

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2013

Vorgelegt von: Jonas Afonso de Faria

Matrikelnummer: 1971067

Adresse:



jonas.afonsodefaria@haw-hamburg.de

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Petra Weber

Zweite Prüfende: Frau Dr. Sünje Prühlen

Inhaltsverzeichnis

I

INHALTSVERZEICHNIS II1. EINLEITUNG 12. FREIHEITSENTZIEHENDE MAßNAHMEN (FEM) 4

2.1 FREIHEITSENTZIEHENDE MAßNAHMEN: EINE DEFINITION 4

2.2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN 5

2.3 ZAHLEN UND FAKTEN ZU FEM 9

3. DIE ENTSCHEIDUNGSPROZESSE FÜR FEM 103.1 DIE VORAUSSETZUNGEN FÜR GENEHMIGUNGSVERFAHREN VON FEM (§ 1906,
ABS. 4) 10

3.2 DIE AKTEURE IM VERFAHRENSPROZESS VON FEM 11

4. DAS PFLEGEVERSTÄNDNIS: VERANTWORTUNG DER PFLEGENDEN 18

4.1 WAS SIND DIE GRÜNDE FÜR DIE ANWENDUNG VON FEM? 18

4.2 WELCHES FACHWISSEN STEHT DEN PFLEGENDEN ZUR VERFÜGUNG 23

5. SCHLUSSFOLGERUNG 28ANHANG 30

ABBILDUNGSVERZEICHNIS 30

LITERATURVERZEICHNIS 30

LITERATURRECHE IN PUBMED 33

LEITFRAGEN FÜR DIE LITERATURRECHERCHE 36

1. Einleitung

Mit besonderem Interesse las ich in der Fachzeitschrift Die Schwester/Der Pfleger (01/12) den Artikel „Das fixierungsfreie Pflegeheim ist möglich“. Während meines Einsatzes im Pflegeheim war ich oft mit der Problematik generell konfrontiert und hatte mir die Frage gestellt, was ich als Pfleger zur Verwirklichung eines fixierungsfreien Pflegeheims beitragen könnte. Der von Stephan Lücke geschriebene Artikel, der auf einem Interview mit Prof. Dr. Thomas Klie basierte, rückte zudem die Fragen ins Zentrum, die ich mir ebenfalls während meines Einsatzes gestellt hatte:

Welche Formen der Fixierungen sind vorhanden? Welche Folgen können Fixierungen für die Betroffenen haben? Oder welche Maßnahmen sind in der Pflegepraxis hilfreich, um auf Fixierungen zu verzichten?

Besonders ein Vorfall während meines Einsatzes im Pflegeheim, bei dem sich eine Bewohnerin (ca. 85 Jahre alt) massive Verletzungen zufügte als sie sich ihr rechtes Bein zwischen Bettgitter und Bett einklemmte, weil sie wahrscheinlich aufstehen wollte, machte mir deutlich, dass es unterschiedliche Möglichkeiten gab, Bewohner in ihrer Bewegungsfreiheit einzuschränken. Aufgrund dieses Vorfalles begann ich, mich näher mit dem Komplex Fixierungen auseinanderzusetzen. Dies machte mir bewusst, dass Fixierungen nur eine Möglichkeit waren, Menschen ihre Freiheit zu entziehen. Damit rückten Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) als Ganzes ins Zentrum meines Interesses und wurden zum Ausgangspunkt für die folgende Arbeit. Dieses persönliche Interesse wurde noch verstärkt als ein Dokumentarfilm über die Folgen von FEM in Pflegeheimen berichtete und bei mir die Bilder des bereits beschriebenen Zwischenfalls wieder wach rief. Ich stellte mir erneut Fragen zu FEM, die nun einen persönlichen Bezug aufwiesen: Gehören FEM, wie z.B. Bettgitter, zur Routine und zur Normalität im Alltag des Pflegeberufes? Sind FEM unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll und wann gibt es Alternativen? Inwieweit hängen FEM und Personalausstattung zusammen? Oder können FEM durch zusätzliche Fortbildungsmaßnahmen vermieden werden?

All diese Fragen beschäftigten mich besonders in meiner Rolle als Pfleger und führten letztendlich dazu, dass ich mir das Thema „FEM in der Pflege“ für meine Bachelorarbeit auswählte.

Daher entwickelte ich die folgenden Fragen für meine Bachelor-Arbeit:

Welche Rolle nehmen die Pflegenden in den Entscheidungsprozessen für den Einsatz von FEM ein und welche Verantwortung tragen sie dabei?

