinnen, Heimbetreiber und Pflegeverantwortlichen, nämlich dass eine zunächst gewissenhafte Abwägung Monate später nach einem Sturzereignis rückblickend als unverantwortlich dargestellt wird, soll dabei besonders ernst genommen werden.

Der **Nachteil** dieses Ansatzes ist die Unklarheit der Rolle, in welche die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger dadurch zu geraten droht. Sie oder er hat außerhalb des Verfahrens kein Mandat, Rechte der oder des Betroffenen wahrzunehmen. Dazu ist vielmehr allein seine rechtliche Betreuerin oder sein rechtlicher Betreuer (bzw. seine Bevollmächtigte oder sein Bevollmächtigter) berufen. Sie oder er kann außerdem als notwendig parteiische Verfahrensbeteiligte oder parteiischer Verfahrensbeteiligter auch nicht die Sachverständigenrolle einnehmen. Darum muss klar sein, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen zwischen rechtlicher Betreuerin oder rechtlichem Betreuer und Einrichtung über fixierungsvermeidende Maßnahmen gefun-

den werden kann, keine abschließende Entscheidung auf der Basis der Empfehlung der Verfahrenspflegerin oder des Verfahrenspflegers möglich ist, sondern die Einholung eines (richtigen) Pflege-Gutachtens notwendig bleibt.

1.5.4 Anhörung des Betroffenen (§ 319 FamFG)

Vor einer Unterbringungsmaßnahme hat das Gericht:

- die Betroffene oder den Betroffenen persönlich anzuhören und
- sich einen unmittelbaren Eindruck von ihr oder ihm zu verschaffen (§ 319 Abs. 1 S. 1 FamFG);
- in der persönlichen Anhörung erörtert das Gericht mit dem Betroffenen das Verfahren, das Ergebnis des übermittelten Gutachtens und die mögliche Dauer einer Unterbringung. Hat das Gericht dem Betroffenen nach § 317 einen Verfahrenspfleger bestellt, soll die persönliche Anhörung in dessen Anwesenheit stattfinden. (§ 319 Abs. 2 FamFG).

Neben der Einbeziehung der förmlichen Verfahrensbeteiligten (§ 315 FamFG) kann es sich auch empfehlen, eine Vertrauensperson des Betroffenen, etwa deren oder dessen Ehegatten, Eltern oder Kinder hinzuzuziehen.

1.5.5 Beschwerde

Gegen den Beschluss, mit dem freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet werden, ist die Beschwerde zum Landgericht statthaft. Sie ist innerhalb eines Monats beim Amtsgericht durch Einreichung einer Beschwerdeschrift einzulegen. Beschwerdeberechtigt sind Betroffene, rechtliche Betreuerinnen und rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte, Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger, die Betreuungsbehörde und Angehörige der oder des Betroffenen, die am Verfahren beteiligt worden sind (§ 335 BGB).

Gegen den Beschluss des Landgerichts findet die Rechtsbeschwerde zum BGH statt, wenn das Landgericht sie zulässt; ohne Zulassung nur, wenn es die Genehmigung der FEM ausspricht oder bestätigt, nicht jedoch, wenn es den Beschluss des Amtsgerichts lediglich aufhebt und die Sache dorthin zurückverweist (BGH BtPrax 2015, S. 201) und auch nicht, wenn es nur die Feststellung der Rechtswidrigkeit einer bereits beendeten Unterbringung ablehnt.

Die Beschwerde wird nicht dadurch unzulässig, dass die FEM inzwischen beendet wurde. Es kann dann vielmehr beantragt werden, ihre **Rechtswidrigkeit festzustellen** (§ 62 FamFG). Das ist jedoch auf Beschwerden durch die oder den Betroffenen und die Verfahrenspflegerin oder den Verfahrenspfleger beschränkt.

1.6 Zivilrechtliche Haftung

Bei Verletzungen, die sich Heimbewohninnen oder Heimbewohner zuziehen, besteht im Grundsatz stets die Befürchtung einer Haftung der Heimträger gegenüber der Krankenkasse nach § 116 Abs. 1 SGB X übergegangenem Recht gemäß § 280 Abs. 1 BGB in Verbindung mit dem Heimvertrag, § 823 Abs. 1 BGB oder § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 229 StGB. Unter Umständen könnte auch die oder der Betroffene – ggf. vertreten durch die rechtliche Betreuerin oder den rechtlichen Betreuer – Schmerzensgeldansprüche (§ 253 Abs. 2 BGB) geltend machen. Diese Sorge ist in den allermeisten Fällen aber nur begründet, wenn allgemeine Standards verletzt worden sind. Der BGH hat in einer Grundsatzentscheidung (BGHZ 163,53) die Obhutspflichten von Heimträgern dahin klargestellt, dass sie nur die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen umfassen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. Maßstab muss dabei das Erforderliche und dem Personal Zumutbare sein. Auch müssen Würde und Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner gewahrt bleiben.

1.7 Strafrechtliche Haftung

Entsprechendes gilt für eine strafrechtliche Haftung etwa wegen fahrlässiger Körperverletzung § 229 StGB. Die Gefahr einer Verfolgung ist, wenn die oben genannten Grundsätze beachtet werden, denkbar gering.

Dagegen droht bei FEM, die nicht rechtlich abgesichert sind, eine Verfolgung wegen Freiheitsberaubung (§ 239 Abs. 1 StGB). Dauert der Freiheitsentzug länger als eine Woche (ununterbrochen) an, ist dies sogar ein Verbrechenstatbestand (§ 239 Abs. 2 StGB).

In absoluten Notsituationen, wenn weder das Betreuungsgericht noch die rechtliche Betreuung oder der rechtliche Betreuer rechtzeitig erreichbar sind, können freiheitsentziehende Maßnahmen zur Abwehr von nicht anders abwendbaren schwerwiegenden Gefahren durch Notstand (§ 34 StGB) gerechtfertigt sein. Dann – und nur dann – kann die Einrichtung selbst über sie entscheiden. Dazu sei aber auf die Eildienste der Gerichte hingewiesen.

2. Aufgaben von Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegern

2.1 Rechtliches Gehör

Von Unterbringungsverfahren Betroffene gelten zwar ohne Rücksicht auf ihren konkreten Zustand als **verfahrensfähig** (§ 316 FamFG). Sie sind berechtigt, alle Verfahrenshandlungen, die Betroffenen zustehen, selbst vorzunehmen. Insbesondere steht ihnen persönlich das in Art. 103 Abs. 1 GG besonders geschützte Recht zu, ihre Ansicht zum Gegenstand des Verfahrens zu äußern (rechtliches Gehör). Das heißt ja aber nicht, dass sie dazu auch tatsächlich in der Lage sind. Das ist der Grund dafür, dass das Gesetz in § 317 FamFG die **Verfahrenspflegschaft** für sie vorsieht.

Eine Verfahrenspflegerin oder ein Verfahrenspfleger wird Betroffenen zur Seite gestellt, die aufgrund ihres Zustandes ihr rechtliches Gehör nicht in vollem Umfang selbst wahrnehmen können. Bei Menschen, für die FEM erwogen werden, ist das regelmäßig der Fall, weshalb hier die Einrichtung einer Verfahrenspflegschaft die gesetzliche Regel ist (§ 317 FamFG, s. auch oben 1.3.3). **Keine Verfahrenspflegschaft** ist jedoch erforderlich, wenn die oder der Betroffene von einer Rechtsanwältin oder einem Rechtsanwalt vertreten wird.

Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegerin wird rechtliches Gehör grundsätzlich neben der oder dem Betroffenen gewährt. Ausnahmsweise nehmen sie es **an ihrer oder seiner Stelle** wahr, wenn das Gericht zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren von der persönlichen Anhörung des Betroffenen nach § 34 Abs. 2 Alt. 1 FamFG absieht. Sie prüfen in diesem Falle sorgfältig, ob das tatsächlich erforderlich ist und versuchen, falls ja, die Wünsche und Vorstellungen der oder des Betroffenen zu ermitteln und dem Gericht mitzuteilen.

2.2 Beteiligung am Verfahren

Die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger erhält bereits mit der Bestellung die Rechtsstellung einer oder eines Verfahrensbeteiligten (§ 315 Abs. 2 FamFG). Ihr oder ihm stehen **alle Verfahrensrechte** zu, die den Betroffenen selbst ebenfalls zustehen. Sie oder er kann sie unabhängig von den Betroffenen ausüben, z. B. Beschwerde gegen einen Beschluss auch dann einlegen, wenn die Betroffenen auf die Beschwerde verzichtet haben.

Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger handeln hierbei im eigenen Namen. Sie können Betroffene **nicht vertreten**. Eine im Namen der oder des Betroffenen der Verfahrenspflegerin oder dem Verfahrenspfleger eingelegte Beschwerde ist unzulässig (BGH NJW 2018, 3387). Mit den Kosten des Verfahrens dürfen sie nicht belastet werden (§ 317 Abs. 7 FamFG).

Das Gericht darf für seine Entscheidung keine Tatsachen gegen die Betroffene oder den Betroffenen verwerten, zu denen die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspflegerin nicht **gehört** wurde (§ 37 Abs. 2 FamFG). Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger haben daher das Recht

- an der persönlichen Anhörung der oder des Betroffenen teilzunehmen,
- zu ärztlichen Zeugnissen, zu Pflege-Gutachten, zu den Äußerungen des Pflegepersonals oder der Einrichtung usw. Stellung zu nehmen, wozu ihnen dergleichen in einer Abschrift

so rechtzeitig bekanntgegeben werden muss, dass sie es auch mit der oder dem Betroffenen noch besprechen können.

2.3 Wahrung der Interessen der oder des Betroffenen

Die Verfahrenspflegschaft dient der Wahrung der **Interessen** der oder des Betroffenen. Das ist kein in erster Linie objektiver Maßstab. Vielmehr soll sie vor allem dafür sorgen, dass die persönlichen **Wünsche und Vorstellungen** der oder des Betroffenen, also seine subjektiven Interessen, im Verfahren zur Geltung gebracht werden. Insofern hat sie eine Mittlerfunktion.

Besonders deutlich wird dies, wenn das Gericht eine ärztliche Stellungnahme der oder dem Betroffenen selbst nicht zuleitet, weil es hiervon einen gesundheitlichen Nachteil für sie oder ihn befürchtet. Die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger ist dann verpflichtet, den Inhalt des Gutachtens mit der oder dem Betroffenen in geeigneter Form zu besprechen (BGH FamRZ 2017, 1323 m. w. N.).

Daneben sind Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger aber auch verpflichtet, das Interesse der oder des Betroffenen daran zu wahren, dass all ihre Verfahrensgarantien beachtet und keine rechtswidrigen Freiheitsentziehungen an ihnen vollzogen werden. Insofern sind sie zugleich auch ihren **objektiven Interessen** verpflichtet und haben u.a. auch darauf zu achten, ob die Voraussetzungen des § 1906 Abs. 4 BGB für eine FEM auch tatsächlich vorliegen. Das bedeutet allerdings wiederum nicht, dass sie dazu eigene Ermittlungen anstellen oder gar die Aufgaben der oder des rechtlichen Betreuers zur Erforschung des Wohls der oder des Betroffenen übernehmen müssten (BGH NJW 2009, 1814). Sie müssen aber mit dafür sorgen, dass das Gericht seiner Amtsermittlungspflicht (§ 26 FamFG) genügt. Das kann z. B. bedeuten, dass sie durch Bestreiten von formlos ermittelten Tatsachen, an deren Wahrheitsgehalt sie zweifeln, eine förmliche Beweisaufnahme erzwingen, um das Beweisergebnis abzusichern (vgl. § 30 Abs. 3 FamFG).

Besondere Aufmerksamkeit müssen Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger auch darauf lenken, dass keine die oder den Betroffenen besonders **belastenden Verfahrenshandlungen**, wie z. B. deren Zwangsvorführung oder Unterbringung zur Begutachtung (§ 322 i. V.m. §§ 283, 284 FamFG) vorgenommen werden, ohne dass das tatsächlich gerechtfertigt ist.

Durch den zum 1.1.2023 neu eingeführten § 317 Abs. 3 FamFG werden die Aufgaben der Verfahrenspflegschaft direkt im Gesetz wie folgt zusammengefasst:

„(3) Der Verfahrenspfleger hat die Wünsche, hilfsweise den mutmaßlichen Willen des Betroffenen festzustellen und im gerichtlichen Verfahren zur Geltung zu bringen. Er hat den Betroffenen über Gegenstand, Ablauf und möglichen Ausgang des Verfahrens in geeigneter Weise zu informieren und ihn bei Bedarf bei der Ausübung seiner Rechte im Verfahren zu unterstützen. Er ist nicht gesetzlicher Vertreter des Betroffenen.“

2.4 Qualifikation

Berufsmäßig tätige Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger sollen zwar grundsätzlich nur bestellt werden, wenn keine geeignete ehrenamtliche Person dafür zur Verfügung steht (§ 317 Abs. 3 FamFG). Das wird in Unterbringungssachen aber selten der Fall sein.

Die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger muss geeignet sein (§ 317 Abs. 1 S. 1 FamFG). Es muss sich um eine natürliche Person handeln (§ 317 Abs. 4 S. 1 FamFG). Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte eignen sich dann, wenn sie mit den betreuungsgerichtlichen Verfahrensvorschriften vertraut sind, weil sie auch sonst Familien- und/oder Betreuungssachen bearbeiten. Vertiefte Rechtskenntnisse sind aber nicht zwingend erforderlich, so dass auch Menschen aus Pflegeberufen oder der Sozialen Arbeit dafür in Frage kommen. Zur ehrenamtlichen Verfahrenspflegerin oder zum ehrenamtlichen Verfahrenspfleger kann sich ganz ausnahmsweise auch eignen, wer aus dem Umfeld der oder des Betroffenen kommt. Das wird aber meist

ausscheiden, weil solche Personen gerade bei der Frage der Freiheitsentziehung die erforderliche Objektivität nicht aufbringen können.

Modul 4: Medizinische Grundlagen

Lernziel:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlangen Wissen zu typischen Krankheitsbildern von Klientinnen und Klienten, bei denen die Anwendung einer FEM geprüft wird. Als Krankheitsbild wird nicht nur die Demenz, sondern auch das Delir thematisiert.

Lerninhalte:

- Möglichkeiten zur Diagnose von Einwilligungsunfähigkeit
- Abgrenzung von Eigen- und Fremdgefährdung
- Verlauf demenzieller Erkrankung
- Umgang mit kognitiv eingeschränkten Klientinnen und Klienten

1. Medizinische Grundlagen

Die Bestimmung über die leiblich-seelische Integrität gehört zum ureigensten Bereich der Persönlichkeit des Menschen. In diesem Bereich ist jeder Mensch frei, seine Maßstäbe zu wählen, nach ihnen zu leben und zu entscheiden. Diese Freiheit zur Selbstbestimmung wird durch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG besonders hervorgehoben und verbürgt. Das Selbstbestimmungsrecht gilt für Gesunde und Kranke gleichermaßen.

Eine individuelle, an den Wünschen und Werten orientierte ärztliche Behandlung nimmt die Patientin oder den Patienten mit all ihren oder seinen Sorgen und Nöten wahr. Hierin liegt eine wesentliche Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient, das bei schweren Krankheiten und am Lebensende besonders bedeutsam ist. Das ärztliche Personal sowie Pflegenden müssen die Wünsche und Wertvorstellungen ihrer Patientinnen und Patienten kennen, um eine hieran orientierte, individuelle Behandlung zu ermöglichen. Kann die Patientin oder der Patient in der konkreten Situation einer bevorstehenden Behandlung keinen eigenen Willen mehr bilden oder diesen nicht adäquat kommunizieren, müssen andere Kommunikationswege gewählt werden. Neben der Vorsorgevollmacht ist die Patientenverfügung dafür ein geeignetes Instrument.

Mit der Konstituierung der Patientenverfügung als Rechtsinstrument wird im Bereich der medizinischen Versorgung das Recht der entscheidungsfähigen Patientin oder des entscheidungsfähigen Patienten anerkannt, ihr oder sein Selbstbestimmungsrecht vorausschauend und planend durch eine erst in der Zukunft wirkende verbindliche Verfügung auszuüben.

Paternalistische, ärztliche Wertvorstellungen, bei denen allein die Medizinerin oder der Mediziner entscheidet „was gut für den Patienten ist“ gehören damit endgültig der Vergangenheit an. Der dialogische Prozess zwischen ärztlichem Personal und Pflegenden einerseits und den Patientinnen und Patienten andererseits ist vom Gesetzgeber vorgesehen. Im Rahmen des sog. „informed consent“ ist die Einwilligung in Therapien und Maßnahmen nur nach dezidiertem Aufklärung über die geplante Maßnahme gültig.

Auch bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen ist der Wille der Betroffenen zu berücksichtigen und entsprechend zu prüfen, auch wenn den Anwendern in der Regel nur „das Wohl der Betroffenen“ am Herzen liegt. Welches Maß an „vernünftiger Therapie und Fürsorge“ die einzelne Person für sich in Anspruch nehmen möchte, bleibt ihr selbst überlassen. Das aus

Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG abgeleitete Selbstbestimmungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Unvernunft.

Während die Anwendung von FEM in der Pflege in den letzten Jahren vermehrt öffentlich diskutiert wurde, liegen bisher wenig verlässliche Daten über die Anwendung in Akutkrankenhäusern vor.

2. Vorsorgedokumente, Dokumentation des Willens und Patientenwillen

Mögliche Instrumente zur Vorsorge sind: Betreuungsverfügung (§ 1816 Abs. 2 BGB), Vorsorgevollmacht (§§ 1814 Abs. 3, Nr. 1, 1820 BGB) und die Patientenverfügung (§§ 1831 ff. BGB).

Eine **Vorsorgevollmacht** kann jeder geschäftsfähige volljährige Mensch vorausschauend an eine Vertrauensperson erteilen. Der Umfang einer Vollmacht kann individuell gestaltet werden. Eine bevollmächtigte Person kann, wenn es die Vollmacht vorsieht, ohne Einschränkungen handeln. Bestimmte Entscheidungskompetenzen müssen allerdings in der Vollmacht schriftlich ausdrücklich aufgenommen sein:

1. Die Einwilligung sowie der Widerruf oder die Nichteinwilligung in betreuungsgerichtlich genehmigungsbedürftige medizinische Maßnahmen
2. Die Entscheidung über eine freiheitsentziehende Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen
3. Die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme einschließlich der hierfür erforderlichen freiheitsentziehenden Unterbringung (§ 1820 Abs. 2 BGB)

Nach dem Subsidiaritätsprinzip haben Regelungen der Klientin oder des Klienten Vorrang gegenüber staatlichen Maßnahmen. Eine rechtliche Betreuerin oder ein rechtlicher Betreuer darf nicht bestellt werden, wenn durch die Vorsorgevollmacht eine ausreichende Vertretung besteht. Erst wenn z. B. der Aufgabenkreis der Gesundheitspflege fehlt oder nicht ausreichend beauftragt ist, darf eine rechtliche Betreuung durch das Betreuungsgericht eingerichtet werden. Mit einer **Betreuungsverfügung** kann eine Person vorgeschlagen werden, die zur rechtlichen Betreuerin oder zum rechtlichen Betreuer bestellt werden soll.

Für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit kann eine **Patientenverfügung** den Willen der Klientin oder des Klienten zum Ausdruck bringen. Als Patientenverfügung gilt seit dem 01.09.2009 ein Schriftstück, in dem eine einwilligungsfähige volljährige Person festgelegt hat, ob sie „in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung)“ (§ 1827 Abs. 1 S. 1 BGB). Diese Festlegung gilt unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung der Patientin oder des Patienten für alle Situationen der Einwilligungsunfähigkeit.

Der Wille einer Klientin oder eines Klienten lässt sich auf Grundlage einer Patientenverfügung darstellen. Es sind neben dieser Form des Patientenwillens aber noch die Formen der Behandlungswünsche (§ 1827 Abs. 2 S. 1 Alternative 1 BGB) und des mutmaßlichen Willens (§ 1827 Abs. 2 S. 1 Alternative 2 BGB) möglich.

Somit gehören zum Willen der jetzt nicht einwilligungsfähigen Person folgende Formen bzw. Dokumentationsmöglichkeiten:

1. Patientenverfügung
2. Behandlungswünsche
3. Mutmaßlicher Wille
4. Notfallbogen

Mit dem 2015 neu geschaffenen § 132g SGB V haben vollstationäre Bewohnerinnen und Bewohner in einer Einrichtung der Altenhilfe bzw. Klientinnen und Klienten in einer besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe einen Beratungsanspruch für eine Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, wenn die Einrichtung diese refinanzierte Beratung anbietet. Dies Angebot wird inzwischen immer häufiger von Einrichtungen angeboten. Es dient zur Aktualisierung von bestehenden Vorsorgedokumenten und zur Dokumentation der Behandlungswünsche. Dies bringt den Bewohnerinnen und Bewohnern eine qualifizierte Beratungsmöglichkeit und den Einrichtungen Handlungssicherheit bei Notfällen. Als übersichtliche Form der Dokumentation der Behandlungswünsche wurden unterschiedliche Notfallbögen entwickelt, von denen exemplarisch nachfolgend eine Variante vorgestellt wird:

NOTFALLBOGEN

Nachname, Vorname	geb. am
In einer Notfallsituation, in der ich selbst nicht mehr meine Wünsche äußern kann, ist es mein Wille, wie folgt behandelt zu werden:	Der Wille der genannten Person wurde ermittelt und sie / er möchte wie folgt behandelt werden:

Nur eine Kategorie auswählen, sonst ungültig!

	Wiederbelebungsung	Beatmung Tubus	Beatmung Maske	Intensivstation	Krankenhaus	Symptomkontrolle
Behandlung gewünscht mit allen erforderlichen Maßnahmen:						
A	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Behandlung gewünscht, aber mit folgenden Einschränkungen:						
B	NEIN	JA	JA	JA	JA	JA
DNR - Keine Herz-Lungen-Wiederbelebungsung gewünscht, ansonsten indizierte Notfall- und Intensivbehandlungsung ohne weitere Einschränkungen						
C	NEIN	NEIN	JA	JA	JA	JA
Keine Intubation, keine Herz-Lungen-Wiederbelebungsung gewünscht; ansonsten indizierte Notfall- und Intensivbehandlungsung						
D	NEIN	NEIN	NEIN	JA	JA	JA
Keine Maskenbeatmung, keine Intubation, keine Herz-Lungen-Wiederbelebungsung gewünscht; ansonsten indizierte Notfall- und Intensivbehandlungsung						
E	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA	JA
Behandlungsung im Krankenhaus gewünscht, keine Intensivstation						
Linderung meiner Beschwerden gewünscht (Palliativbehandlungsung)						
F	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA

Ich stimme einer Organspende zu: JA / NEIN [nur bei Kategorie A oder B]

05.05.2021 Runder Tisch ACP Erfurt - acp-thueringen.de

Ort _____ Datum _____

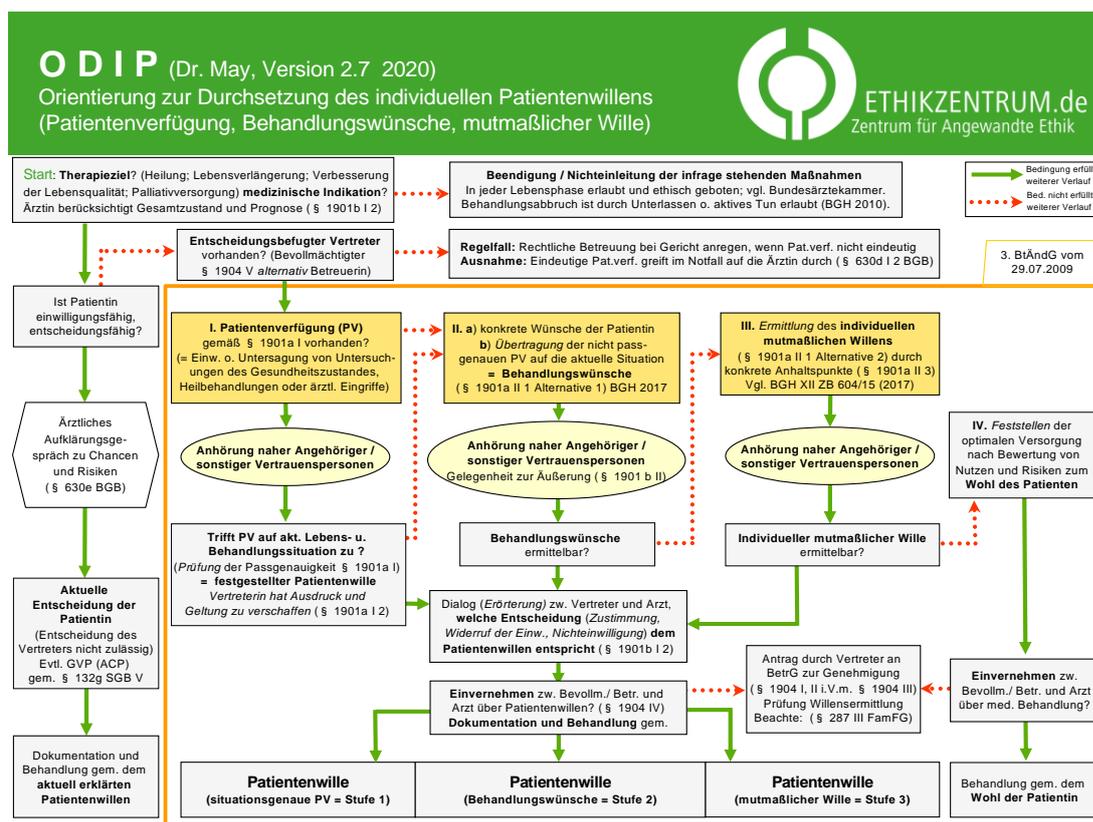
Beratete Person	Rechtliche*r Vertreter*in

_____ Datum _____ Unterschrift ACP-Berater*in _____ Stempel _____

Zur Kenntnis genommen _____ Datum _____ Unterschrift Ärzt*in _____ Stempel _____

Ein Notfall ist im Notfallbogen definiert als Situation, in der die Bewohnerin oder der Bewohner nicht zu ihren Wünschen befragt werden kann. Auf einen Blick haben die Beschäftigten der Einrichtung Sicherheit, welche Intensität der Hilfeleistung gewünscht ist. Eine nicht gewünschte Wiederbelebung muss unterbleiben. Zusätzlich dokumentiert der Notfallbogen die Wünsche für die gerufene Notärztin. (Wachter A, May A, Meinig T, Hochberg A 2021)

Der Beratungsanspruch des § 132g SGB V ist Teil von Advance Care Planning (ACP). Diese umfassende Beratung zur Versorgung soll auch FEM thematisieren.



3. Medizinische Indikation

Nach § 1828 BGB prüft die Ärztin oder der Arzt die medizinische Indikation einer etwaigen Behandlung oder Untersuchung unter Berücksichtigung des konkreten Gesundheitszustandes und der Prognose der Patientin oder des Patienten. Eine medizinische Maßnahme ist dann indiziert, wenn sie mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit ein Therapieziel erreichen wird, das für die Klientin oder den Klienten mehr Nutzen als Schaden bedeutet.

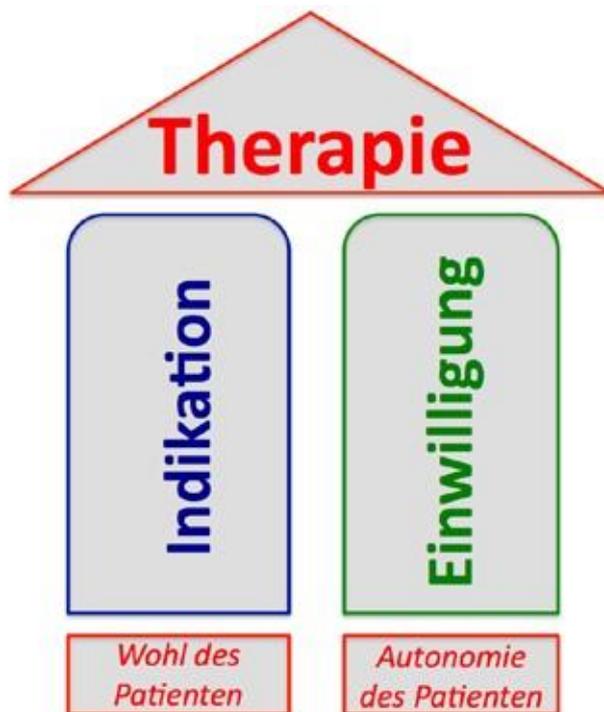
FEM müssen ebenfalls ein konkretes Ziel verfolgen, welches der betroffenen Person mehr nutzt als schadet. Dies ist im Einzelfall nicht immer einfach abzuwägen. Beispielsweise müssen bei der Anwendung von Fixierungshilfen oder Bettgittern der potentielle Nutzen (i. d. R. Reduktion des Sturzrisikos) abgewogen werden gegen das Risiko einer Verletzung, die durch die Fixierungsmaßnahme selbst verursacht werden kann.

Berzlanovich wertete mit ihrer Arbeitsgruppe 27.353 Obduktionen im Institut für Rechtsmedizin München der Jahre 1997-2010 aus. Dabei konnten die Autorinnen und Autoren 26 Todesfälle identifizieren, die durch Gurtfixierungen entstanden sind: „Während in Gurtsystemen drei Patienten infolge eines natürlichen Todes und ein Betroffener durch Suizid starben, war bei 22

gleichfalls nicht unter Dauerbeobachtung stehenden Pflegebedürftigen der Todeseintritt allein auf die jeweilige Fixierung zurückzuführen. Deren Tod war entweder durch Strangulation (n = 11), Thoraxkompression (n = 8) oder in Kopftieflage (n = 3) eingetreten.“ Alarmierend war dabei, dass bei 19 Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Patientinnen und Patienten die Fixierungssysteme fehlerhaft angelegt worden waren (Berzlanovich A., Schöpfer J., Keil, W.: Todesfälle bei Gurtfixierungen, Deutsches Ärzteblatt 2012, S. 27-32). Jedoch ist grundsätzlich bei der Anwendung von Fixierungshilfen zu bedenken, dass es auch bei korrekter Anwendung zu Todesfällen, beispielsweise durch Strangulation, kommen kann.

Erst nachdem die medizinische Indikation feststeht, erfolgt im zweiten Schritt die Feststellung des Patientenwillens. Das Gesetz sieht also eine **Zweistufigkeit** der Entscheidungsfindung vor.

Die beiden Säulen der ärztlichen und pflegerischen Therapie sind in der folgenden Abbildung illustriert:



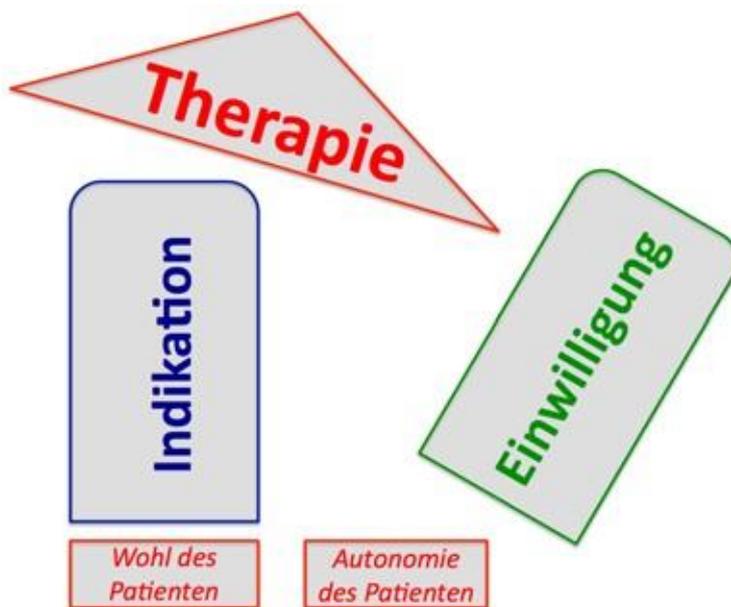
Die Indikation wird zunächst auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse, jeweils bezogen auf den konkreten Einzelfall, von der Ärztin oder vom Arzt gestellt. Dabei muss mit der jeweiligen medizinischen Maßnahme ein konkretes Therapieziel (Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation oder Erhaltung der Lebensqualität) verfolgt werden. Des Weiteren muss sich das definierte Ziel durch die vorgesehene Maßnahme mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit erreichen lassen. Sollte das angestrebte Ziel nur mit einer verschwindend geringen Wahrscheinlichkeit durch die vorgeschlagene Maßnahme erreichbar sein, ist diese medizinisch nicht indiziert. Nicht anders als bei jeder anderen medizinischen Maßnahme, bildet die medizinische Indikation die elementare Voraussetzung für das ärztliche Handeln. Erst wenn diese vorliegt wird der dialogische Prozess mit der Entscheidungsträgerin oder dem Entscheidungsträger eingeleitet.

Vielfach lässt sich der angestrebte Konsens zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den rechtlichen Betreuerinnen oder rechtlichen Betreuern bzw. den Bevollmächtigten durch

konstruktive Gespräche erzeugen. Gelingt dies nicht, ergeben sich zwei potentielle Konfliktvarianten, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden.

3.1 Ablehnen einer medizinisch indizierten Maßnahme (keine Einwilligung)

Haben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die medizinische Indikation zu einer bestimmten Untersuchung oder Behandlung gestellt, informieren sie die legitimierte Vertreterin oder den Vertreter der Patientin bzw. des Patienten. Wenn diese oder dieser die Behandlung ablehnt, ist zu prüfen, ob dies dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Sollten sich keine Anhaltspunkte für ein Abweichen der Stellvertreter vom festgestellten Patientenwillen ergeben, wird die ärztliche Maßnahme unterlassen.



Keine Behandlung bei fehlender Einwilligung trotz Indikation

Nicht selten kommt es jedoch vor, dass sich Abweichungen zwischen der von der stellvertretenden Person vertretenen Position und dem Patientenwillen ergeben. Insbesondere Formulierungen wie „bei fehlender Aussicht auf Erfolg“ geben regelmäßig Anlass zu Konflikten. Wenn die unterschiedlichen Auslegungen zum Willen der Patientin oder des Patienten nicht einvernehmlich gelöst werden können, hat die Stellvertreterin oder der Stellvertreter das Betreuungsgericht einzuschalten.

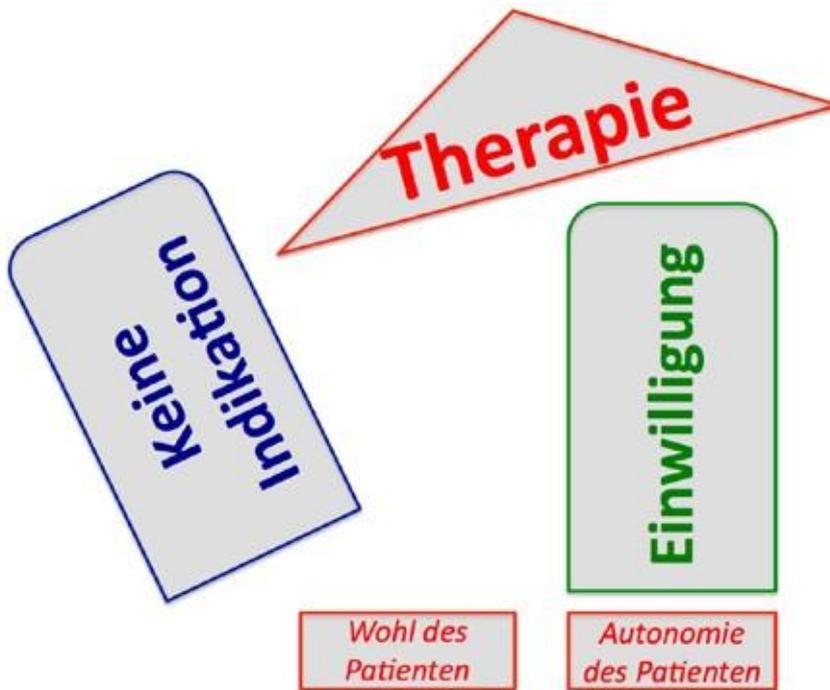
3.2 Verlangen einer medizinisch nicht (mehr) indizierten Behandlung

Umgekehrt kommt es auch vor, dass eine vertretende Person der Klientin oder des Klienten die Durchführung einer bestimmten Operation fordert oder die Fortsetzung einer bestimmten Therapie wünscht, obwohl dies medizinisch nicht (mehr) indiziert ist, da beispielsweise die Operation keine Aussicht auf Erfolg hat oder sich die Prognose insgesamt derartig verschlechtert hat, dass eine Fortführung der Therapie eine unnötige Belastung für die betroffene Person darstellen würde.