Eine erste Annäherung an FEM in der stationären Altenpflege in Deutschland konnte durch die Nutzung der existierenden Literatur vorgenommen werden. Eine erste Recherche zum aktuellen Forschungs- und Wissensstand zu FEM wurde durch eine systematische Literaturrecherche in den Verbundkatalogen der Universitätsbibliotheken Hamburg sowie in der Datenbank PubMed umgesetzt. Damit konnten sowohl nationale wie internationale, d.h. deutsch- wie englisch-sprachige Publikationen für die Bearbeitung der aufgeworfenen Fragen herangezogen werden (siehe zur Literatur- und Datenrecherche die im Anhang beigefügte Übersicht). Durch die Nutzung verschiedener Internetdaten von Organisationen und Verbänden (z.B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium der Justiz und Bundesministerium für Gesundheit; Spitzenverband der deutschen Krankenkassen e.V.) konnten zudem wichtige Basisdaten für die Arbeit eingesehen und benutzt werden.

Von besonderer Relevanz für die Arbeit waren die Studie „Redufix“, die unter der Verantwortung von Thomas Klie entstanden ist (ein Modellprojekt zur Reduktion körpernaher Fixierung, 2004-2006), sowie die „Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“ von Gabriele Meyer und Sascha Köpke (Laufzeit: 2007-2011). Zudem wurde der Ansatz des „Werdenfelser Wegs“ analysiert, der die Ziele verfolgt, Entscheidungsprozesse über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zu verbessern und Fixierungen auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren.

Die Arbeit folgt daher der folgenden Strukturierung: nach einer kurzen Einleitung wird im zweiten Kapitel der vorliegenden Arbeit der Begriff FEM definiert und die rechtliche Verortung von FEM vorgenommen. Durch die Benennung der entsprechenden Gesetze und Paragraphen wird der rechtliche Rahmen deutlich gemacht, in dem sich die Pflegenden bewegen und handeln müssen. Im dritten Kapitel folgt zur genaueren Klärung der eigentlichen Rolle der Pflegenden in den Entscheidungsprozessen für FEM, eine genaue Analyse der Akteure sowie deren rechtlichen und medizinischen Einflussmöglichkeiten. Außerdem wird durch die Darstellung der Position der Pflegenden im Netzwerk der Akteure deutlich die eigentliche Wichtigkeit der Pflegenden herausgearbeitet. Im vierten Kapitel rücken die Pflegenden sowie ihr Pflegeverständnis ins Zentrum des Interesses. Durch eine breite Analyse der existierenden Forschungsstudien werden nicht nur die Gründe für den Einsatz von FEM hinterfragt, sondern auch der Einfluss des persönlichen Pflegeverständnisses auf den Einsatz von FEM aufgezeigt. Durch eine kurze Vorstellung der zwei zentralen Studien „Redufix“ und „Leitlinie FEM“ wird kurz der Forschungsstand dargestellt werden und der Einfluss der Studien auf die Pflegenden thematisiert. Die Schlussfolgerung fasst die erarbeiteten Ergebnisse zu FEM in der Pflege zusammen und beantwortet die zu Beginn aufgeworfenen Fragen.

2. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

2.1 *Freiheitsentziehende Maßnahmen: eine Definition*

Eine Annäherung an die Fragen zu FEM bedingt eine gründliche Auseinandersetzung mit dem Begriff der Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM). Das in den letzten Jahrzehnten zunehmende Interesse an diesem Thema hat zu einer Unmenge an Definitionen des scheinbar feststehenden Begriffs FEM geführt.

Bereits 1998 definierte Andrea P. Retsas in seiner Studie *Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia* FEM folgendermaßen:

„[...] a physical restraint was defined as any device, material or equipment attached to or near a person's body and which cannot be controlled or easily removed by the person and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent a person's free body movement to a position of choice and/or a person's normal access to their body“ (Retsas, 1998, S. 186).

Auch David Evans (et al.) folgte 2002 in seiner Studie zu FEM dieser breit aufgestellten Definition und schloss u.a. Fixierungswesten/Zwangsjacken, Gurte, Bänder, Rollstuhlbremsen, Stuhltische sowie Bettgitter mit ein (Evans et al., 2002, S. 617). Wie grundlegend diese beiden Definitionen für Untersuchungen zu FEM geworden waren, lässt sich daran erkennen, dass 2009 eine Leitlinienentwicklungsgruppe für FEM aus 16 Expertinnen und Experten die folgende sehr nah an Retsas und Evans orientierte Definition von FEM, die N. Hardenberg in seiner unveröffentlichten Studie „Freiheitsentziehende Maßnahmen in der stationären Altenhilfe“ (2008) aufstellte, in die Praxisleitlinien zu FEM aufnahm:

„Eine körpernahe freiheitseinschränkende Maßnahme ist eine Handlung, ein mechanischer, technischer oder anders gearteter Gegenstand am Körper oder

in der Nähe des Körpers der Bewohnerin, die sie nicht einfach und ohne Hilfe kontrollieren, entfernen oder sich aus ihr befreien kann. Die Maßnahme behindert eine freie Körperbewegung in eine Position der Wahl oder an einen Ort der Wahl oder den normalen Zugang zum eigenen Körper und erfolgt gegen den Willen der Bewohnerin“ (zitiert nach Köpke et al., 2009, S. 22).