Die Begrenzung einer begonnenen Therapie mit Änderung des Therapieziels zur palliativen Begleitung der Klientin oder des Klienten ist für betroffene Angehörige häufig ein nur schwer nachvollziehbarer Schritt. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssen Angehörige in intensiven,

ggf. wiederholend durchzuführenden Gesprächen die veränderte Situation erläutern und versuchen, sie von der Notwendigkeit der Therapiebegrenzung zu überzeugen.

Mit der rechtlichen Betreuerin oder dem rechtlichen Betreuer, der bevollmächtigten Person oder den Angehörigen sollte besprochen werden, ob sich bestimmte Personen noch vor der Therapiebegrenzung von der Patientin oder dem Patienten verabschieden möchten und dazu die nicht mehr indizierte Versorgung in zeitlich engem Rahmen weitergeführt werden soll. Dies ist im Einzelfall je nach Lage unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit zu bewerten.

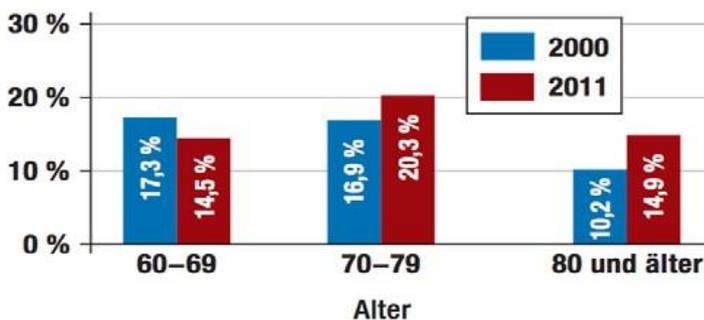


Keine Therapie ohne Indikation trotz Behandlungswunsch

4. Demographische Bevölkerungsentwicklung

Der Anteil von Patienten im hohen Alter (über 80 Jahre) hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen und wird sich weiter erhöhen (Statistisches Bundesamt 2013). Der Anteil älterer Patienten steigt nicht nur in der Gesamtbevölkerung, sondern überproportional auch in der stationären Behandlung:

Altersverteilung bei vollstationärer Behandlung (alle Diagnosen)



Ältere Patientinnen und Patienten weisen oft mehrere Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) auf und tendenziell verlängern sich dadurch die Liegezeiten in Akutkrankenhäusern. Zusätzlich ist häufig eine intensivere Pflege mit Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich.

5. Demenz

Die Zahl der betagten und hochbetagten Patienten steigt ständig an. Dadurch nimmt die Bedeutung des Krankheitsbildes Demenz zu. Die Krankheitshäufigkeit von Demenzen liegt in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen bei ca. 2 %. Dieser Wert verdoppelt sich alle 5 Jahre. Bei den über 90-Jährigen leiden über 40 % an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Beachtet man auch die leichten und beginnenden Formen der Demenzen, liegen die Zahlen noch höher. Eine Demenz ist der weitaus häufigste Grund für eine Heimaufnahme (Nehen HG, May A: Diagnostik, Verlauf und Formen der Demenz, 2016, S. 257-272).

Besondere Bedeutung kommt in der Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus der Milieugestaltung auf den entsprechenden Stationen – dem Stationssetting – zu. Krankenhäuser behandeln die akuten Erkrankungen unter der Maßgabe, dass sich Patientinnen und Patienten an die Abläufe und die Strukturen des Krankenhauses anpassen und die meisten Patienten nehmen diese „Zumutungen“ in Kauf.

Demenzkranken Patientinnen und Patienten sind jedoch nicht mehr in der Lage, sich so umfassend in eine für sie fremde und vielfach irritierende Umgebung einzufügen. Ziel der milieugestaltenden Maßnahmen ist es daher, Patientenzimmer, Stationen und Abläufe soweit wie möglich an die Anforderungen der Patientinnen und Patienten anzupassen. Durch den Aufenthalt in der ungewohnten Umgebung mit ungewohnten Abläufen während des Tages (Untersuchungen, Visiten, etc.) kommt es bei betroffenen Personen insbesondere nachts häufig zu Unruhezuständen, so dass die Patientinnen und Patienten nicht selten Wanderungstendenzen zeigen, welche häufig eigengefährdend sind, da sie sich in einem für sie völlig fremden Umfeld bewegen. Hier erweisen sich tagesstrukturierende Angebote als hilfreich. Im Krankenhausalltag umsetzbar und für viele Patientinnen und Patienten effektiv sind dabei Gruppenangebote, die mit gemeinsamen Mahlzeiten, Gesprächen, Vorlesen und Bas53teln den Patientinnen und Patienten nicht nur eine Tagesstruktur mit klaren Abgrenzungen *Hessisches Curriculum zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen* zwischen aktiven und Ruhezeiten bieten, sondern sie darüber hinaus im anregungs- und kontaktarmen Krankenhausalltag aktivieren und mobilisieren.

6. Delir

Als Delir wird die Einschränkung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit bezeichnet, wozu oft noch Wahrnehmungsstörungen (oft optische Halluzinationen) und psychomotorische Störungen kommen. Neben einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus ist meist der Affekt beeinträchtigt. Dann sind bei Klientinnen und Klienten Angst, Niedergeschlagenheit oder auch Euphorie und Aggressivität zu beobachten.

Zum Delir führen Einflüsse, auf welche die Klientin oder der Klient bisher nicht reagiert hat. Eine kognitive Einschränkung, ein Trauma, eine Entzündung oder Stress sind typische Noxen. Ein Krankenhausaufenthalt ist oft eine besondere Situation und bei älteren Klientinnen und Klienten ist das Delir eine häufige Komplikation, die dazu führt, dass der stationäre Aufenthalt verlängert wird, der Betreuungsaufwand durch das pflegerische Personal erheblich steigt und häufig eine zeitnahe Rückverlegung in die häusliche Umgebung nicht möglich ist.

7. Weiterführende Informationen und Literatur

Berzlanovich A, Schöpfer J, Keil, W: Todesfälle bei Gurtfixierungen, Deutsches Ärzteblatt 2012, S. 27-32

Brokmann J, Grützmann T, Pidun A, Groß D, Roissant R, Beckers S, May A: Vorsorgedokumente in der präklinischen Notfallmedizin, Anästhesist 2014, S. 23-31

Müller-Busch Chr: Entscheidungen in Grenzsituationen und ärztliches Selbstverständnis in: May A, Kreß H, Verrel T, Wagner T (Hg.): Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer, Heidelberg: Springer, 2016, S. 163-176

May A, Grützmann T, Brokmann J (Hg.): Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin. Münster: LIT-Verlag 2013

May A: Patientenvorsorge - Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Behandlungsentscheidungen, Sprache - Stimme - Gehör 2013, 131-135

May A: Patientenverfügungen und ihre Anwendung in der Altenhilfe, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (TuP), 2010, S. 4-12

Nehen HG, May A: Diagnostik, Verlauf und Formen der Demenz, in: May A, Kreß H, Verrel T, Wagner T (Hg.): Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer, Heidelberg: Springer, 2016, S. 257-272

Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Diagnose der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013

Ulsenheimer K: Patientenrechtegesetz, Anaesthesist 2014, S. 98-104

Wachter A, May A: Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen. Die Bedeutung gesundheitsbezogener sozialer Arbeit für das Konzept des Advance Care Planning, Forum sozialarbeit und gesundheit, 2021, Ausgabe 4, 22-25

Wachter A, May A, Meinig T, Hochberg A: Der Erfurter Notfallbogen, Thüringer Ärzteblatt, 2021, Heft 06, 33-36

Modul 5: Kommunikation

Lernziel:

Kenntnisse über kommunikationstheoretische Zusammenhänge und deren Wirksamwerden im beruflichen Alltag.

Lerninhalte:

- Kommunikation als Form der Interaktion von Individuen
- Möglichkeiten des Konfliktmanagements

1. Kommunikation

Als Einstieg kann auf die unterschiedlichen Konstellationen von Kommunikationspartnerinnen und -partnern hingewiesen werden. Folgende Situationen können dabei unterschieden werden:

- Kommunikation mit der Klientin oder dem Klienten
- Kommunikation mit den an der Versorgung Beteiligten
- Kommunikation mit den von der Versorgung der Klientin oder des Klienten weitergehend betroffenen Personen

Kommunikationsbarrieren müssen bei der Kommunikation mit der Klientin oder dem Klienten nach Möglichkeit überbrückt werden. Dazu bieten sich verschiedene Optionen an:

- Verwendung von einfacher, leichter Sprache,
- Unterstützte Kommunikation durch z. B. eine Gebärdendolmetscherin oder einen Gebärdendolmetscher,
- Sprachmittlerin oder Sprachmittler ggf. mit interkultureller Kompetenz. Idealerweise sind sowohl Dolmetscher- als auch Übersetzerkompetenzen vorhanden.

Zur Ermittlung des Willens der Klientin oder des Klienten muss eine individuelle und adressatenbezogene Kommunikation erfolgen. Nachfolgend wird der Schwerpunkt auf die Kommunikation der an der Versorgung beteiligten oder von der Versorgung der Klientin oder des Klienten weitergehend betroffenen Personen gelegt.

Methodischer Hinweis:

1.1 Beispiel zur Aktivierung: Die Referentin oder der Referent kann durch folgendes Beispiel in das Thema Kommunikation einsteigen:

Frau Lundius, die Tochter einer Bewohnerin, stürmt mit hochrotem Kopf in das Stationszimmer und blafft: „Das Bettgitter bei meiner Mutter ist nicht hoch!“ Darauf die Altenpflegerin Frau Seidenrot schnippisch: „Soll es ja auch nicht!“

1.2 Sammlung der Reaktionen: Einsatz von Moderationskarten, Flip-Chart

1.3 Auswertung: Interaktionen wie diese zeichnen sich durch eine stark ressourcenreduzierte Kommunikation aus. Die beiden Kommunikationspartner kommunizieren nicht miteinander, sondern gegeneinander.

Archaische Stressreaktionen bestimmen das Verhalten: ich gegen die anderen, kämpfen oder flüchten, schnell reagieren, nicht lange nachdenken. Was früher in lebensbedrohlichen Situationen sinnvoll war, weil es die Chancen zu überleben erhöhte, ist heute zumeist kontraproduktiv.

Genau das Gegenteil vom dem, was das „Bauchgefühl“ an Reaktion nahelegt, wäre hilfreich: in Ruhe zuhören, versuchen umfassend zu verstehen, nachvollziehbar den eigenen Standpunkt darstellen, aufeinander zugehen, abwägen. So könnten die Ressourcen, aus denen gute Entscheidungen erwachsen, fruchtbringend genutzt werden. Dazu müsste es allerdings gelingen, einen **kooperativen Kommunikationsstil** zu verfolgen und nicht in einem **konkurrierenden Kommunikationsstil** zu verharren.

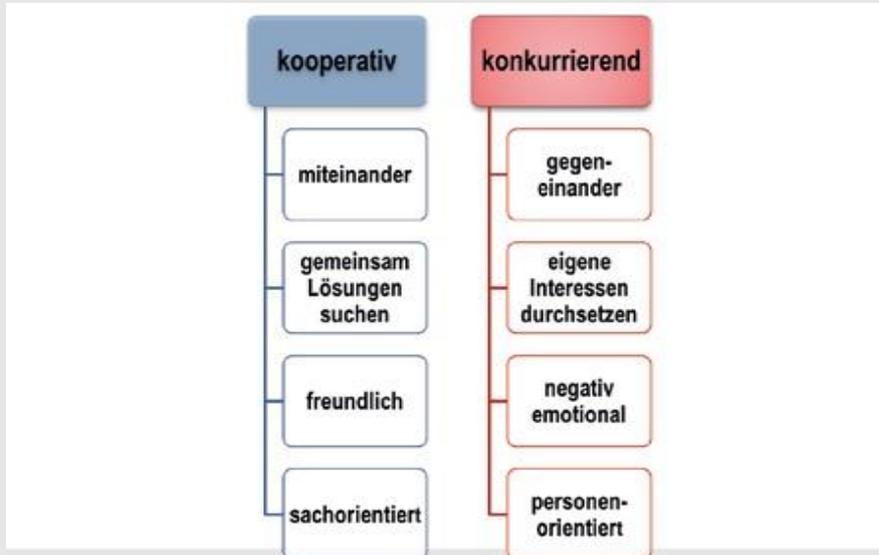
Hinweis: Auf das Beispiel kann beim Vier-Seiten-Modell Bezug genommen werden.

Bei der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen ist Kommunikation von zentraler Bedeutung: Wenn unterschiedliche Auffassungen, Blickwinkel, Erfahrungen, Ziele usw., die alleamt häufig auch noch emotional aufgeladen sind, aufeinandertreffen, ist es schwierig, die beste Lösung zum Wohle der oder des Betroffenen zu finden. Ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz bei allen Beteiligten, vor allem aber aufseiten der Verfahrenspflegerin oder des Verfahrenspflegers ist unabdingbar. Will sie oder er der Aufgabe als Fürsprecherin oder als Fürsprecher der betroffenen Person gerecht werden, so ist Kooperation erforderlich.

Methodischer Hinweis:

Abgrenzung der Kommunikationsstile

Folgendes Schaubild kann den Sachverhalt verdeutlichen:



Die neueren Forschungsergebnisse der positiven Psychologie (z. B. Seligmann 2012 und Cohn / Frederickson 2011) zeigen, dass dort, wo positive Gefühle das Erleben von Menschen bestimmen, Menschen „open minded“ sind: Sie entwickeln Resilienz und Optimismus, verfügen über eine größere Problemlösekompetenz, es gibt mehr Freundschaft und positive Beziehungen, das „Wir-gegen-die-anderen-Gefühl“ ist reduziert, sie sind kreativer und offener für Neues (Brom/Endres 2015, S. 23).

1.1 Kommunikation als Verstehensprozess

Das einfachste technisch orientierte Kommunikationsmodell beschreibt Kommunikation als Austausch einer Nachricht zwischen einem Sender und einem Empfänger. Dazu codiert der Sender einen Inhalt in einer Signalfolge und übermittelt diese. Der Empfänger empfängt die Signalfolge und decodiert sie. Die Inhalte des Senders sind beim Empfänger angekommen.

Methodischer Hinweis:

Beispiel: Der Notruf SOS (save our souls) wird in der Kommunikation durch Lichtsignale bzw. Tonfolgen (Morsen) übersetzt in: Dreimal kurz, dreimal lang, dreimal kurz.

SOS = ••• – – – •••

Bei einfachen Signalfolgen wie dieser gelingt es leicht, eine Nachricht passgenau zu übermitteln. In zwischenmenschlicher Kommunikation ist die Sachlage deutlich komplexer und damit auch anfälliger für Fehlinterpretationen. Beim Morsen gibt es nur zwei Zeichenqualitäten: kurz oder lang.

Die Signalqualitäten, derer sich gesprochene Sprache bedient, sind ungleich vielschichtiger. Es werden Signalketten übermittelt, die eine immense Anzahl an unterschiedlichen Informationen transportieren.

Man unterscheidet in gesprochener Kommunikation drei unterschiedliche „Kanäle“, auf denen Informationen übertragen werden:

- **verbale** Information (der sprachliche Anteil, den man niederschreiben kann: Wortwahl, Satzbau, Art der Formulierung usw.)
- **paraverbale** Information (die Art und Weise, wie es gesagt wird: Lautstärke, Geschwindigkeit, Betonung usw.)
- **nonverbale** Information (das, was man sehen kann von dem, was jemand sagt: Mimik, Gestik, Raumverhalten usw.)

Diese Vielfältigkeit eröffnet der Senderin oder dem Sender die Möglichkeit, hochkomplexe Nachrichten zu übermitteln, die unterschiedlichste Informationen beinhalten. Sie ist die Grundlage vielschichtiger zwischenmenschlicher Interaktion. Dies bedingt allerdings gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit des Missverstehens: Die Nachricht wird von der Empfängerin oder vom Empfänger anders verstanden, als sie von der Senderin oder vom Sender gemeint war.

Erschwerend kommt hinzu, dass Missverständnisse von den Beteiligten nicht als solche erkannt werden. Die Hörerin oder der Hörer hat, sobald sie oder er eine Äußerung hört, eine Deutung parat, ein Verständnis dieser Äußerung, von der sie oder er überzeugt ist, dass sie der Intention der Senderin oder des Senders entspricht. In den meisten Kommunikationssituationen ist diese Annahme auch angemessen und vereinfacht die Interaktion. Jedoch ist das gerade in inhaltlich und emotional schwierigen Gesprächen oft nicht zielführend. Die spontane Deutungsgewissheit blockiert die Einsicht, dass andere Deutungen möglich sind, die vielleicht der Absicht der Senderin oder des Senders näherkommen. Dabei wird das Ganze noch dadurch erschwert, dass paraverbale und nonverbale Signale deutlich mehr Einfluss haben auf die Wirkung, die die Kommunikationspartnerin oder der Kommunikationspartner mit ihrer oder seiner Äußerung auf die Senderin oder den Sender ausübt, als verbale Signale. Diese deutliche Betonung der sprecherischen und visuellen Anteile bei der Interpretation der Botschaft läuft jedoch oft vor- oder unbewusst ab.