Die aufgezeigten Definitionen bezeugen, dass sich in nationalen wie internationalen Studien die Definitionsinhalte von FEM über das letzte Jahrzehnt nur wenig verändert haben. Dennoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es neben den genannten körpernahen freiheitsentziehenden Maßnahmen auch weitere Formen von FEM gibt, wie z.B. Psychopharmaka oder Wohnungseinsperrungen u.ä. In dieser Arbeit wird aber den genannten Definitionen gefolgt und ein besonderer Fokus auf die körpernahen FEM gelegt.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Der Einsatz von FEM ist bis heute hoch umstritten, da sie die verfassungsrechtlichen Freiheitsrechte als auch die Würde des Menschen anzugreifen drohen. Gerade dieser Eingriff in die eigentlich verbrieften Rechte zwingt den Gesetzgeber, klare Rahmenbedingungen für den Einsatz von FEM zu schaffen. Damit wird deutlich, dass der staatliche Gesetzgeber intensiv in den Komplex von FEM involviert ist. Neben der eigentlichen Definition von FEM sind somit die gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. Gesetzbestimmungen zentral, um FEM genauer fassen zu können.

Viele nationale wie internationale Forschungsstudien haben bereits festgestellt, dass der Einsatz von FEM in der Altenpflege die Grundrechte eines jeden Menschen, deren Unabhängigkeit und Freiheit sowie deren Menschenwürde untergraben kann (Retsas, 1998, S. 189; Koczy 2011, S. 333). Als leitendes Ideal, welches geschützt werden muss, steht die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland und der 2. Artikel, Absatz 2 des Grundgesetzes voran:

„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.“ (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 2010, S. 15).

Mit dieser Aussage des Grundgesetzes wird die Freiheit eines jeden Menschen zu einem Rechtsgut erhoben, welches ausdrücklich durch die deutsche Rechtsordnung geschützt wird. Eine Einschränkung dieser verbrieften Freiheit muss damit strengen Regeln, d.h. Gesetzen folgen. Die Möglichkeit, die verfassungsrechtlich gesicherten Freiheiten zu beschränken, wird durch den Artikel 104 des Grundgesetzes (GG) geregelt, der den Einsatz und die Umsetzung von Freiheitsentziehungen zum Inhalt hat und die Entscheidungsprozesse an eine richterliche Entscheidung bindet sowie die psychische und physische Unversehrtheit des Betroffenen als oberste Leitlinie festschreibt (Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, 2010, S. 91).

Nur unter streng überwachten Voraussetzungen ermöglicht so das Gesetz z.B. im Kontext der Pflege die Einschränkung des eigentlich unantastbaren Rechtsgutes der Freiheit. Auch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt wichtige Eckpunkte für den Einsatz von FEM, wie z.B. im § 1896 Absatz 1 die Bestellung eines Betreuers sowie im § 1906 die Prozesse zur Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung von Betreuten. Damit werden Akteure und Prozesse festgelegt, die regeln wann und unter welchen Bedingungen die Freiheit eines Menschen eingeschränkt werden darf. Auch hier treten erneut das Wohl des Betreuten sowie die Bindung an richterliche Genehmigungsverfahren deutlich hervor (BGB, 2013, S. 397, 402; Bundesministerium der Justiz, 2012, S. 5, 9, 19).

Wie stark der Schutz dieses Grundrechts auf Freiheit ist, wird zudem durch die Bestimmungen des Strafgesetzbuches (StGB) unterstrichen. Der § 239 Absatz 1 des StGB definiert dabei den Tatbestand der Freiheitsberaubung bzw. des Freiheitsentzugs wie folgt:

„Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft“ (StGB).

Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) stellt im § 415 („Freiheitsentziehungssachen“) außerdem fest, dass „eine Freiheitsentziehung vorliegt, wenn einer Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit insbesondere in einer abgeschlossenen Einrichtung, wie in einem Gewahrsamsraum oder einem abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses, die Freiheit entzogen wird“ (FamFG). Dies bedeutet, dass nicht nur die reale Behinderung der persönlichen Bewegungsfreiheit eines Bewohners strafrechtlich verfolgt werden kann, sondern auch die Behinderung einer willentlich basierten Bewegungsfreiheit, die real vielleicht nicht mehr möglich ist.

Die komplexe juristische Sachlage versuchten Thomas Klie und Birgit Hoffmann dadurch deutlicher herauszuarbeiten, indem sie eine Unterscheidung zwischen „freiheitsentziehenden“, „freiheitseinschränkenden“ und „freiheitsbeschränkenden“ Maßnahmen machten.

Sie definierten freiheitsentziehenden Maßnahmen auf der Basis des Artikels 104 des GG und des § 1906 Absatz 1 und 4 des BGB und hielten hierbei besonders Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen, die Zeitdauer sowie die Intensität der Behinderung der körperlichen Bewegungsfreiheit für zentral. Als freiheitsbeschränkende Maßnahmen sahen sie dagegen all diejenigen Eingriffe an, die „die Bewegungsfreiheit in nur geringer Intensität und von kurzer Dauer“ beschränkten. Freiheitseinschränkende Maßnahmen verstanden sie wiederum als Oberbegriff für jeglichen Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit, die durch Artikel 2, Absatz 2 des GG geschützt sind (Hoffmann/Klie, 2004, S.13-14; Vgl. auch Köpke et. al., 2009, S. 73).