Methodischer Hinweis:

1.1 Beispiel zur Verdeutlichung und zum Transfer auf das Schulungsthema:

Der gestresste Verfahrenspfleger Herr Erb begrüßt die Pflegedienstleitung Frau Bergem mit den freundlichen Worten: „Schön, dass Sie sich Zeit für ein Gespräch genommen haben.“

Dabei wirkt sich sein derzeitiger terminbedingter Stress für ihn unbewusst in seiner Sprechweise und Mimik aus.

1.2 Sammlung der Reaktionen: Einsatz von Moderationskarten, Flip-Chart

1.3 Auswertung: Frau Bergem wird eher eine sarkastische Botschaft heraushören als die beabsichtigte Freundliche. Damit ist Kommunikation mehr als die Analyse der Wortbotschaft.

Verstehensprozesse unterscheiden sich:

spontanes Verstehen	professionelles Verstehen
intuitives Erfassen der Bedeutung automatisierte Reaktion	erweitertes Erfassen der Bedeutungsmöglichkeiten bewusst gewählte Reaktion

In der Begrifflichkeit von Daniel Kahneman bedeutet dies den Wechsel des kognitiven Verarbeitungsmodus von System 1 zu System 2 (Kahneman 2011, S. 32ff), vom schnellen, assoziativen, unbewussten, vereinfachenden und mühelosen Denken hin zum langsamen, analytischen, bewussten, differenzierteren, aber auch anstrengenden Denken.

1.2 Vier Seiten einer Nachricht

Um das erweiterte Erfassen von Bedeutungsmöglichkeiten geht es auch in der Theorie der „vier Seiten einer Nachricht“ von Friedemann Schulz von Thun (Schulz von Thun 2014, S. 51, 25ff). Schulz von Thun postuliert, dass jegliche Äußerung explizite und implizite Botschaften beinhaltet und dass unterschieden werden kann nach Sach-Botschaft, Selbstkundgabe-Botschaft, Beziehungs-Botschaft und Appell-Botschaft (Schulz von Thun, Zach, Zoller 2012, S. 26). Wenn man oben genanntes Beispiel („Das Bettgitter bei meiner Mutter ist nicht hoch!“) analysiert, könnten die unterschiedlichen Botschaften dieser Äußerung lauten:

- Sach-Botschaft: „Das Bettgitter ist nicht in der oberen Stellung. Dort müsste es aber sein.“
- Selbstkundgabe-Botschaft: „Ich bin erbost darüber, dass das Gitter nicht dort ist, wo es hingehört. Ich befürchte, meine Mutter könnte aus dem Bett fallen und sich erheblich verletzen.“
- Beziehungs-Botschaft: „Sie machen Ihre Arbeit nicht sorgfältig!“ und „Ich habe das Recht, Sie zu kritisieren.“
- Appell-Botschaft: „Machen Sie schleunigst das Bettgitter hoch!“

Die meisten Botschaften, die eine Äußerung beinhalten, sind implizit übermittelt, also nicht in Worte gefasst, sondern über die Art der Formulierung, den Tonfall und die Körpersprache ausgedrückt. Äußerungen sind demgemäß komplexe Gebilde, die oft ein Füllhorn von Botschaften enthalten. Und genau dieser Umstand macht die (Kommunikations-) Sache schwierig.

Beim erweiterten Erfassen von Botschaften versucht die Hörerin oder der Hörer sich die unterschiedlichen Botschaften, die neben der spontan erfassten existieren, bewusst zu machen. Schulz von Thun sagt dazu „mit vier Ohren hören“ (Schulz von Thun 2011, S. 48). Leitfragen können dabei lauten:

- Sach-Botschaft: Wie sieht mein Gegenüber den Sachverhalt?
- Selbstaussage-Botschaft: Was ist das für eine oder einer? Was ist mit ihr oder ihm?
- Beziehungs-Botschaft: Wie sieht sie oder er mich? Wie sieht sie oder er unsere Beziehung?
- Appell-Botschaft: Was soll ich ihrer oder seiner Meinung nach tun, meinen, fühlen?

Nachdem die Vielfalt der Botschaften aufgeblättert ist, kann die Hörerin oder der Hörer abwägen, auf welche sie bzw. er eingehen möchte, und überlegen, was in dieser Situation eine hilfreiche, weil kooperative Reaktion sein könnte.

1.3 Kommunikationsstrategien

1.3.1 Kooperatives Sprechen

Bei der Auswahl einer erfolgsversprechenden Kommunikationsstrategie helfen die Erkenntnisse der modernen Sozialpsychologie. Sie postuliert zwei Prämissen, die hierbei von Relevanz sind (Aronso, Wilson, Akert 2004, S. 23):

- das Bedürfnis, ein positives Selbstbild zu bewahren, und
- das Bedürfnis nach gewisser Kontrolle seiner Umwelt.

Wird eines der Bedürfnisse oder gar beide in einer Kommunikationssituation frustriert, löst das Stress aus, der wiederum Stressreaktionen im Sinne von Kämpfen oder Fliehen zur Folge haben kann. Eine konkurrierende Kommunikation mit all ihren negativen Konsequenzen für eine sachgerechte Problemlösung wird wahrscheinlich. Daraus lässt sich ableiten, dass ressourcenorientierte Kommunikation nur möglich ist, wenn die Kommunizierenden einander wertschätzen und sich gegenseitig Einflussmöglichkeiten eröffnen. Konkret bedeutet dies:

Die Kommunikationspartnerin oder der Kommunikationspartner muss sich willkommen fühlen und eine Wertschätzung der eigenen Person, der Bedürfnisse, Interessen, Intentionen und Kompetenzen erleben. Es sollte für sie oder ihn die Möglichkeit bestehen, Einfluss auf die Vorgehensweise, auf Entscheidungen und Lösungen nehmen zu können, zumindest in dem Maß, dass sie oder er den Eindruck hat, die eigenen Ansichten werden gehört, es wird darauf reagiert, sie gehen in die Überlegungen ein und finden Berücksichtigung.

Sind diese grundlegenden Bedürfnisse befriedigt, besteht die Chance auf sachorientierte Problemlösung, die nicht durch Übertragung von Störungen der Beziehungsebene auf die Sachebene negativ beeinflusst wird. Es gilt der alte Kommunikationsgrundsatz: Beziehungsarbeit geht vor Inhaltsarbeit.

1.3.2 Einfaches Sprechen

Bisher wurde ressourcenorientierte Kommunikation unter dem Blickwinkel einer Verständigung auf gemeinsam auszuhandelnde Vorgehensweisen oder Problemlösungen betrachtet. Dabei stand die Beziehungsebene im Vordergrund. Es wurde versucht, einerseits über professionelles Verstehen der vielfältigen Botschaften einer Äußerung und andererseits durch Reaktionen, die die sozialpsychologischen Bedürfnisse der Adressaten beachten, diesem kooperativen Ziel näher zu kommen. Auf eine andere Verstehensproblematik soll im Folgenden eingegangen werden.

Die diesbezügliche Frage lautet:

- Wie kann man einen komplexen, für das Gegenüber unbekanntem Sachverhalt verständlich darstellen?
- Was macht Verständlichkeit aus?
- Was gilt es zu beachten?
- Wie erklärt man Pflegekräften die Aufgaben der Verfahrenspflegerin bzw. des Verfahrenspflegers oder auch Angehörigen die Funktion eines Niederflurbetts? Wie kann man Laien schwierige medizinische Diagnosen und juristische Sachverhalte vermitteln?

Verbale Aussagen sind nur vor dem Hintergrund eines komplexen Sinnzusammenhangs eindeutig. Nur wenn man weiß, welche Schwester Erika gemeint ist, um welche Arbeit es geht und wann der nächste Mittagsdienst beginnt, kann man mit der Aussage „Schwester Erika arbeitet erst beim nächsten Mittagsdienst wieder“ etwas anfangen. Die Sprecherin oder der Sprecher

hat die Bezugspunkte, die die Aussage erst eindeutig machen, in ihrem oder seinem Bewusstsein. Sie sind das Ergebnis von Erfahrungen, Wissen und Lebensgeschichte. Ob sich diese Bezugspunkte mit denen der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners decken, ist fraglich. Je unterschiedlicher die Erfahrungswelten von Menschen sind, umso schwieriger wird gegenseitiges Verstehen.

Wissenschaftler der Universität Hamburg (Langer, Schulz von Thun, Tausch 2011) haben aus ihren Untersuchungen zur Verständlichkeit von Texten vier Faktoren guter Verständlichkeit entwickelt: Einfachheit, Gliederung/Ordnung, Kürze/Prägnanz, zusätzliche Stimulanz (später „Verlebendigung“ benannt). Diese Faktoren müssen jedoch auf der Basis von „kognitiver Empathie“ angewandt werden. Schulz von Thun versteht darunter, dass man sich vorstellen kann, was im Kopf der anderen Person vor sich geht, auf welchem Vorwissen, welchen mentalen Bezugspunkten (siehe oben) die Erläuterung aufbauen muss (Schulz von Thun 2014, S. 44). Das bedeutet, dass Erklärungen immer auf die konkrete Adressatin oder den konkreten Adressaten ausgerichtet sein müssen, universelle Verständlichkeit gibt es nicht.

Was versteht man unter den vier Faktoren?

Einfachheit meint eine Wortwahl, die dem Wortschatz der Adressaten entnommen ist, sowie einfach strukturierte und kurze Sätze.

Gliederung/Ordnung fordert einen erkennbaren logischen Aufbau, eine innere Folgerichtigkeit und einen nachvollziehbaren roten Faden.

Kürze/Prägnanz ist der Ausgleich zwischen Weitschweifigkeit und allzu strikter Konzentration auf reine Fakten.

Zusätzliche Stimulanz (Verlebendigung) will mittels kreativer, witziger Formulierungen, lebensnaher Beispiele und Geschichten sowie interessanter Metaphern das Verständnis erleichtern („Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte“) und zum Zuhören motivieren.

Soll etwas schwer Verständliches erklärt werden, ist vorab zu überlegen, wie der Inhalt erklärt werden kann. Dabei geht es nicht darum, etwas auswendig zu lernen, sondern die Prinzipien verständlichen Sprechens zu beherrsigen. Hat man die Prinzipien verinnerlicht, lassen sie sich auch in Spontansprachen realisieren. Auch bei kognitiv eingeschränkten Menschen ist der Einsatz der vier Verständlichkeitsfaktoren hilfreich. Mittels kognitiver Empathie lässt sich der Bezugspunkt für Erklärungen finden und der Ausprägungsgrad der vier Faktoren bestimmen. Nicht immer kann alles vermittelt werden, aber Reduzierung von Komplexität und Schwieriges einfach ausgedrückt eröffnet Verständigungschancen.

1.3.3 Konstruktives Feedback

Dort, wo unterschiedliche Menschen mit unterschiedlichen Interessen in einer komplexen Situation interagieren, sind Konflikte durch unterschiedliche Verhaltensziele und -strategien vorprogrammiert, unausweichlich und letztendlich auch hilfreich. Darum ist es von essenzieller Bedeutung, über Strategien zu verfügen, die es erlauben, das konstruktive Potenzial, das in der Unterschiedlichkeit liegt, fruchtbar werden zu lassen. Marshal D. Rosenberg hat mit der Theorie der gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg 2012, S. 22ff) hierzu eine viel beachtete Hilfestellung gegeben, deren Grundzüge heute zum Allgemeingut der Kommunikationspädagogik gehören. Anstatt Frustration und Ärger über das Verhalten einer anderen Person in einer verletzenden oder herabsetzenden Du-Botschaft auszudrücken und damit den anderen zum Gegenangriff oder zur Flucht zu drängen, sollte das eigene Erleben im Vordergrund des Feedbacks stehen. Rosenberg schlägt folgende Form dafür vor (Rosenberg 2012, S. 25):

Beobachtung

Das Verhalten der anderen Person, das man thematisieren möchte, kann ohne Beurteilung oder Bewertung beschrieben werden. „Sie haben Ihre Stellungnahme abgeschickt, ohne vorher meine Erfahrungen mit der Patientin zu hören.“ statt „Sie haben mich einfach übergangen.“

Gefühl

Benennen, welches Gefühl dieses Verhalten ausgelöst hat, ohne den anderen zu verletzen. „Ich war darüber verärgert und enttäuscht.“ statt „Ich fühlte mich übergangen.“

Bedürfnis

Sagen, welches Bedürfnis hinter dem Gefühl steht. „Ich erlebe die Patientin Tag für Tag und deswegen ist es mir wichtig, dass meine Wahrnehmung in Ihre Stellungnahme einfließt.“

Bitte

Eine konkrete Bitte formulieren, z. B. wie die andere Person dazu beitragen kann, das oben geäußerte Bedürfnis zu befriedigen. „Bitte lassen Sie uns gemeinsam überlegen, wann ich Ihnen meine Eindrücke schildern kann.“

Diese Form, Kritisches konstruktiv zum Thema der Zusammenarbeit zu machen, würde Schulz von Thun als explizite Selbstkundgabe bezeichnen. Eine Selbstaussage, die hilft, Missverständnisse zu vermeiden, da sie explizit und lösungsorientiert ist und weil sie konstruktive Auseinandersetzung fördert. Erwähnt werden sollte, dass es hier nicht um Authentizität ihrer selbst willen geht, bei der immer alles möglichst unverfälscht rausgelassen wird, wie das teilweise von der humanistischen Psychologie der Sechziger- und Siebzigerjahre proklamiert wurde (Pörksen, Schulz von Thun 2014, S. 79). Es geht vielmehr um selektive Authentizität im Sinne der Maxime von Ruth Cohn (Cohn 2013): „Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein.“

1.3.4 Brücken bauen

Um kooperative Kommunikation zu initiieren und konkurrierende Kommunikation zu vermeiden, hilft es im Konfliktfall, dem Gegenüber Brücken zu bauen, anstatt Trennendes zu betonen. Die wirkungsvollste Strategie auf der Beziehungsebene ist das oben dargestellte konstruktive Feedback. Es kann ergänzt werden, durch dass man:

- Gefühle des Anderen erfragt (z. B. „Ich würde gerne wissen, mir wäre es wichtig zu erfahren, welche Sorgen, Gefühle ... diese Situation bei Ihnen auslöst.“),
- Positive statt negative Motive unterstellt (z. B. „Ich kann gut nachvollziehen, dass Ihnen der unfallfreie Ablauf auf Station besonders wichtig ist. Wenn Sie aber auf der anderen Seite bedenken, dass ...“),
- seine Gesprächsintentionen benennt (z. B. „Es geht mir darum, dass wir auch in Zukunft weiter gut zusammenarbeiten.“),
- sagt, was man vermeiden möchte (z. B. „Ich möchte wirklich nicht, dass bei Ihnen der Eindruck entsteht, ich möchte Ihnen in der Sache Vorhaltungen machen ...“).

1.3.5 Sachgerecht verhandeln

Neben der „Beziehungspflege“ sind kooperative Strategien in der Sachauseinandersetzung hilfreich. Zunächst müssen alle in der Situation relevanten Interessen erhoben werden, bevor man sich Erfolg versprechend auf die Lösungssuche machen kann:

Positionsforderung vs. Interesse

Grundlegend ist, zwischen Positionsforderungen und dem dahinterliegenden Interesse zu unterscheiden. Eine Positionsforderung ist die Konkretisierung eines Interesses. Die Angehörige

besteht darauf, dass das Bettgitter oben ist. Diese Position ist jedoch nur eine mögliche Form, wie das ihr zugrundeliegende Interesse, nämlich der Wunsch, dass sich die Mutter nicht bei einem Sturz ernsthaft verletzt, gewahrt werden kann. Der Weg zu einer einvernehmlichen, sachgerechten Problemlösung geht zunächst weg von dem Beharren auf der Position hin zur Konzentration auf Interessen (Fisher, Ury 2013, S. 76ff).

Eigene Interessen darstellen

Konkurrierende Strategien verschleiern die eigenen Interessen. Bei solchen, die auf Kooperation abzielen, ist es sinnvoll, sie dem Gegenüber deutlich zu machen und ihre Legitimität anschaulich und nachvollziehbar zu belegen. „Mir liegt es sehr am Herzen, dass wir den Willen der Patientin nicht ohne Not ignorieren, auch wenn sie kognitiv eingeschränkt ist. Wir würden ihr damit psychische Gewalt antun. Sie artikuliert ihren Willen zwar nicht verbal, zeigt ihn aber in ihrem Verhalten ganz deutlich und das müssen wir ernst nehmen.“ Dabei sollte man jedoch darauf achten, nicht den Eindruck zu erwecken, dass die Bedürfnisse der anderen als unwichtig oder illegitim eingeschätzt werden. Zielführend sind dabei Eingangsformulierungen wie „Darf ich Ihnen einmal darstellen, was mir wichtig ist?“.

Interessen der anderen erfragen

Um die Gesamtdimension des Problems zu ergründen, müssen alle relevanten Interessen aller Beteiligten bekannt sein. Werden Interessen einzelner nicht berücksichtigt, sind Lösungen, sofern sie überhaupt gefunden werden, meist nicht sehr erfolgreich bzw. bewähren sich in der Praxis nicht. Demgemäß müssen, nachdem die eigenen Interessen dargestellt wurden, die der anderen ergründet werden. Mit Formulierungen wie „Was ist Ihnen denn in ihrer Funktion als Pflegekraft im Umgang mit der Patientin wichtig?“ lädt man die anderen auf der Sachebene ein, ihre Interessen zu artikulieren, und zeigt ihnen auf der Beziehungsebene, dass man sie als gleichberechtigte Partner achtet.

Suche nach Lösungen im allseitigen Interesse

Wenn alle relevanten Interessen in einer Problemsituation auf dem Tisch liegen, kann die Suche nach konkreten Lösungsmöglichkeiten beginnen. Dabei sind Kreativität und Sachverstand gefordert. Ungewöhnliche Lösungen werden schnell als unrealistisch und nicht umsetzbar verworfen und damit die darin liegenden Chancen verschenkt. Hier heißt es, offen zu sein für neue Wege. Dies gelingt jedoch nur, wenn alle Beteiligten „open minded“ sind und ressourcenorientiert kommunizieren mit all den Implikationen, wie sie oben beschrieben sind.

1.3.6 Konflikte zwischen Beteiligten moderieren

Dass es in dem Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen leicht zu Konflikten zwischen den Beteiligten kommen kann, liegt auf der Hand, wenn man die teilweise sehr hohe emotionale Betroffenheit einerseits und die reglementierenden situativen Rahmenbedingungen andererseits bedenkt. Konflikte und die damit verbundenen Interaktionen führen meist zu unbefriedigenden Lösungen der zugrundeliegenden Probleme. Schon alleine aus diesem Grund ist es wichtig, Konflikte offensiv anzugehen. Hilfreich wäre es, wenn alle Beteiligten eine Kultur der frühzeitigen Ansprache von Unzufriedenheit und Verärgerungen praktizieren würden. Es gilt die altbekannte Erkenntnis: Je länger ein Konflikt andauert, umso schwieriger wird es, ihn beizulegen.

Wenn im Folgenden statt „Mediation“ der Terminus „Konfliktvermittlung“ verwendet wird, so trägt dies dem Umstand Rechnung, dass Mediation, gleich welcher Ausrichtung sie auch sei, eine Konzeption und eine strukturierte Vorgehensweise impliziert, die einhergeht mit Ausbildung oder zumindest intensiver Schulung von Mediatorinnen und Mediatoren. Diese Voraussetzung erfüllen die Beteiligten an einem Verfahren zur Verhinderung einer freiheitsentziehenden Maßnahme im Regelfall nicht. Dennoch können diejenigen, die in einen Konflikt nicht direkt involviert sind, zur Lösung von Konflikten beitragen, auch ohne dass eine klassische Mediation

durchgeführt wird. Dabei ist es hilfreich, einige Erfahrungen aus der Konfliktvermittlung zu beachten.

Grundsätzlich gilt: Wer vermitteln will, muss die Akzeptanz aller Konfliktparteien haben. Wird man einer Partei zugerechnet, werden die Vermittlungsbemühungen höchstwahrscheinlich scheitern.

Es ist nicht sinnvoll, die Parteien frühzeitig zusammenzubringen. Zunächst sollte die vermittelnde Person mit Betroffenen bzw. Gruppen von Betroffenen einzeln sprechen. Es ist leichter, die Konfliktdynamik zu verstehen, wenn man die Sichtweise, Gefühle und Interessen der Einzelnen ungefiltert kennenlernt.

In einem zweiten Schritt gilt es, immer noch in Anwesenheit der gegnerischen Partei, erste Vermittlungsversuche zu unternehmen, indem die vermittelnde Person versucht, den Parteien einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen. Dazu formuliert sie die Position der Gegenpartei kommunikativer, als diese das selbst könnte. Indem auf Anschuldigungen, ultimative Forderungen usw. verzichtet wird und die zugrundeliegenden Interessen der anderen nachvollziehbar dargestellt werden, wird für die Akzeptanz deren Sichtweise geworben. So kann es gelingen, die Betroffenen in einen ressourcenreichen Status zu versetzen, der ein Aufeinander zugehen ermöglicht.

Erst nachdem eine grundsätzliche Bereitschaft zur Kooperation der Beteiligten vorhanden ist, ist es sinnvoll, sie zu einem gemeinsamen Gespräch zusammenzubringen. Dabei sollte das Gespräch anstatt rückblickend lösungs- und damit zukunftsorientiert geführt werden. Die Frage nach Schuld führt schnell zu einem Wiederaufflammen des Konfliktes anstatt zu Kooperation. Zumeist hilft es weiter, die Beziehungsproblematik in den Vorgesprächen zu bearbeiten, um sich in den gemeinsamen Gesprächen auf die Lösung des Sachproblems konzentrieren zu können. In dieser Vorgehensweise liegt auch der gravierende Unterschied zur klassischen Mediation. Wenn es zu einer Einigung gekommen ist, sollte man auf praxistaugliche Absprachen achten. Je genauer und detaillierter vereinbart wird, umso geringer ist das Risiko, dass Missverständnisse auftreten oder bei der Realisierung etwas nicht so läuft, wie einzelne es erwarten, und der Konflikt erneut aufflammt.

Grundsätzlich erschweren Konflikte konstruktive Lösungen und lassen das Miteinander zur Belastung werden. Schon aus diesem Grund ist es sinnvoll und wichtig, Kommunikation ressourcenorientiert zu gestalten. Wenn es gelingt, nicht spontan zu reagieren, sondern aus der eigenen emotionalen Befindlichkeit „herauszutreten“, die Perspektive der anderen Person einzubeziehen und in Ruhe eine sinnvolle Reaktion unter Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse der Beteiligten auszuwählen, ist der Weg zu einem Miteinander zum Wohle der betroffenen Person frei.

2. Weiterführende Informationen und Literatur

Aronson E, Wilson T, Akert R: Sozialpsychologie. München: Pearson Education 4. Auflage 2004

Brohm M, Endres W: Positive Psychologie in der Schule. Weinheim, Basel: Beltz Verlag 2015

Cohn M, Fredrickson B: Positive Emotions. In: Snyder, C. R. /Lopez, S. J. (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press, 2011, S. 13-24.

Cohn R: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett-Cotta 15. Auflage 2013

Fisher R, Ury W: Das Harvard-Konzept: Der Klassiker der Verhandlungstechnik. Frankfurt/Main: Campus Verlag 24. Auflage 2013

Kahneman D: Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler Verlag 2011

Langer I, Schulz von Thun F, Tausch R: Sich verständlich ausdrücken. München: Ernst Reinhard Verlag 10. Auflage 2015

Pörksen B, Schulz von Thun F: Kommunikation als Lebenskunst Philosophie und Praxis des Miteinander-Redens. Heidelberg: Carl Auer Verlag 2014

Rosenberg M: Gewaltfreie Kommunikation Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann Verlag 12. Auflage 2012

Schulz von Thun F: Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Verlag 51. Auflage 2014

Seligman M: Flourish - Wie Menschen aufblühen: Die Positive Psychologie des gelingenden Lebens. München: Kösel-Verlag 2. Auflage 2012

Modul 6: Hessischer Konsulentendienst

Lernziel:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen den Hessischen Konsulentendienst zur Beratung bei herausforderndem Verhalten und prüfen die Möglichkeiten der Einbeziehung zur Konfliktlösung in ihren Berufsalltag.

Lerninhalte:

- Konzept und Arbeitsweise der Konsulenten in Hessen
- Konfliktlösung durch Perspektivwechsel und Interaktion der Beteiligten

1. Grundlagen der Konsulentenarbeit

Der Hessische Konsulentendienst berät Einrichtungen der Behindertenhilfe und Eltern bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. Die Beratung geschieht immer durch zwei Beraterinnen bzw. Berater, die nach personenzentrierten Grundsätzen arbeiten, verbunden mit der inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten

Die Konsulentenarbeit wurde im Jahr 2011 als **personenzentrierte Kurzzeitberatung mit inklusiver Perspektive** konzipiert, bei der zwei Beraterinnen das Betreuungsteam und die Leitung (oder die Eltern) aus der Perspektive des behinderten Klienten beraten. Anders als andere Ausprägungen der Konsulententätigkeit lernen die Konsulenten den Menschen mit Behinderung zwar kennen, arbeiten aber nicht mit ihm beraterisch oder heilpädagogisch.

Methodischer Hinweis:

1.1 Sammlung zu herausforderndem Verhalten: freies Zurufen, Sammeln auf Karten am Metaplan und Möglichkeit zum Clustern.

1.2 Vorstellen der Themen aus der Konsultationspraxis:

- Gewalt gegen Menschen und Sachen
- Autoaggression
- dissoziales Verhalten wie Diebstähle, Durchwühlen fremder Zimmer □ öffentlich praktizierte Sexualität
- Rumschreien
- Beleidigungen
- aber auch die Begehung von Straftaten
- große Unruhe
- Bekoten
- Impulsdurchbrüche

Als **herausforderndes Verhalten** wird das Verhalten eines Menschen mit Behinderung bezeichnet, das auf ihn selbst, auf rechtliche Betreuerinnen und Betreuer und Mitmenschen (Bewohnerinnen und Bewohner, Familienangehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mittelbar oder unmittelbar starken negativen Einfluss nimmt. Dabei ist der negative Einfluss dieses Verhaltens so stark, dass die Betroffenen in ihrer Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt sind und

auf das Verhalten sich durch pädagogische Interventionen und direkte Anweisungen kein Einfluss nehmen lässt.

Im Falle des Hessischen Konsulentendienstes sind die Ratsuchenden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines den behinderten Menschen betreuenden Teams samt Leitung oder die Eltern. Das Ziel der Beratung ist ein umfassenderes Verstehen des Menschen mit Behinderung und das Erlangen neuer Handlungsmöglichkeiten auf Seiten der Mitarbeitenden und der Leitung. Der Konsulentendienst verbindet die personenzentrierte Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der inklusiven Perspektive auf den Menschen mit Behinderung – wie die beiden Brennpunkte einer Ellipse.

Die Beratung orientiert sich in ihren Grundlagen am personenzentrierten Ansatz (PZA) nach Carl Rogers. Dazu gehören:

- die drei „Kernbedingungen“ auf Seiten der Beratung (Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz), um die Beratungsbeziehung zu gestalten,
- die weiteren von Carl Rogers formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für Persönlichkeitsentwicklung mit Hilfe einer Beratungsbeziehung: Psychologischer Kontakt zwischen Klientin und Klient sowie Beraterin und Berater. Die Klientin bzw. der Klient ist in einem Zustand der Inkongruenz, die Kommunikation von Empathie und bedingungsloser Wertschätzung wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht,
- das Axiom der Aktualisierungstendenz als einer jedem lebendigen Organismus inwohnenden Kraft für Wachstum und Erhaltung, einschließlich der Einsicht, dass für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen zwar die Beratenden hilfreiche Rahmenbedingungen anbieten, aber die Aktualisierungstendenz des Klientels die Veränderung bewirkt,
- das personenzentrierte Menschenbild, das einen Menschen als Person sieht, als Lebewesen, das gleichermaßen in sich selbst und für sich selbst steht wie es auf Beziehung angewiesen und davon abhängig ist,
- „the need for positive regard“ als anthropologische Grundeinsicht in die Bedürfnisstruktur des Menschen.

Der Konsulentendienst macht den Inklusionsgedanken zum Ausgangspunkt seiner Beratungsarbeit. Der Begriff der sozialen Inklusion beschreibt die bewertungsfreie Wahrnehmung von Unterschiedlichkeit und Vielfalt von Menschen mit und ohne Behinderung. An die Stelle der bisher vorherrschenden Bewertung von „Normalität“, die faktisch alle „ab-normal“ scheinenden Menschen ausschließt, sollen verschiedene Lebensformen und Verhaltensweisen gleichberechtigt nebeneinander treten, ohne dass diese als etwas „Besonderes“ angesehen würden. Die inklusive Perspektive, d. h. die Perspektivübernahme gegenüber dem Menschen mit Behinderung verbunden mit der Bereitschaft, die konkreten Lebensverhältnisse zu seinen Gunsten zu verändern, ist neben dem personenzentrierten Ansatz der zweite Brennpunkt, wie in einer Ellipse, auf den die Beratung fokussiert. Die Erarbeitung von Verstehenshypothesen für das herausfordernde Verhalten gemeinsam mit Betreuungsteam und Leitung und die Ableitung von Handlungsempfehlungen bilden das Ziel der Beratungsarbeit. Team und Leitung haben die Aufgabe, die Handlungsempfehlungen umzusetzen.

1.1 Ablauf

1.1.1 Die Konsultationsanfrage

Methodischer Hinweis:

Darstellung der Aktivierungsmöglichkeiten des Konsulentendienstes: Flip-Chart

- Anmeldeformular
- Rückmeldung zu organisatorischen Fragen
- Teilnehmerinnen und Teilnehmer: entscheidungsberechtigte Leitung und möglichst alle die Klientin oder den Klienten betreuende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

1.1.2 Innere Justierung und Selbstaufmerksamkeit der Konsulenten vor der Konsultation

Methodischer Hinweis:

Darstellung der Vorbereitung der Konsulenten auf der Fahrt zur Konsultation: Szenische Darstellung

- Persönliche Gestimmtheit, persönliche Verfassung
- vertrautes persönliches Verhältnis unter den Konsulenten

Solch ein persönlicher Austausch ist die Voraussetzung dafür, um selbst in eine Gestimmtheit offener, warmer, verstehender Zuwendung zu kommen – die nötige Basis, um ein Team personenzentriert beraten zu können.

1.1.3 Wahrnehmung im Raum

Mit solch warmer, verstehender Zuwendung kann man die Haltung beschreiben, mit der die Konsulenten den Raum betreten, in dem die Konsultation stattfinden soll. Zu dieser Wahrnehmung gehört die Aufmerksamkeit dafür, ob der Raum vorbereitet d. h. ausreichend bestuhlt, gelüftet und geheizt wurde, ob Getränke vorhanden sind, ob alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konsultation pünktlich sind, wie sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer begrüßen etc. Dies gibt einen ersten Eindruck vom Umgang untereinander, der in der Einrichtung herrscht. Oft sagt dies auch etwas darüber aus, wie gut die Organisation in einer Einrichtung funktioniert, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Grundbedürfnissen gesehen werden und ob sich Team und Leitung auf die Konsultation vorbereitet haben.

1.1.4 Eröffnung

Methodischer Hinweis:

Begrüßung zu Beginn der Konsultation: Szenische Darstellung

- Informationen zum Ablauf
- Vorstellung der Konsulenten
- Darstellung des Beratungskonzepts

Zu Beginn bietet es sich an, um eine Namensrunde zu bitten – oft bereits ergänzt durch eine Charakterisierung der Schwierigkeiten, die die Betreuung des Klienten bereitet. Dabei ist be-

sonders interessant, wie kompetent die einzelnen Teammitglieder in der Beschreibung der Klientin oder des Klienten und wie offen sie für die Schilderung eigener schwieriger Gefühle wie z. B. Ohnmacht, Hilflosigkeit, Zorn oder Angst sind.

1.1.5 Arbeitsphase 1: Fokussierung auf Team und Leitung

In der ersten Arbeitsphase geht es darum zu explorieren, in welcher emotionalen Verfassung sich die einzelnen Mitarbeiterinnen befinden. Oft differiert dies erheblich, was an der Persönlichkeitsstruktur, der Nähe oder Ferne zum Klienten, aber auch an verdeckten Gründen liegen kann. Unausgesprochene Leitfragen sind: Gibt es die nötige Kraft und Bereitschaft, mit dem Klienten weiter zu arbeiten? Gibt es Konflikte im Team oder zwischen Team und Leitung, die die Betreuung behindern? Wie schätzt das Team die Betreuungssituation ein? Welche Deutungsangebote für das Verhalten des Klienten werden gemacht?

Die Konsulenten versuchen in dieser Phase, die Teilnehmenden der Konsultation möglichst genau zu verstehen und das Verstandene zu kommunizieren. Es soll ein Resonanzraum entstehen, der alle Beteiligten spüren lässt, dass es um eine ernst gemeinte Unterstützung durch die Konsulenten in einer schwierigen Betreuungssituation handelt. Alle Teilnehmerinnen sollen erleben, dass sie mit ihrem Anliegen und ihrer Befindlichkeit Gehör finden. Auch unterschiedliche Einschätzungen und Erfahrungen mit dem Klienten sollen gewürdigt werden und gleichberechtigt nebeneinanderstehen.

1.1.6 Arbeitsphase 2: Die Inklusive Perspektive auf den Klienten

Meist haben sich die Teilnehmenden der Konsultation schon selber viele Gedanken über den Menschen mit Behinderung gemacht. Die Betreuungssituation war Gegenstand von Teamsitzungen und Supervisionen, Arztgesprächen oder Gegenstand der Beratung durch den einrichtungsinternen Fachdienst. Alle diese Unterstützungsmaßnahmen haben aber nicht zu einer nachhaltigen Veränderung der Situation geführt – sonst wäre der Konsulentendienst nicht eingeladen worden. In dieser Arbeitsphase arbeiten die Konsulenten mit dem „4 Schritte – 4 Folien – Modell“. Sie fragen bedeutsame Informationen zur Biografie des Klienten ab, zur Gestalt der beteiligten Systeme, z. B. Wohnstätte, Werkstatt und Familie, und zur Struktur der Systeme, und versuchen die Lebenssituation des Menschen mit Behinderung daraufhin zu überprüfen, ob sie in der Lage ist, seine Grundbedürfnisse abzudecken. Beim Zuhören entstehen erste Verstehenshypothesen zum herausfordernden Verhalten des Klienten. Schließlich bieten die Konsulenten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an, ihre externe Sicht auf den Klienten zu schildern mit der Bitte, dies an den eigenen Verstehensansätzen zu überprüfen.

Der Blick auf die Geschichte des Klienten ist stark von den Einsichten der Entwicklungspsychologie geprägt, wie sie z. B. Barbara Senkel in ihren Büchern zur „Entwicklungsfreundlichen Beziehung“® (EfB) formuliert hat. Insbesondere der Differenz zwischen dem Lebensalter des Klienten und seiner emotionalen Entwicklung widmen wir viel Aufmerksamkeit. Für diesen Aspekt ist auch die "Schaal voor Emotionele Ontwikkeling" (SEO) des niederländischen Facharztes für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, Anton Došen, ein hilfreiches Instrumentarium. Die Konsulenten versuchen, in Alltagssprache Verstehenshypothesen für das Verhalten des Klienten zu formulieren.