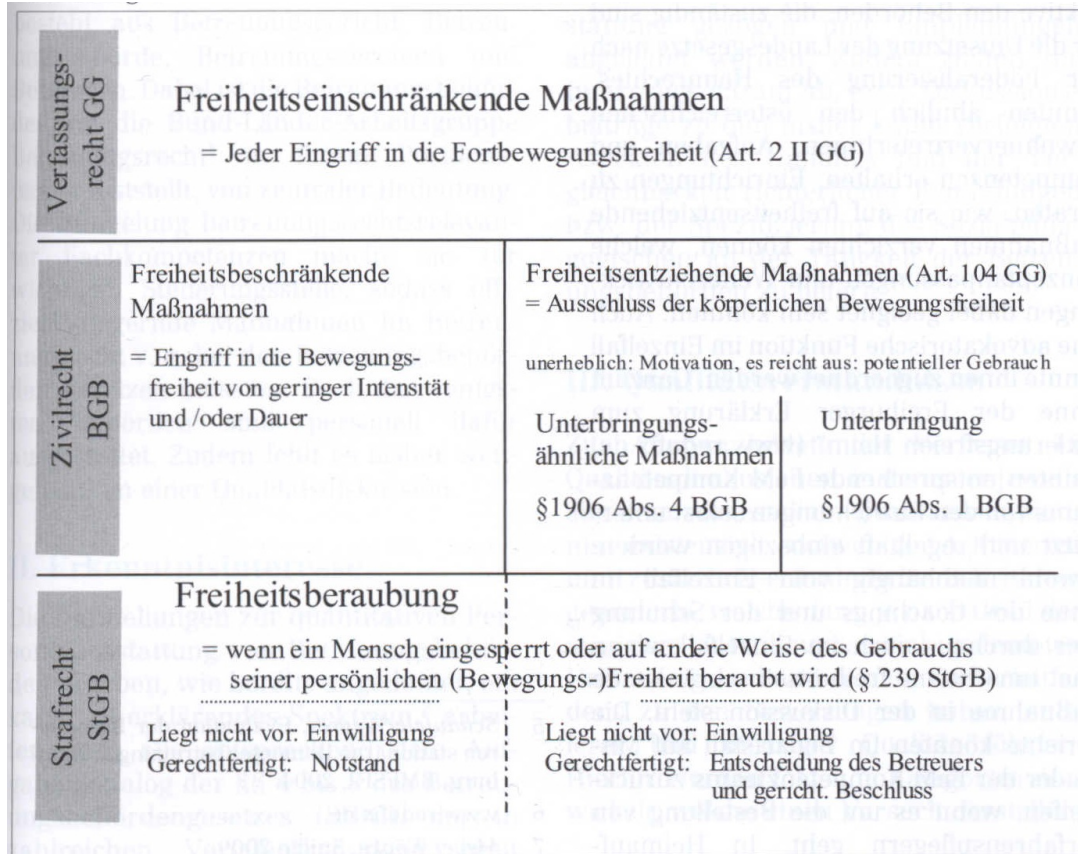


Abbildung 1: Rechtliche Abgrenzung der Freiheitsbegriffe

Die schematische Graphik verdeutlicht, in welcher juristischen Gemengelage sich besonders das Pflegepersonal im Kontext von FEM bewegen muss. In der vorliegenden Arbeit wird dabei ein besonderer Fokus auf dem Sachverhalt des Ausschlusses der körperlichen Bewegungsfreiheit in unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach dem § 1906 Absatz 4 gelegt. Unter unterbringungsähnliche Maßnahmen werden all jene Handlungen verstanden, die „ohne Unterbringung zu sein, zum Entzug der Bewegungsfreiheit führt“ (Weber, 2007, S. 90), d.h. z.B. der Einsatz von Bettgittern, Gurten etc. in einer offenen Abteilung eines Pflegeheims oder ähnlichen Einrichtungen. Da sich diese Arbeit auf die Situation in der deutschen stationären Altenpflege bezieht, ist der genannte Paragraph von besonderer Bedeutung. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Zahlen und Fakten zu FEM aufzeigen, in welchem Umfang sich die Pflegenden mit FEM auseinandersetzen müssen bzw. in welchem Umfang FEM in deutschen Pflegeheimen im Einsatz sind.