1.1.7 Lösungsphantasien entwickeln

Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern entwickeln die Konsulenten Lösungsphantasien dafür, was der Klientin oder dem Klienten in ihrer bzw. seiner Situation helfen

könnte. Die Lösungsphantasien sind eine Vorstufe der Handlungsempfehlungen. Sie sind noch nicht an den Veränderungsmöglichkeiten der Einrichtung orientiert, sondern an dem, was der Konsulentendienst und das Team als veränderungswirksam mit Blick auf die Klientin oder den Klienten phantasieren. Hier gibt es keine Grenzen, die in der Realität durch Finanzen, Personal, Organisationskultur, Veränderungsbereitschaft der Angehörigen etc. gesetzt werden.

1.1.8 Handlungsempfehlungen formulieren

Gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und den Mitarbeitern und der Leitung versuchen die Konsulenten aus den Lösungsphantasien konkrete Handlungsempfehlungen zu generieren, die auf ihre Tauglichkeit und Umsetzbarkeit überprüft werden. Es macht keinen Sinn, Empfehlungen zu verschriftlichen, die von vorneherein zum Scheitern verurteilt sind, weil sie keine Chance auf Umsetzung haben. Diese Handlungsempfehlungen werden von den Konsulenten später schriftlich ausformuliert und der Leitung zugesandt.

1.1.9 Resümee

Eine Feedbackrunde, bei der jede teilnehmende Person eine Rückmeldung zu ihrer Befindlichkeit am Ende des Beratungsprozesses (Kopf – Herz – Bauch) gibt, beschließt die Konsultation. Schließlich würdigen die Konsulenten das Erarbeitete und geben dem Team eine ehrliche, wertschätzende Rückmeldung zur gemeinsamen Arbeit. Außerdem werden weitere Verabredungen getroffen (z. B. für eine weitere Konsultation) oder Unterstützung angeboten.

1.1.10 Der Besuch bei der Klientin oder dem Klienten

Nach Abschluss der ersten Konsultation mit dem Team treffen die Konsulenten die Klientin oder den Klienten zu einem Sechs-Augen-Kontakt. Wenn ein verbaler Austausch möglich ist, findet eine Vorstellungsrunde statt, die Konsulenten erklären, weshalb sie gekommen sind („Ihre Betreuer machen sich Sorgen um Sie“), und fragen die Klientin oder den Klienten nach ihrem oder seinem Befinden und den Veränderungswünschen. Oftmals ergibt sich schon nach kurzer Zeit ein intensiver Kontakt. Einige Klienten haben uns gebeten, sie beim nächsten Mal wieder zu besuchen (was wir gerne getan haben). Einige Male waren Klienten zum Zeitpunkt der Konsultation im psychiatrischen Krankenhaus. Wir haben die Klienten dann dort aufgesucht.

1.1.11 Nachgespräche bei der Autofahrt

Bei der sich an die Konsultation anschließenden Autofahrt tauschen wir unsere Eindrücke aus. Vorbewusste Empfindungen werden über die Bewusstseinschwelle gehoben, lautes Aussprechen latenter Wahrnehmungen hilft beim Abgleich der Eindrücke. Wir sind immer wieder erstaunt darüber, wie wichtig und hilfreich dieser unmittelbare Austausch ist. Hier werden auch Körperempfindungen, die vorher nicht über die Bewusstseinschwelle getreten sind, wahrgenommen und ausgesprochen. Wir reflektieren den Beratungsprozess auf einer vorkognitiven, somatischen Ebene.

1.2 Die Inklusive Perspektive: Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell

Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell ist ein analytisches Hilfsmittel, das erarbeitet wurde, um die Hintergründe des herausfordernden Verhaltens eines behinderten Menschen zu verstehen und

die inklusive Perspektive methodisch handhabbar zu machen. Der Hessische Konsulentendienst nutzt dieses Modell in Arbeitsphase 2, um die inklusive Perspektive auf den Klienten zu entwickeln.

Die vier Schritte

1. Im ersten Schritt der Analyse steht die Perspektive des behinderten Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte im Zentrum, und es wird versucht, aus dieser Sicht heraus sein Verhalten zu verstehen (Bilden von Verstehenshypothesen mit Hilfe von Folie 1).
2. Im zweiten Schritt wird die Verhaltensweisen der Menschen betrachtet, die mit dem Menschen mit Behinderung umgehen, sowie die Funktionsweise der betroffenen Systeme und Strukturen (Erarbeitung des Istzustandes mit Hilfe der Folien 2 -4).
3. Im dritten Schritt werden die den behinderten Menschen umgebenden Mitmenschen, Systeme und Strukturen daraufhin beleuchtet, inwiefern sie die Grundbedürfnisse des behinderten Menschen befriedigen können (Abgleich von Ist-Zustand und Bedürfnissen des behinderten Menschen).
4. Im vierten Schritt werden Veränderungsmöglichkeiten im Verhalten der Mitmenschen und in der Organisation der Systeme und Strukturen erarbeitet (Handlungsempfehlungen).

Die vier Folien

Die vier Folien, die wir benutzen, sollen die Situation des Menschen mit Behinderung erhellen. Im Zentrum steht er selbst mit seiner Lebensgeschichte, seinem Gewordensein. Darum gruppieren sich die Menschen, die ihn betreuen bzw. mit ihm leben, das Funktionieren der Systeme, an denen er Anteil hat, und die Struktur dieser Systeme.



Der behinderte Mensch im Mittelpunkt. Seine Geschichte und sein (Selbst-)Erleben in der Gegenwart.

Wir informieren uns über die Lebensgeschichte der Klientin oder des Klienten, die körperliche, psychische, emotionale und geistige Entwicklung und die Bildungsgeschichte.

Folie II: (Mit-) Menschen und ihr Verhalten

Dazu gehören Eltern, Geschwister, Familienangehörige, Betreuerinnen in der Wohnstätte, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Tagesförderstätte (TaFö); rechtliche Betreuerinnen und Betreuer; Mitbewohnerinnen und Mitbewohner; Beschäftigte in der WfbM; Freundinnen und Freunde; Ärztinnen und Ärzte sowie andere behandelnde Personen. Der Hessische Konsulentendienst versucht zu eruieren, wo sich konflikthafte oder hilfreiche Beziehungen zeigen und ob das Verhalten des Betreuungspersonals personenangemessen ist.

Folie III: Systeme

Der Hessische Konsulentendienst überprüft die Wohnstätte auf ihre Einrichtungsgegenstände, lässt sich die Architektur erläutern und bewertet Größe, Helligkeit und Geräusche. Es wird außerdem nach dem Betreuungsschlüssel für den Klienten gefragt, der Arbeitsplatz in der Werkstatt wird besichtigt, die Gestaltung der Räume wird unter die Lupe genommen, die Gruppengröße wird begutachtet und Freizeitangebote eruiert.

Folie IV: Strukturen

Hierher gehören Fragen nach den Dienstplänen, Wochenend- und Nachtdiensten, Krankheits- und Urlaubsvertretung, Stellenbesetzungen, Bildung der Mitarbeiterinnen, Supervisionsangebote etc. Der Konsulentendienst fragt nach dem Betreuungskonzept, nach der Zusammenarbeit der Hilfesysteme, klärt die medizinische und psychotherapeutische Behandlung und widmet sich Fragen der Organisationskultur in der Wohnstätte / WfbM / TaFö (was darf angesprochen werden, was nicht?).

Grundbedürfnisse behinderter Menschen

Der Hessische Konsulentendienst geht davon aus, dass herausforderndes Verhalten oftmals mit nicht befriedigten Grundbedürfnissen der Menschen mit Behinderung zusammenhängt. Ein Zustand, auf den diese Menschen mit heftigen Verhaltensweisen als Notbehelf reagieren, weil ihnen andere Verhaltensmöglichkeiten versperrt sind. Mit der Humanistischen Psychologie (Abraham Maslows Bedürfnispyramide) wird von Grundbedürfnissen ausgegangen, die sich vielfach ausdrücken: In den Bedürfnissen nach körperlicher und psychischer Integrität, nach Selbststeuerung (z. B. eigene Strukturen und Regeln), Selbstbestimmung (z. B. Freiräume ohne Kontrolle), Selbstentfaltung (z. B. Räume für Kreativität), Selbstwirksamkeit (z. B. eine Aufgabe, die befriedigt), in dem Wunsch nach verbindlichen Absprachen (Zuverlässigkeit), körperlicher Bewegung und gesundem und ausreichendem Essen. Menschen brauchen aus unserer Sicht u. a. verbindliche Beziehungen (wichtige Andere), bedingungslose Wertschätzung (Liebe), ehrliche Kontakte, Strukturen und Regeln für ein gemeinsames Miteinander und verlässliche Absprachen. Schließlich suchen Menschen lustvoll fließende Energie im Körper, die sich in Sexualität, Sinnlichkeit, Erotik und dem Wunsch nach Berührung und körperlicher Nähe ausdrückt und aus Sicht des Konsulentendienstes ein wichtiger Teil menschlichen Erlebens ist.

1.3 Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen stellen eine stark verdichtete Form der gemeinsam mit dem Team erarbeiteten Konsultationsergebnisse dar:

1. **Situationsanalyse:** In der Situationsanalyse werden die wichtigsten Fakten, wie sie das Team vorgetragen hat, zusammengefasst.
2. **Deutungshypothesen:** Die Deutungshypothesen sind keine psychologische oder psychiatrische Diagnostik, sondern mögliche Verstehenszugänge für das herausfordernde Verhalten der Klientin oder des Klienten respektive für ihr bzw. sein inneres Erleben,

das dieses Verhalten bewirkt. Die Konsulenten bedienen sich hierfür in gleicher Weise bei psychoanalytischen, humanistischen oder transpersonalen Theorien. Es geht um Analogien zu den Theorien, Ähnlichkeiten und Vergleichbarkeiten zu Störungsverhalten von Menschen ohne Behinderung.

3. **Handlungsempfehlungen im engeren Sinn:** Hier geht es um konkrete Empfehlungen, die das Mitarbeiterverhalten, die Gestaltung des Systems oder der Struktur betreffen.

1.4 Evaluation

Ein halbes Jahr nach Beendigung der Konsultation wird die Beratung mit einem anonymen Fragebogen evaluiert. Natürlich ist die Nachhaltigkeit der Konsultation an die Bereitschaft und die Fähigkeiten der in der Betreuung handelnden Personen gekoppelt. Die hohe Erfolgsrate von 72 % nachhaltiger positiver Veränderung im Verhalten des Menschen mit Behinderung spricht für die Selbststeuerungsfähigkeiten und den Veränderungswillen der Mitarbeiterinnen und der Leitung. Es zeigt sich darin aber auch, dass personenzentrierte Beratung mit inklusiver Perspektive auf den Klienten in der Lage ist, stark belastete Teams und Leitungen wieder handlungsfähig zu machen. Dies gibt wiederum vielen Menschen mit Behinderung den Raum, konstruktive, soziale Verhaltensweisen anstelle von herausforderndem Verhalten zu „wählen“.

1.5 Typische Anfragen

Fremdaggressives Verhalten durch Klienten

Herr AA (34) wird seit 2 Jahren im Rahmen von Betreutem Wohnen begleitet. Er lebt in einem 1-Zimmer-Appartement. Beschäftigt ist er in der WfbM. Bei Aufnahme ins Betreute Wohnen wurde bei der Hilfeplanung besonders darauf geachtet, die Anforderungen und Stressfaktoren so gering wie möglich zu halten, um (aus abgebenden Betreuungseinrichtungen bekannte) gewalttätige Reaktionen auf subjektiv erlebte Anspannungszustände zu vermeiden. Um sich für die besonderen Ansprüche an Herrn AAs Betreuung noch besser zu professionalisieren, hat sich der Bezugsbetreuer in einer gezielten Fortbildung für den optimalen Umgang mit Gefahrensituationen durch aggressive Verhaltensweisen von Klienten weitergebildet. Er befindet sich in einer Ausbildung als Deeskalationstrainer, um seine erworbenen Kenntnisse einrichtungsintern zu multiplizieren. Die Mitarbeiterinnen sind geschult in gewaltfreier Kommunikation und wenden diese im Umgang mit Herrn AA konsequent an. Beim letzten Hausbesuch wurde der Bezugsbetreuer Ziel eines tätlichen Angriffs, als er vor Urlaubsantritt von Herrn AA zusammengeschlagen wurde. Die Leitung sorgt sich nach diesem Vorfall um die Sicherheit des Personals. Obwohl es bereits häufiger zu tätlichen Übergriffen gekommen ist, wurde bei dem letzten Angriff eine neue Qualität beobachtet, die als Warnsignal für eine zunehmende Gewaltbereitschaft als Bewältigungsmechanismus zur Energieabfuhr bzw. zum Stressabbau gedeutet wird. Die Betreuerinnen und Betreuer beschreiben Herrn AA als hoch sensiblen Menschen, der über keine angemessene Stresstoleranz verfügt. Bereits eine Veränderung im S-Bahn-Fahrplan oder eine fehlende (von ihm erwartete) Ansage am Bahnhof kann zu einem Impulsdurchbruch mit Gewaltattacken gegen Andere führen. Als besonders belastend erlebt er Trennungssituationen (z. B. wegen Urlaub oder Erkrankung von Mitarbeiterinnen). Die Mitarbeiterinnen stellen dann ihr Auto nicht im Sichtfeld von Herrn AA ab, um es vor Beschädigungen zu schützen, die er in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen vorgenommen hat.

Selbstschädigendes Verhalten

Herr WW (40) lebt im Haushalt seiner Angehörigen und arbeitet stundenweise in einer WfbM. Er hat das Down-Syndrom. Herr WW schädigt sich selbst, indem er seine Haut mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln einreibt, die er in Toiletten oder Küchen findet. Seine

Haut ist inzwischen so stark geschädigt, dass sie an mehreren Stellen offen ist und nässt. Es ist nicht möglich, in seinem Umfeld alle schädigenden Stoffe so zu verschließen, dass Herr WW keinen Zugang dazu bekommt.

Frau ZZ (36) zeigt insbesondere bei Störungen des gewohnten Tagesablaufs Anspannung und aggressive Verhaltensweisen, die sich in lautem anhaltendem Schreien, Trampeln, an den Türen Reißen oder in Autoaggression (sie schlägt sich so lange auf das Ohr, bis sie blutet) äußern. Sie reagiert mit Schreien und Aggression auf Belastungssituationen und Anforderung. Sie ist auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fixiert und muss ständig beaufsichtigt werden, weil Mitbewohner sich einerseits durch sie bedroht oder belästigt fühlen und sie andererseits massiv angreifen und beschimpfen. Frau ZZ singt und tanzt gerne, es gelingt jedoch nicht immer, mit dieser Ablenkung ihren Stimmungswandel einzuleiten.

Dissoziales Verhalten

Herr MM (24) lebt promiskuitiv, auch im Wohnheim. Das Fachpersonal hält ihn zum Gebrauch von Kondomen an. Seit vier Wochen teilt er aus Gründen der Raumnot das Zimmer mit einer jungen Frau und hat auch mit ihr eine sexuelle Beziehung begonnen, ohne mit ihr befreundet zu sein. Herr MM hat eine Freundin, die im Rahmen von Betreutem Wohnen begleitet wird und in der Nachbarschaft wohnt. Herr MM hat Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, Beschäftigten und Kollegen in der WfbM Geld gestohlen, um ihnen Geschenke zu kaufen. Seit einem Besuch auf der Polizeiwache vor einigen Wochen und der Androhung einer Strafanzeige ist es zu keinem Diebstahl mehr gekommen.

Herr MM „flippt“ manchmal unvermittelt aus. Er verweigert dann die Übernahme von Verpflichtungen wie dem Küchendienst, ist nicht ansprechbar und rennt weg. Herr MM sammelt Lebensmittel in seinem Zimmer, die er auch dann noch isst, wenn sie verschimmelt und ungenießbar sind. Bisher ist es nicht gelungen, dieses Verhalten z. B. mit Hilfe von Absprachen zu ändern.

Suizidalität

Herr TT ist ca. 35 Jahre alt und vor einem Jahr aus dem Betreuten Wohnen zurück ins Stationäre Wohnen gezogen. Seit diesem Rückzug gibt es heftige, sich steigernde Konflikte mit den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern seiner WG sowie wiederholte Suizidandrohungen und entsprechende Handlungen. Zweimal wurde Herr TT deshalb in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen.

Mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist Herr TT seit rund 17 Jahren bekannt. In dieser frühen Zeit war Herr TT ein fröhlicher, sehr kreativer junger Mann, der als bildender Künstler Wegbereiter für die Malgruppen in der Einrichtung war. Er hat mit seinen Bildern mehrere Ausstellungen bestritten und Preise gewonnen. Er war der erste, der wollte, dass seine Bilder an den Wänden seines Zimmers hängen.

In den letzten Jahren passierten mehrere gravierende Erlebnisse. Herr TT heiratete in der Türkei, die Ehe scheiterte und wurde wieder geschieden. Der Umzug ins Betreute Wohnen war nicht seine Wahl, verlief unglücklich und scheiterte. Vor einem Jahr starb der Schwager von Herrn TT, mit dem er eine enge Beziehung hatte. Herr TT erlebte zahlreiche Kränkungen. Von seinem Vater erfährt er Ablehnung, weil er nicht dem Bild des „türkischen Mannes“ entspricht. In der Wohngruppe ist Herr TT bisher nicht richtig angekommen. Auf Grund seiner Aggressivität, seines hohen Redebedarfs und der wiederkehrenden Suizidankündigungen stehen ihm die Mitbewohner reserviert gegenüber, zum Teil gibt es handfeste Konflikte mit körperlichen Auseinandersetzungen. Er zeigt sich den Konsulenten als Mensch in einer Krise. Hinter den Suizidankündigungen verbirgt sich spürbar ein erheblicher Leidensdruck und seelisches Unglücklichsein. Offensichtlich leidet Herr TT an der Differenz zwischen seiner realen Lebenssituation und den inneren Bildern, die er vom „guten, richtigen Leben“ hat (wie ein türkischer Mann zu

sein hat), aber auch unter den realen Defiziten (z. B. mangelnder Familienkontakt), die er erfährt. Fremd- und Selbstaggression können als Ausagieren des inneren Schmerzes und Leidens verstanden werden, das Herr TT (auf Grund seiner Behinderung?) nicht in sich halten kann. Durch die Behinderung werden auch seine Kompensationsmöglichkeiten für unzulängliche Lebensumstände begrenzt sein. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung ist bei ihm eingeschränkt.