2.3 Zahlen und Fakten zu FEM

Die Vielfältigkeit von FEM im Sinne von körpernahen FEM ist bereits in der Definitionsübersicht deutlich geworden. Nationale wie internationale Studien stellten aber fest, dass gerade Bettgitter und Gurte zu den am häufigsten eingesetzten FEM gehören. 1998 untersuchte bereits Retsas die prozentuale Verteilung von FEM und kam zu dem Ergebnis, dass es zu rund 39% Bettgitter-Einsatz und 29% Gurteinsatz kam (Retsas, 1998, S. 187). In einer deutschen Studie stellte auch Sascha Köpke u.a. eine Prävalenz von FEM zwischen 30,6%-31,5% in deutschen Altenheimen fest, wobei der Einsatz von Bettgittern zwischen 28,3%-29,2% lag. Somit zählt auch in deutschen Altenheimen das Bettgitter zu der am häufigsten beobachteten FEM (Köpke, 2012, S. 2181 [Tabelle 2]). Die Zahlen des 3. Pflegeberichts des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) aus dem Jahre 2012 bestätigte erneut die hohe Quote des Einsatzes von Bettgittern und Gurten. Bei einer Stichprobe von n = 61.733 BewohnerInnen zwischen 2011-2012 ergab der Bericht eine Prävalenz von FEM in der stationären Pflege von 20%, wobei wieder Bettgitter zu den häufigsten FEM gehörten (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2012, S. 60).

Obwohl hier daraufhin gewiesen werden muss, dass es einigen Studien zufolge nationale Unterschiede im Einsatz von FEM gibt, sind die angeführten Zahlen im Kontext von deutschen Pflegeheimen weitgehend nachgewiesen (Siehe zu den nationalen Unterschieden: Retsas, 1998, S. 185; Vgl. auch Köpke et al., 2009, S. 25). Im Folgenden soll daher die Entscheidungsprozesse genauer herausgearbeitet werden und die Rolle der Pflegenden analysiert werden.

3. Die Entscheidungsprozesse für FEM

3.1 Die Voraussetzungen für Genehmigungsverfahren von FEM (§ 1906, Abs. 4)

Nachdem sich die Arbeit anhand von der definitorischen und gesetzlichen Seite FEM angenähert hat, soll die Komplexität der Entscheidungsprozesse für FEM im Folgenden durch eine Analyse der eigentlichen Akteure herausgearbeitet werden. Zu den Akteuren zählen dabei nicht nur Pflgende, Ärzte, Bewohner und Angehörige, sondern auch Betreuer, Richter und in machen Fällen Verfahrenspfleger.

Im vorherigen Kapitel wurde bereits beschrieben, wie deutlich der Einsatz von FEM vom Gesetzgeber reglementiert und fast ausschließlich an richterliche Entscheidungen gebunden wird (eine Ausnahme bildet hier allein eine akute Notlage: Notstand im Sinne des § 34 StGB). Der § 1906, Abs. 4 ist hierbei besonders entscheidend und legt die jeweiligen Prozesse eindeutig fest. Deutlich muss betont werden, dass falls bei einem Bewohner der Einsatz von FEM als Möglichkeit herangezogen wird, zunächst festgestellt werden muss, ob für den Einsatz einer Maßnahme überhaupt eine richterliche Genehmigung notwendig ist. Denn nicht jede Maßnahme ist gleichbedeutend mit einer FEM. Rechtlich gesehen, liegt erst eine FEM vor, wenn die Eingriffe gegen oder ohne den Willen der Betroffenen (siehe § 415, Abs. 2, FamFG) in einem Heim, Anstalt oder sonstigen Einrichtung über einen längeren Zeitraum und von einer besonderen Intensität durchgeführt werden (Vgl. § 1906, Abs. 4 BGB). Ist der Bewohner einwilligungsfähig und willigt¹ in die Maßnahmen ein, so ist die gesetzlich geforderte richterliche Genehmigung nicht mehr zwingend notwendig (Vgl. Niehues-Pröbsting, 2011, S. 3-4). Sobald aber diese willentliche Entscheidung nicht mehr vorliegt, setzt ein geregelter Verfahrensprozess ein. Wie genau die einzelnen Akteure im Verfahrensprozess zusammenarbeiten bzw. von einander abhängig sind, soll im Folgenden kurz umrissen werden.

¹ „Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung sind Aufklärung und Einsichtsfähig des Patienten“ (Werber, 2007, S. 91).

3.2 Die Akteure im Verfahrensprozess von FEM

Angehörige und Betreuer

Zwei wichtige Akteure im Kontext von FEM stellen die Angehörigen und richterlichen Betreuer dar. Grundsätzlich läßt sich festhalten, dass Angehörige oft zu den wichtigsten Ansprechpartnern und Vertrauenspersonen für die jeweiligen Bewohner sowie für die Einrichtungen bzw. für die Pflegenden gehören. In vielen Fällen sind die Angehörigen mit einer persönlichen Vollmacht² des Bewohners ausgestattet, die es ihnen erlaubt z.B. über gesundheitliche, finanzielle oder soziale Fragen im Interesse des Bewohners zu entscheiden. Als Bevollmächtigte können somit Angehörige zu wichtigen Entscheidungsträgern werden. Diese besondere Position der Angehörigen ist im Kontext von FEM hingegen nicht so bedeutend. Dies heißt z.B., dass die Angehörigen nicht im Alleingang den Einsatz von FEM, wie z.B. den Einsatz von Bettgittern, in Anstalten und Heime umsetzen bzw. von Pflegenden einfordern dürfen oder können (Vgl. Beschluss Bundesgerichtshof BGH-XII ZB2412, 2012).

Dennoch werden die Angehörigen oft zu entscheidenden Meinungsträgern und vertreten in den Entscheidungsprozessen von FEM einen eindeutigen Standpunkt. Denn sowohl ein Heim oder eine Anstalt als auch die Angehörigen können Anregungen zur Überprüfung der Notwendigkeit von FEM geben. Diese Überprüfung der Notwendigkeit wird durch ein richterliches Genehmigungsverfahren durchgeführt. Als ein besonderes Spezifikum ist hier die Einsetzung von richterlichen Betreuern zu nennen, die letztendlich den eigentlichen Antrag für den Einsatz von FEM anfordern und somit für die Aufgabenkreise „Aufenthaltsbestimmung“, „Gesundheitsfürsorge“ sowie „Entscheidung über den Einsatz von FEM“ befugt werden (Vgl. Niehues-Pröbsting, 2011, S. 10-11). Betreuer können dabei all jene natürlichen Personen werden, die nach § 1897 des BGB im rechtlichen Sinne den Betroffenen in den jeweiligen Aufgaben-

² „Vollmacht ist die durch Rechtsgeschäft einer anderen Person erteilte Vertretungsmacht. Sie wird in der Regel durch Erklärung des Vollmachtgebers (Sie) gegenüber der zu bevollmächtigenden Person (Vertrauensperson) erteilt. Wie jedes Rechtsgeschäft setzt diese Erklärung die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers oder der Vollmachtgeberin voraus“ (Bundesministerium der Justiz, 04/2012, S. 38).

gebieten, die das Gericht festlegen muss, vertreten können. Besondere Wünsche eines Bewohners können bei der Wahl eines Betreuers berücksichtigt werden und soweit kein Interessenskonflikt vorliegt auch befolgt werden. Explizit ausgenommen werden Beschäftigte von Anstalten, Heimen und sonstigen Einrichtungen in denen der Bewohner untergebracht ist und somit ein Abhängigkeitsverhältnis besteht. Angehörige können daher, wenn es zu keinen Vorbehalten seitens des Betreuungsgerichts kommt, zum Betreuer bestimmt werden. Eine automatische Einsetzung der Angehörigen zu Betreuern gibt es hingegen nicht. Außerdem gibt es die Möglichkeit, dass Vereine oder Behörden, d.h. Institutionen die sich beruflich darauf spezialisiert haben, die Position des Betreuers übernehmen.

Betreuungsgericht und Richter

Ein weiterer Akteur im Verfahrensprozess ist das Betreuungsgericht, das zwei grundlegende Entscheidungen trifft: Zum ersten bestellt das Betreuungsgericht, soweit der Bewohner keinen gerichtlichen Betreuer oder einen von ihm Bevollmächtigten hat, einen zuständigen Betreuer. Nach einer genauen Überprüfung des jeweiligen Antrages und der Fallkonstellation bestimmt das Betreuungsgericht, wer diesen Posten übernehmen darf und für welche Aufgabenkreise derjenige zuständig ist.

Zum zweiten ist das Betreuungsgericht die Instanz, die schlussendlich über den Einsatz von FEM im Rahmen des § 1906, Abs. 4 des BGB entscheidet. Dabei ist der Richter vom Gesetzgeber verpflichtet sowohl bei der Bestellung eines Betreuers als auch vor einer endgültigen Genehmigung/Ablehnung des Einsatzes von FEM in den Kontakt mit dem Bewohnern zu treten (§ 319 FamFG; § 278 FamFG, Abs. 1). Als einzige Argumente, die gegen diese persönliche Begutachtung sprechen können, werden im § 34, Abs. 2 FamFG die folgenden genannt: 1. wenn nach ärztlichem Gutachten hiervon erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu besorgen sind oder 2. der Betroffene nach dem unmittelbaren Eindruck des Gerichts offensichtlich nicht in der Lage ist, seinen Willen kundzutun. In einem Artikel von Thomas Klie im Jahre 2010 wies

dieser darauf hin, dass in der Praxis die Unterbesetzung der Betreuungsgerichte immer öfter dazu führt, dass die gesetzlich vorgeschriebene Anhörung unterbleibt (Klie, 2010, S. 110).

Aber nicht nur in der Entscheidung ob FEM zum Einsatz kommen, ist das Betreuungsgericht zentral, sondern auch in der Frage wie und wie lange. Die Entscheidung in welcher Art und Weise sowie wie lange eine FEM eingesetzt wird, liegt in den Händen der Richter. Diese enorme Verantwortung aber auch der Arbeitsaufwand, der damit auf den Richtern liegt, thematisierte u.a. der Bericht des MDS 2012. Dieser stellte fest, dass bei ca. 20% (n=11.514) der von FEM betroffenen Bewohnern einer selbst durchgeführten Studie eine fortlaufende Überprüfung, ob FEM noch notwendig waren, nicht stattfand (MDS, 2012, S. 60).