Menschen mit Autismus-Spektrums-Störung

Herr JJ (22) besucht seit 2 Monaten den Berufsbildungsbereich der Werkstatt, nachdem er die Schule nach 11 Jahren beendet hat. Er spricht in Zwei-Wort-Sätzen und zeigt bei einfacher Sprache und kurzen Sätzen Verständnis für das gesprochene Wort. Seine Belastungsgrenze scheint gegen Mittag erreicht. Herrn JJs Verhalten ist geprägt von Stimmungsschwankungen und Affekthandlungen, die sich in ungezieltem Werfen oder Umherschleudern von Gegenständen, Schlagen von Personen in seiner Umgebung oder in Autoaggression entladen. Herr JJ hat eine Affinität zur Beschäftigung am Computer. Für das Erlernen von Teilschritten zur Entwicklung einer Arbeitshaltung ist er bisher nur in sehr geringem Maß zu gewinnen.

Junge behinderte Menschen mit traumatisierender Vorgeschichte

Frau EE (20) wohnt in einer Wohneinrichtung. Zur Vorgeschichte gehören Alkoholismus und Gewalttaten in der Familie und der Verdacht auf massive Kindesvernachlässigung. Mit 15 Jahren wurde sie mit Hilfe der Polizei gewaltsam aus ihrer Familie geholt, wohnte in einer Pflegefamilie, wo die Situation nach wenigen Wochen eskalierte. Frau EE wurde dann intensiv in einer sozialpädagogischen Einrichtung für Kinder betreut. Es folgten zwei Aufenthalte in der Psychiatrie. Seit 3 Monaten befindet sich Frau EE stationär in einer Fachklinik. Frau EE hatte zuvor in der Wohneinrichtung die Flüssigkeit und Nahrung verweigert und wollte nicht mehr in die WfbM gehen. Außerdem hatten die aggressiven Übergriffe gegenüber schwächeren Mitbewohnerinnen zugenommen. In der Nachbarschaft und in mehreren Geschäften fiel sie durch Diebstähle auf. Nun soll sie aus der Klinik entlassen werden und die Einrichtungsleitung möchte Unterstützung durch den Konsulentendienst bei der Entwicklung eines geeigneten Betreuungskonzeptes und der Schaffung guter Rahmenbedingungen, so dass Frau EE in der Wohneinrichtung weiterhin leben und gut betreut werden kann.

2. Weiterführende Informationen und Literatur

Biermann-Ratjen E, Eckert J, Schwartz H: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart 9. Auflage 2003

Bradl C: Herausforderndes Verhalten und Teilhabe. Marburg: Lebenshilfe 2005

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.: Wenn Verhalten auffällt. Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Lebenshilfe-Verlag: Marburg 2003

Häußler A: Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis. Borgmann Media: Dortmund 3. Auflage 2012

Hünewinkell M, Cranen W, Tietjen: Konsulentenarbeit wirksamer gestalten. Fallbeispiele Methoden. Jülich 2011

Jochheim M: Konsulentendienst. Personzentrierte Beratung mit inklusiver Perspektive bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. Theorie und Praxis des Hessischen Konsulentendienstes. Mitarbeit: Marianne Martin. Hundsangen 2014

Jochheim M: „Als ob man der Andere sei.“ Personzentrierte Beratung mit Inklusiver Perspektive bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 45 (2014) 231-240

Kühn A, Metzler H, Rauscher C: Hilfebedarf von Menschen mit geistiger Behinderung und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. 2002

Pörtner M: Erstnehmen – Zutrauen – Verstehen: Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. 4. Auflage 2006

Rogers C: Klientenzentrierte Therapie. In: Rogers C, Schmid P: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz 1991, 185-235

Wüllenweber E, Theunissen G (Hrsg.): Handbuch der Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. Stuttgart: Kohlhammer 2001

Modul 7: Gewaltprävention

Lernziele:

Die Teilnehmerinnen kennen die rechtlichen Anforderungen an Einrichtungen und an Mitarbeiter zur Vermeidung von Gewalt.

Pflegefachliche Anforderungen zur Gewaltprävention sind bekannt.

Lerninhalte:

- Klärung des Gewaltbegriffs.
- Darstellen der konkreten Anforderungen an Einrichtungen § 2 Abs. 1 HGBP
- Darstellen der gesetzlichen Vorgaben zum Schutz vor potentiell gewalttätigen Personen
- Darstellen der Möglichkeiten der Betreuungs- und Pflegeaufsicht zur Gewaltprävention

1. Einführung

Gewalt in der Pflege ist nach wie vor ein relevantes Problem. Das zeigen mehrere Untersuchungen der letzten Jahre. So gaben bei einer Befragung von Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten durch das Zentrum für Qualität in der Pflege im Jahr 2017 knapp die Hälfte der Befragten (47 %) an, dass Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege stationäre Einrichtungen vor ganz besondere Herausforderungen stellen (Eggert/Schnapp/Sulmann, ZQP-Analyse, Gewalt in der stationären Langzeitpflege, 2017).

Verbale Aggression wurde als häufigstes Problem genannt (2 % der Befragten gaben an, dies komme oft vor, 23 Prozent gelegentlich, 55 Prozent selten), gefolgt von Vernachlässigung (2 Prozent oft; 17 Prozent gelegentlich; 39 Prozent selten) und körperlicher Gewalt (1 Prozent oft; 7 Prozent gelegentlich; 38 Prozent selten). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Befragung von Pflegekräften durch das Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP), ebenfalls aus dem Jahr 2017. Danach haben fast ein Drittel der Befragten (30,8 %) „eher häufig“ bis „sehr häufig“ in den letzten drei Monaten erlebt, dass Pflegemaßnahmen gegen den Willen von Patienten oder Pflegebedürftigen durchgeführt wurden. Jede Zehnte gab an, sie habe Gewalt von Pflegenden an Patientinnen oder Pflegebedürftigen in den letzten drei Monaten „eher häufig“ (10,2 %) bzw. „sehr häufig“ (1,2 %) beobachtet. Etwa die Hälfte gab an, dies „eher selten“ (18,9 %) oder „sehr selten“ (30,6 %) zu erleben. Nur ein Viertel (24,6 %) berichtete, gar keine Gewalt gegen Patienten oder Pflegebedürftige beobachtet zu haben. Aber auch Gewalt gegen Pflegende kommt bemerkenswert häufig vor: Fast jede siebte Pflegekraft (13,7 %) berichtete, in den vergangenen drei Monaten selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein. Gut 60 % hingegen erleben solche Gewalterfahrungen „eher selten“ oder „sehr selten“. Nicht minder bedenklich erscheint, dass Gewalterfahrungen sowohl gegen Patienten, Bewohnerinnen und Pflegebedürftige als auch gegen Pflegende offenbar nur „eher selten“, „sehr selten“ oder „nie“ aufgearbeitet werden. Jedenfalls gaben dies nahezu vier von fünf Befragten an. Interessanter Weise berichteten Schülerinnen und Schüler sehr viel häufiger von Gewalterfahrungen, als fertig Ausgebildete. Möglicherweise hängt dies mit dem Wandel des Gewaltbegriffs im Pflegekontext zusammen.

2. Gewalt im Pflegekontext

Eine einheitliche Definition des Begriffs „Gewalt“ existiert nicht. In vielen Rechtsgebieten wird Gewalt jedoch als tätlicher Angriff definiert (etwa im Gesetz zur Entschädigung von Gewaltopfern – OEG). Ein tätlicher Angriff ist dabei eine in feindseliger Willensrichtung unmittelbar auf den Körper eines Anderen zielende physische Einwirkung. Wegen des in der Pflege bestehenden Kräfteungleichgewichtes und weil pflegebedürftige Menschen durch Abhängigkeitsverhältnisse und Hilfebedarf besonders fragil sind, wird im Pflegekontext ein sehr weiter Gewaltbegriff verwendet. So versteht die WHO unter Gewalt gegen ältere Menschen eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird. Danach meint dieser Begriff nicht nur physischen Zwang, sondern auch verbal aggressives oder demütigendes Verhalten, pflegerische Vernachlässigung und oft auch psychosoziale Formen der Vernachlässigung sowie Eigentums- und Vermögensdelikte gegenüber älteren Menschen. „Gewalt“ umfasst somit ebenso aktives Tun wie das Unterlassen von Handlungen, die im Interesse der pflegebedürftigen Person eigentlich geboten wären (vgl. Görden in: ZQP-Themenreport: Gewaltprävention in der Pflege, Juni 2015, S. 12).

Methodischer Hinweis:

- Sammeln von Sachverhalten, die die Teilnehmer als „Gewalt“ ansehen.
- Gemeinsames Erarbeiten einer Definition von Gewalt.
- Sammeln: Welche Situationen haben die Teilnehmerinnen im Pflegekontext erlebt, in der es zu Gewalt gekommen ist?

3. Gesetzliche Vorgaben an Einrichtungen nach dem HGBP

Bereits bei Erlass des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen im Jahr 2012 legte der Gesetzgeber einen Schwerpunkt auf die Prävention von Gewalt. Bei seiner Novellierung im Jahr 2015/ 2016 wurde dieser Schwerpunkt beibehalten. Jedoch wurde der ursprünglich ausschließlich auf Pflegekräfte gerichtete Fokus erweitert und durch konkrete Anforderungen untermauert. Schon in seinen Zielbestimmungen (§ 1 Abs. 1 HGBP) betont der Gesetzgeber in mehrfacher Hinsicht die Bedeutung der Gewaltprävention. So gibt er das Ziel vor, Betreuungs- und Pflegebedürftige in ihrer Würde zu schützen und zu achten, vor Beeinträchtigungen ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu bewahren und vor Gewalt zu schützen. § 7 HGBP verpflichtet Betreiberinnen von ambulanten und stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe geeignete Maßnahmen zu treffen, um Betreuungs- und Pflegebedürftige vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen. Die Vorschrift nimmt dabei Bezug auf Art. 16 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Behindertenrechtskonvention), fungiert aber eher als Auffangtatbestand. Konkreter sind die Anforderungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 HGBP, der von Einrichtungsbetreibern fordert, geeignete Methoden zur Gewaltprävention sowie zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen anzuwenden und die Betreuungs- und Pflegekräfte dahingehend regelmäßig zu schulen oder schulen zu lassen.

Methodischer Hinweis:

- Sammeln: Wie kann Gewalt in der Pflege vermieden werden? Welche Maßnahmen und Methoden sind geeignet zur Gewaltprävention?
- Arbeit an Fallbeispielen

3.1 Was sind geeignete Methoden zur Gewaltprävention nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 HGBP

Die angewandten Methoden müssen nach dem allgemein anerkannten Stand pflegerisch-medizinischer Erkenntnisse geeignet sein, Gewalt zu vermeiden. Hierzu zählen insbesondere wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards (vgl. Crößmann u.a., HGBP und HGBPAV, S. 142 f, einzusehen unter <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>), aber auch die nachfolgenden Empfehlungen des Zentrums für Qualität in der Pflege:

- Das Thema Gewalt und Aggression sachlich ansprechen und die Basis für einen offenen Umgang damit schaffen.
- Ansprechpartner festlegen.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Gewalt und Aggression regelmäßig schulen.
- jegliche Hinweise ernst nehmen und zeitnah darauf reagieren.
- problematische Situationen und Vorfälle gemeinsam im Team besprechen.
- Nach belastenden Ereignissen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, Hilfe in Anspruch zu nehmen, etwa ein Gespräch oder eine psychosoziale Beratung.
- Veröffentlichung eines einrichtungsinternen Leitfadens für den Umgang mit Gewalt und Aggression (vgl. ZQP-Themenreport: Gewaltprävention in der Pflege, Juni 2015, S. 79).

Darüber hinaus ist das Instrument der multiprofessionellen Fallbesprechung, in der Regel auch unter Einbeziehung der betroffenen Person bzw. ihrer bevollmächtigten Personen oder des gesetzlichen Betreuers bzw. der gesetzlichen Betreuerin eine sinnvolle Methode, um Lösungen für potenziell gewaltgeneigte Situationen zu finden.

Methodischer Hinweis:

- Vorstellung des Konzepts der Fallbesprechung
- Rollenspiel zur multiprofessionellen Fallbesprechung

3.2 Wie müssen Schulung gestaltet sein, um den Anforderungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 HGBP zu genügen?

Das Gesetz macht keine Vorgaben zum Ausrichter der Schulungen. Schulungen können also auch von der Betreiberin selbst durchgeführt werden. Sie müssen aber geeignet sein, wesentliche Kenntnisse zu Gewaltprävention zu vermitteln und Bewusstsein zu den spezifischen Problem- sowie Gefahrenlagen zu schaffen. Inhalt der Schulungen könnte etwa sein, Risikofaktoren für problematische Pflegesituationen zu identifizieren, gewalttätige Pflegesituationen als solche einzuordnen und Symptome von Gewaltanwendungen zu erkennen. Möglichen Ursachen und

Beweggründen von aggressiven Verhaltensweisen von Bewohnern sollten vermittelt werden. Schulungen und Fortbildungen könnten aber auch ein Deeskalationstraining, ein Kommunikationstraining oder ein Training zum Umgang mit belastenden Situationen umfassen.

Gefordert werden „regelmäßige Schulungen“. In der Literatur wird dies derart interpretiert, dass im Regelfall jährliche Schulungen erfolgen müssen (Crößmann u.a., HGBP und HGBPAV, S. 145). Jedenfalls sind Schulungen mindestens alle zwei Jahre durchzuführen.

3.3 Anforderungen an die Konzeption nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 HGBP

Das HGBP fordert Betreiberinnen und Betreiber von stationären Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe auf, eine Teilkonzeption zur Gewaltprävention sowie zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen zu erstellen und angemessen fortzuschreiben. Eine Konzeption ist eine theoriegeleitete Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter einer Einrichtung. Sie beschreibt Ziele, Struktur, Organisation und Prozessabläufe sowie Instrumente der Qualitätssicherung. Grundsätzlich soll, sowohl bei der Darstellung der Maßnahmen zum Schutz der Betreuungs- und Pflegebedürftigen als auch der Maßnahmen gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die präventive Ausrichtung deutlich werden, z.B. durch Unterstützungsangebote in Überforderungssituationen wie Supervision, Fallkonferenzen, spezielle Ansprechpartner oder kooperierende Organisationen/ Beratungsstellen (Arbeitsgemeinschaft nach § 21 HGBP, Konzeption einer Pflegeeinrichtung – Arbeitshilfe zur Erstellung 2019, S. 13). Die Konzeption sollte jedoch auch Leitlinie zum Umgang mit Konflikten und Gewalt festlegen und eine Reflexion aller räumlichen und baulichen Gegebenheiten, Regeln, Prozessabläufe auf aggressionsauslösende Reize für die Betreuungs- und Pflegebedürftigen beinhalten.

3.4 Meldepflicht § 11 Abs. 2 HGBP

Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner sind besondere Vorkommnisse unverzüglich der Betreuungs- und Pflegeaufsicht mitzuteilen. Besondere Vorkommnisse sind nach der Legaldefinition des HGBP außergewöhnliche Ereignisse, die erhebliche Auswirkungen auf Rechtsgüter der Bewohnerinnen und Bewohner haben oder haben können, insbesondere Straftaten, Selbsttötungen, Epidemien und Katastrophen. Hierunter fallen insbesondere strafrechtlich relevante gewalttätige Übergriffe auf Bewohnerinnen, etwa durch Mitarbeiterinnen oder andere Bewohner.

3.5 Persönliche Anforderungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBPAV) geht davon aus, dass von Personen, die in der Vergangenheit durch Begehung bestimmter Straftaten aufgefallen sind, Gefahren für Betreuungs- und Pflegebedürftige ausgehen. §§ 1, 5, 6, 9 HGBPAV verbieten daher den Einsatz von Personen in ambulanten und stationären Einrichtungen, die „unzuverlässig“ sind. Einrichtungsbetreiberinnen müssen sich vor einer Einstellung sowie bei begründeten Zweifeln an der Zuverlässigkeit ein Führungszeugnis vorlegen lassen.

Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 HGBPAV ist unzuverlässig, wer rechtskräftig wegen einer vorsätzlichen Straftat zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist.

Daneben geht § 1 Abs. 2 Satz 3 HGBPAV bei Personen, die wegen bestimmter Straftaten zu einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Monaten oder zu mehr als 90 Tagessätzen verurteilt worden sind, davon aus, diese Personen seien in der Regel unzuverlässig. Der Einsatz solcher Personen ist nur dann möglich, wenn besondere Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass von der Person – entgegen der gesetzlichen Annahme - keine Gefahr für Betreu-

ungs- und Pflegebedürftige ausgeht, es sich also um einen Ausnahmefall handelt. Zu den Straftaten, die dazu führen, dass eine Person als in der Regel unzuverlässig anzusehen ist, gehören etwa Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit, Eigentumsdelikte, Urkundefälschung, Untreue, Insolvenzstraftaten oder gemeingefährliche Straftaten. Daneben führt jede Verurteilung wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz zur Unzuverlässigkeitsvermutung.

4. Möglichkeiten der Betreuungs- und Pflegeaufsicht zur Gewaltprävention

Die Betreuungs- und Pflegeaufsicht kann Einrichtungsbetreiberinnen und –betreiber zur Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zwingen. Daneben kann bei Verletzung der Anforderungen ein Bußgeldverfahren eingeleitet werden (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 3 HGBP).