Die Graphik der im Sinne von § 1906, Abs. 4 des BGB genehmigten und abgelehnten unterbringungsähnlichen Maßnahmen zwischen 1992 und 2011 verdeutlicht außerdem einerseits einen enormen Anstieg an Verfahren generell, andererseits aber auch, wie hoch die positive Genehmigungsquote der Verfahren allgemein ist (siehe Graphik).³ Dies ist u.a. dadurch zu erklären, dass die Anregungen für den Einsatz von FEM durch Pflegenden gegeben wurden und damit deutliche medizinische und pflegerische Gründe für einen Einsatz von FEM zur Begründung herangezogen werden können. Die Richter, die zwar eine persönliche Begutachtung in den meisten Fällen vornehmen, besitzen aber oft nur bedingt ein umfassendes Pflegewissen und sind somit sowohl auf das Fachwissen der Ärzte als auch der Pflegenden angewiesen. So lässt es sich u.a. erklären, dass die Anregungen für den Einsatz von FEM, die von Ärzten oder Pflegenden ausgingen, in vielen Fällen genehmigt wurden (Kirsch, 2008, S. 2-3; Vgl. Köpke et.al., 2009, S. 53).

³ 1992 ist dabei von besonderer Bedeutung, weil in diesem Jahr das Betreuungsgesetz eingeführt wurde, das das alte Vormundschafts- und Pflegeschäftsrecht ablöste (Klie, 2009, S. 75).

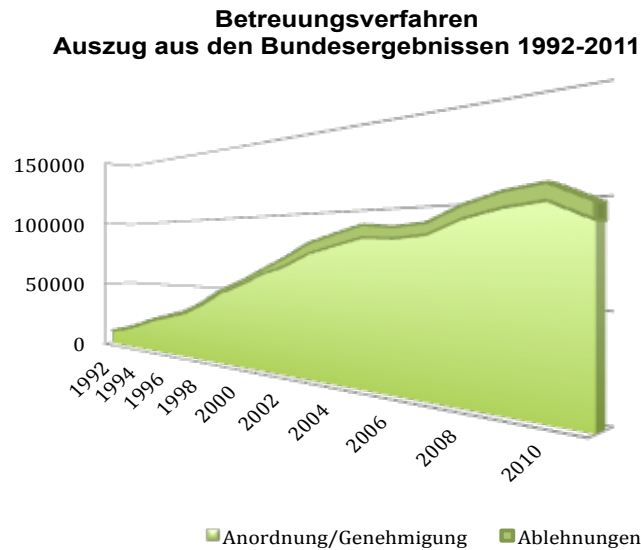


Abbildung 2: Betreuungsverfahren: Auszug aus den Bundesergebnissen 1992-2011

Verfahrenspfleger

Als ein weiterer wichtiger Akteur im Kontext von FEM können die Verfahrenspfleger angesehen werden. Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) regelt im Rahmen des „Verfahren[s] in Betreuungs- und Unterbringungssachen“ (§ 276; § 317) die Funktion, die Aufgaben sowie die Bestellungserfordernis und in § 277 die Vergütung und den Aufwendungsersatz des Verfahrenspflegers. Im Bezug auf § 1906, Abs. 4 des BGB wird durch das Gericht ein Verfahrenspfleger bestellt, „wenn dies zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen erforderlich ist“ (§ 317, Abs. 1 FamFG).

Eine zentrale Funktion des Verfahrenspflegers ist hierbei u.a. als „Unterstützer“ im Verfahren aufzutreten und den Bewohnern über seine Rechte und Pflichten aufzuklären. Falls kein Verfahrenspfleger in den Entscheidungsprozess mit einbezogen wird, muss das Gericht dies begründen. Die Funktion eines Verfahrenspflegers kann laut dem Gesetz jede natürliche Person übernehmen. Dabei besteht die Möglichkeit, als ehrenamtliche oder berufsmäßige Person diese Funktion anzunehmen (vgl. Bundesministerium der Justiz, 04/2012, S. 27). Bis heute nehmen in den meisten Fällen Rechtsanwälte diese Position ein (Kirsch, 2008, S. 3).

Der Landkreis Garmisch-Partenkirchen hat erkannt, dass im komplexen Verfahrensprozess für FEM die Pflegenden viel mehr einbezogen werden müssen, da alle anderen Beteiligten zumeist von den Einschätzungen und Informationen der Pflegenden abhängig sind (vgl. Kirsch, 2008, S. 2-3). Somit entwickelte der Landkreis Garmisch-Partenkirchen im Jahre 2007 den Ansatz des „Werdenfelser Weges“. Mit dieser Initiative sollte die Funktion des Verfahrenspflegers neu belebt werden, in dem die Pflegenden durch Schulungen im juristischen Gebiet fortgebildet und damit zu ganzheitlichen Verfahrenspflegern ausgebildet wurden. Denn bis zu diesem Zeitpunkt war die Position des Verfahrenspflegers oft von Rechtsanwälten übernommen worden, die genau so wie das Betreuungsgericht nur wenig pflegerisches Fachwissen aufwiesen (vgl. Kirsch, 2008, S. 2ff).