Zur Gewaltprävention kann auch ein Beschäftigungsverbot nach § 18 HGBP verhängt werden. Ein Beschäftigungsverbot richtet sich an den jeweiligen Betreiber und verbietet diesem, eine Person für betreuende und pflegerische Tätigkeiten einzusetzen. Mitunter wird auch jeglicher Einsatz der Person verboten. Voraussetzung ist, dass Tatsachen die Annahme rechtfertigen, die Person verfüge nicht über die für ihre Tätigkeit erforderliche Eignung. Nach Rechtsprechung des VGH Kassel ist von mangelnder Eignung für die Tätigkeit als Pflegekraft auszugehen, wenn aufgrund begangener Verfehlungen prognostisch keine hinreichende Gewähr mehr besteht, dass die berufsspezifischen Pflichten in ausreichendem Maße beachtet werden.

Zu den berufsspezifischen Pflichten gehört, Betreuungs- und pflegebedürftige insbesondere vor körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen zu bewahren und vor Gewalt zu schützen (VGH Kassel, 10 D 299/18, nicht veröffentlicht). In der Praxis erfolgen Beschäftigungsverbote häufig nach vorsätzlichen Körperverletzungen. Aber auch ein grober und ruppiger Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder das wiederholte Unterlassen pflegerisch gebotener Maßnahmen können ein Beschäftigungsverbot begründen. Zu beachten ist jedoch, dass ein Beschäftigungsverbot sich lediglich an den aktuellen Arbeitgeber der betroffenen Person richtet. Es handelt sich gerade nicht um ein Berufsverbot nach § 70 Strafgesetzbuch, das an die auffällig gewordene Person gerichtet wird und dieser für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren verbieten kann, als Pflegekraft zu arbeiten. Auch wird mit dem Beschäftigungsverbot nicht etwa die staatliche Anerkennung als Altenpflegerin oder Altenpfleger entzogen. Hierfür bedarf es vielmehr eines Widerrufs durch das Regierungspräsidium Darmstadt nach § 2 Abs. 2 Altenpflegegesetz. Sofern keine Unzuverlässigkeit nach § 1 Abs. 2 HGBPAV vorliegt, können andere Einrichtungsbetreiber die auffällig gewordene Person daher weiterhin einsetzen. Da es in der Praxis nur selten zu spürbaren strafrechtlichen Sanktionen oder zum Entzug der staatlichen Anerkennung kommt, erlässt die Betreuungs- und Pflegeaufsicht bei besonders ungeeigneten Personen auch gegenüber dem neuen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverbot nach § 18 HGBP.

5. Weiterführende Hinweise und Literatur:

Zentrum für Qualität in der Pflege (2015): ZQP-Themenreport „Gewalt in der Pflege“.

Eggert S, Schnapp P, Sulmann S (2017): ZQP-Analyse „Gewalt in der stationären Langzeitpflege“.

Arbeitsgemeinschaft nach § 21 HGBP (2018), Konzeption einer Pflegeeinrichtung – Arbeitshilfe zur Erstellung.

Weidner, F; Tucman, D.; Jacobs, P. (2017): Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe.

Crößman u.a. (2019): Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen mit Ausführungsverordnung.

Anhang

§ 1831 BGB Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie erforderlich ist, weil

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 2 für einen Bevollmächtigten entsprechend.

Verfahrensvorschriften

§ 26 FamFG Ermittlung von Amts wegen

Das Gericht hat von Amts wegen die zur Feststellung der entscheidungserheblichen Tatsachen erforderlichen Ermittlungen durchzuführen.

§ 312 FamFG Unterbringungssachen

Unterbringungssachen sind Verfahren, die die Genehmigung oder Anordnung einer

1. freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 Absatz 1 und 2 auch in Verbindung mit Absatz 5 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
2. freiheitsentziehenden Maßnahme nach §1831 Absatz 4 auch in Verbindung mit Absatz 5 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
3. ärztlichen Zwangsmaßnahme, auch einschließlich einer Verbringung zu einem stationären Aufenthalt, nach § 1832 Absatz 1, 2 und 4 auch in Verbindung mit Absatz 5 des Bürgerlichen Gesetzbuchs oder
4. freiheitsentziehenden Unterbringung, freiheitsentziehenden Maßnahme oder ärztlichen Zwangsmaßnahme bei Volljährigen nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker betreffen (Unterbringungsmaßnahme).

§ 315 FamFG Beteiligte

- (1) Zu beteiligen sind
1. der Betroffene,
 2. der Betreuer,
 3. der Bevollmächtigte im Sinne des § 1814 Abs. 3 Satz 2 Nummer 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- (2) Der Verfahrenspfleger wird durch seine Bestellung als Beteiligter zum Verfahren hinzugezogen.
- (3) Die zuständige Behörde ist auf ihren Antrag als Beteiligte hinzuzuziehen.
- (4) Beteiligt werden können im Interesse des Betroffenen
1. dessen Ehegatte oder Lebenspartner, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner nicht dauernd getrennt leben, sowie dessen Eltern und Kinder, wenn der Betroffene bei diesen lebt oder bei Einleitung des Verfahrens gelebt hat, sowie die Pflegeeltern,
 2. eine von ihm benannte Person seines Vertrauens, 3. der Leiter der Einrichtung, in der der Betroffene lebt.

Das Landesrecht kann vorsehen, dass weitere Personen und Stellen beteiligt werden können.

§ 317 FamFG Verfahrenspfleger

- (1) Das Gericht hat dem Betroffenen einen geeigneten Verfahrenspfleger zu bestellen, wenn dies zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen erforderlich ist. Die Bestellung ist insbesondere erforderlich, wenn von einer Anhörung des Betroffenen abgesehen werden soll.
- (2) Bestellt das Gericht dem Betroffenen keinen Verfahrenspfleger, ist dies in der Entscheidung, durch die eine Unterbringungsmaßnahme genehmigt oder angeordnet wird, zu begründen.
- (3) Der Verfahrenspfleger hat die Wünsche, hilfsweise den mutmaßlichen Willen des Betroffenen festzustellen und im gerichtlichen Verfahren zur Geltung zu bringen. Er hat den Betroffenen über Gegenstand, Ablauf und möglichen Ausgang des Verfahrens in geeigneter Weise zu informieren und ihn bei Bedarf bei der Ausübung seiner Rechte im Verfahren zu unterstützen. Er ist nicht gesetzlicher Vertreter des Betroffenen.
- (4) Als Verfahrenspfleger ist eine natürliche Person zu bestellen. Wer Verfahrenspflegschaften im Rahmen seiner Berufsausübung führt, soll nur dann zum Verfahrenspfleger bestellt werden, wenn keine andere geeignete Person zur Verfügung steht, die zur ehrenamtlichen Führung der Verfahrenspflegschaft bereit ist.
- (5) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers soll unterbleiben oder aufgehoben werden, wenn die Interessen des Betroffenen von einem Rechtsanwalt oder einem anderen geeigneten Verfahrensbevollmächtigten vertreten werden.
- (6) Die Bestellung endet, sofern sie nicht vorher aufgehoben wird, mit der Rechtskraft der Entscheidung oder mit dem sonstigen Abschluss des Verfahrens.
- (7) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers oder deren Aufhebung sowie die Ablehnung einer derartigen Maßnahme sind nicht selbständig anfechtbar.
- (8) Dem Verfahrenspfleger sind keine Kosten aufzuerlegen.

§ 319 FamFG Persönliche Anhörung des Betroffenen

- (1) Das Gericht hat den Betroffenen vor einer Unterbringungsmaßnahme persönlich anzuhören und sich einen persönlichen Eindruck von ihm zu verschaffen. Den persönlichen Eindruck verschafft sich das Gericht, soweit dies erforderlich ist, in der üblichen Umgebung des Betroffenen.
- (2) In der Anhörung erörtert das Gericht mit dem Betroffenen das Verfahren, das Ergebnis des übermittelten Gutachtens und die mögliche Dauer einer Unterbringung. Hat das Gericht dem Betroffenen nach § 317 einen Verfahrenspfleger bestellt, soll die persönliche Anhörung in dessen Anwesenheit stattfinden.
- (3) Soll eine persönliche Anhörung nach § 34 Abs. 2 unterbleiben, weil hiervon erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu besorgen sind, darf diese Entscheidung nur auf Grundlage eines ärztlichen Gutachtens getroffen werden. Unterbleibt aus diesem Grund die persönliche Anhörung, so bedarf es auch keiner Verschaffung eines persönlichen Eindrucks.
- (4) Verfahrenshandlungen nach Absatz 1 sollen nicht im Wege der Rechtshilfe erfolgen.
- (5) Das Gericht kann den Betroffenen durch die zuständige Behörde vorführen lassen, wenn er sich weigert, an Verfahrenshandlungen nach Absatz 1 mitzuwirken.
- (6) Gewalt darf die Behörde nur anwenden, wenn das Gericht dies ausdrücklich angeordnet hat. Die zuständige Behörde ist befugt, erforderlichenfalls um Unterstützung der polizeilichen Vollzugsorgane nachzusuchen.
- (7) Die Wohnung des Betroffenen darf ohne dessen Einwilligung nur gewaltsam geöffnet, betreten und durchsucht werden, wenn das Gericht dies zu dessen Vorführung zur Anhörung ausdrücklich angeordnet hat. Bei Gefahr im Verzug kann die Anordnung nach Satz 1 durch die zuständige Behörde erfolgen. Durch diese Regelung wird das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung aus Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes eingeschränkt.

§ 321 FamFG Einholung eines Gutachtens

- (1) Vor einer Unterbringungsmaßnahme hat eine förmliche Beweisaufnahme durch Einholung eines Gutachtens über die Notwendigkeit der Maßnahme stattzufinden. Der Sachverständige hat den Betroffenen vor der Erstattung des Gutachtens persönlich zu untersuchen oder zu befragen. Das Gutachten soll sich auch auf die voraussichtliche Dauer der Unterbringung erstrecken. Der Sachverständige soll Arzt für Psychiatrie sein; er muss Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sein. Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme oder bei deren Anordnung soll der Sachverständige nicht der zwangsbehandelnde Arzt sein.
- (2) Für eine Maßnahme nach § 312 Nr. 2 genügt ein ärztliches Zeugnis.

§ 330 FamFG Aufhebung der Unterbringungsmaßnahme

Die Genehmigung oder Anordnung der Unterbringungsmaßnahme ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Vor der Aufhebung einer Unterbringungsmaßnahme nach § 312 Nr. 4 soll das Gericht die zuständige Behörde anhören, es sei denn, dass dies zu einer nicht nur geringen Verzögerung des Verfahrens führen würde.

§ 335 FamFG Ergänzende Vorschriften über die Beschwerde

- (1) Das Recht der Beschwerde steht im Interesse des Betroffenen

1. dessen Ehegatten oder Lebenspartner, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner nicht dauernd getrennt leben, sowie dessen Eltern und Kindern, wenn der Betroffene bei diesen lebt oder bei Einleitung des Verfahrens gelebt hat, den Pflegeeltern,
2. einer von dem Betroffenen benannten Person seines Vertrauens sowie
3. dem Leiter der Einrichtung, in der der Betroffene lebt,

zu, wenn sie im ersten Rechtszug beteiligt worden sind.

- (2) Das Recht der Beschwerde steht dem Verfahrenspfleger zu.
- (3) Der Betreuer oder der Vorsorgebevollmächtigte kann gegen eine Entscheidung, die seinen Aufgabenkreis betrifft, auch im Namen des Betroffenen Beschwerde einlegen.
- (4) Das Recht der Beschwerde steht der zuständigen Behörde zu.

§ 277 FamFG Vergütung und Aufwendungsersatz des Verfahrenspflegers

- (1) Die Verfahrenspflegschaft wird unentgeltlich geführt. Der Verfahrenspfleger erhält Ersatz seiner Aufwendungen nach § 1835 Abs. 1 bis 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Vorschuss kann nicht verlangt werden.
- (2) Wird die Verfahrenspflegschaft ausnahmsweise berufsmäßig geführt, ist dies in der Bestellung festzustellen. Die Ansprüche des berufsmäßig tätigen Verfahrenspflegers auf Vergütung und Aufwendungsersatz richten sich nach § 2 Absatz 2 Satz 1 und den §§ 3 bis 5 des Vormünder- und Betreuervergütungsgesetzes.
- (3) Anstelle des Aufwendungsersatzes und der Vergütung nach den Absätzen 1 und 2 kann das Gericht dem Verfahrenspfleger einen festen Geldbetrag zubilligen, wenn die für die Führung der Pflegschaftsgeschäfte erforderliche Zeit vorhersehbar und ihre Ausschöpfung durch den Verfahrenspfleger gewährleistet ist. Bei der Bemessung des Geldbetrags ist die voraussichtlich erforderliche Zeit mit den in § 3 Abs. 1 des Vormünder- und Betreuervergütungsgesetzes bestimmten Stundensätzen zuzüglich einer Aufwandspauschale von 4 Euro je veranschlagter Stunde zu vergüten. In diesem Fall braucht der Verfahrenspfleger die von ihm aufgewandte Zeit und eingesetzten Mittel nicht nachzuweisen; weitergehende Aufwendungsersatz- und Vergütungsansprüche stehen ihm nicht zu.
- (4) Der Aufwendungsersatz und die Vergütung des Verfahrenspflegers sind stets aus der Staatskasse zu zahlen. Im Übrigen gilt § 168 Abs. 1 entsprechend.

Zivilrechtliche Haftung**§ 823 BGB Schadensersatzpflicht**

- (1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
- (2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 253 BGB Immaterieller Schaden

- (1) Wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, kann Entschädigung in Geld nur in den durch das Gesetz bestimmten Fällen gefordert werden.
- (2) Ist wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung Schadensersatz zu leisten, kann auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld gefordert werden.

Strafrechtliche Haftung**§ 239 StGB Freiheitsberaubung**

- (1) Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) Auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter
1. das Opfer länger als eine Woche der Freiheit beraubt oder
 2. durch die Tat oder eine während der Tat begangene Handlung eine schwere Gesundheitsschädigung des Opfers verursacht.
- (4) Verursacht der Täter durch die Tat oder eine während der Tat begangene Handlung den Tod des Opfers, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.
- (5) In minder schweren Fällen des Absatzes 3 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 4 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 240 StGB Nötigung

- (1) Wer einen Menschen rechtswidrig mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nötigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Rechtswidrig ist die Tat, wenn die Anwendung der Gewalt oder die Androhung des Übels zu dem angestrebten Zweck als verwerflich anzusehen ist.
- (3) Der Versuch ist strafbar.
- (4) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
1. eine Schwangere zum Schwangerschaftsabbruch nötigt oder
 2. seine Befugnisse oder seine Stellung als Amtsträger missbraucht.

§ 223 StGB Körperverletzung

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 229 StGB Fahrlässige Körperverletzung

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 225 StGB Misshandlung von Schutzbefohlenen

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
2. seinem Hausstand angehört,
3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr

1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

§ 278 StGB Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse

Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand

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.

Verfassungsrechtliche Regelungen

Art. 1 GG [Schutz der Menschenwürde, Menschenrechte, Grundrechtsbindung]

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Art. 2 GG [Freie Entfaltung der Persönlichkeit, Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit, Freiheit der Person]

- (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Art. 104 GG [Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung]

- (1) Die Freiheit der Person kann nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Festgehaltene Personen dürfen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden.
- (2) Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in eigenem Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln.
- (3) Jeder wegen des Verdachtes einer strafbaren Handlung vorläufig Festgenommene ist spätestens am Tage nach der Festnahme dem Richter vorzuführen, der ihm die Gründe der Festnahme mitzuteilen, ihn zu vernehmen und ihm Gelegenheit zu Einwendungen zu geben hat. Der Richter hat unverzüglich entweder einen mit Gründen versehenen schriftlichen Haftbefehl zu erlassen oder die Freilassung anzuordnen.
- (4) Von jeder richterlichen Entscheidung über die Anordnung oder Fortdauer einer Freiheitsentziehung ist unverzüglich ein Angehöriger des Festgehaltenen oder eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen.

Impressum

Herausgeber

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Sonnenberger Str. 2/ 2a, 65193 Wiesbaden

www.soziales.hessen.de

Redaktion: Holger Koch

betreuungsrecht@hsm.hessen.de

Telefon: 0611/32193542

Projekträger

Katholische Akademie des Bistums Fulda

Neuenberger Str. 3-5, 36041 Fulda

www.katholische-akademie-fulda.de

Verantwortlich: Dr. Marco Bonacker; Gunter Geiger

katholische.akademie@bistum-fulda.de

Telefon: 0661/8398-0

Autoren

Der Text berücksichtigt Beiträge von:

- Herrn Dr. phil Arnd T. May, Zentrum für Angewandte Ethik, Erfurt
 - Herrn Prof. Dr. Tobias Fröschle, Universität Siegen
 - Herrn Dr. Martin Jochheim, Hessischer Konsulentendienst
 - Frau Regine Krampen, Regierungspräsidium Gießen
 - Herrn Ingo Lay, Kommunikationstrainer
 - Herrn Dr. Patrick Liesching, Ltd. Oberstaatsanwalt, Fulda
 - Frau Marianne Martin, Hessischer Konsulentendienst
 - Herrn Bernd Trost, Franziska Schervier Altenhilfe Frankfurt
 - Herrn Michael Poetsch
 - Herrn Jonathan Wulff, Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Fulda
 - Herrn Dr. Jens Kleffmann, Klinikum Kassel
 - Frau Tanja Preis, antonius – gemeinsam Mensch in Fulda

Die Daten und Informationen wurden mit Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Ebenso ist eine Haftung des Herausgebers und seiner Beauftragten für eventuelle Personen, Sach- und Vermögensschäden ausgeschlossen.

Die Weitergabe an Dritte und die Vervielfältigung ist ohne die Einwilligung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration untersagt.

Dieses Curriculum wurde finanziert aus Mitteln des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration.

HESSEN



Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Sonnenberger Str. 2/2a
65193 Wiesbaden
<https://soziales.hessen.de>