Der Verfahrenspfleger nach dem „Werdenfelser Weg“ soll nicht nur den Bewohner im Rahmen von juristischen Unklarheiten unterstützen, sondern vielmehr sein pflegerisches Fachwissen in den Verfahrensprozessen einfließen lassen und damit dem Heim, den Pflegenden und Angehörigen des Betreuten die Möglichkeit geben, über die geplanten Maßnahmen zu diskutieren, Alternativen anzuerkennen bzw. Vorschläge in einer Praxiszeit zu erproben und zu beurteilen (Kirsch, 2008, S. 5-6).

Ärzte

Für das Genehmigungsverfahren von FEM im Rahmen des § 1906, Abs. 4 des BGB ist ein ärztliches Zeugnis unbedingt erforderlich (Vgl. auch § 321, Abs. 2, FamFG). Damit wird auch ein Arzt zu einem wichtigen Akteur im Kontext von FEM. Der entsprechende Arzt muss dabei weder ein Arzt mit Schwerpunkt Psychiatrie noch mit Erfahrungen in diesem oder einem ähnlichen Gebiet sein (Siehe Niehues-Probsting, 2011, S. 12).

Gerade wenn es um die Vermeidung von FEM geht, rücken die medizinischen Informationen und Beurteilungen im Verfahrensprozess ins Zentrum des Interesses. Der Arzt wird damit zu einem entscheidenden Akteur, da er mit seiner medizinischen Diagnose den Einsatz von FEM erklären bzw. andere me-

dizinische Alternativen begründen und einfordern kann. Dabei müssen aber die Ärzte eng mit den Pflegenden zusammenarbeiten, um die relevanten medizinischen Informationen zu erhalten und damit den Einsatz von FEM abwägen zu können. Die eigentliche Entscheidung obliegt aber der richterlichen Gewalt. Das diese alleinige Fokussierung auf die richterliche Gewalt nicht überall so gesehen wird, verdeutlicht ein Blick nach Österreich, wo Ärzte und Pflegende eine viel höhere Einflussmöglichkeit haben und als Experten über FEM entscheiden können (Klie, 2010, S. 110-111).

Die Pflegefachkraft

Die Pflegefachkraft, die auf dem ersten Blick allein für die sach- und fachgerechte sowie Bewohner-orientierte Umsetzung von FEM verantwortlich ist, zählt wie schon an mehreren Stellen angeklungen ist zu der eigentlich wichtigsten Person in den Entscheidungsprozessen von FEM. Denn oft bringen die Pflegende FEM ins Gespräch bzw. regen diese an, da sie sich im direkten Kontakt mit den Bewohnern befinden, diese genau kennen und einschätzen können. Das Bedürfnis nach FEM aus Sicht der Pflegenden, der Angehörigen und Ärzte bedingt dabei immer die Pflegenden und ihr Fachwissen sowie ihre Einschätzungskompetenz. Die Pflegefachkraft wird damit zum Informationssammler und Empfehlungsgeber, ob FEM eingesetzt werden sollten oder eben nicht und außerdem zum wichtigen Knotenpunkt für die verschiedenen Berufsgruppen. Dies beinhaltet zwar nicht die eigentliche Befugnis, FEM eigenmächtig einzuführen, denn dies geht weit über die eigenen Kompetenzen der Pflegefachkraft hinaus. Dennoch wird damit klar, dass die Pflegenden Impulsgeber, Umsetzer und Dokumentierer von FEM sind und damit im Kontext von FEM zur eigentlichen zentralen Instanz zählen (Siehe dazu die folgende Graphik).

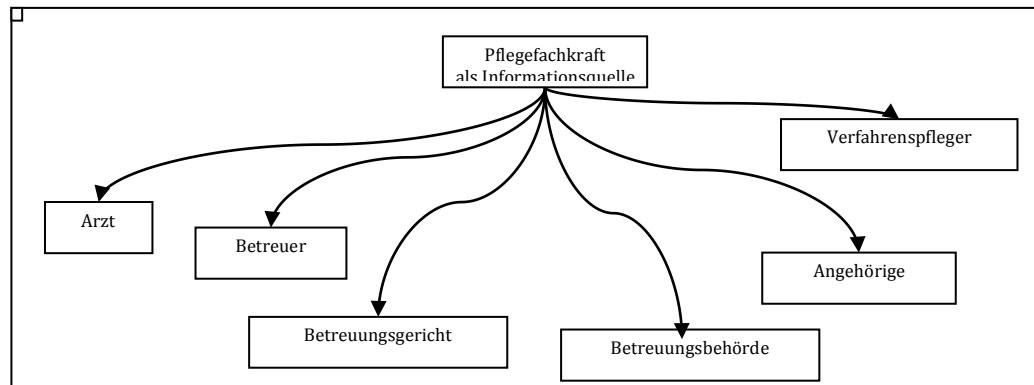


Abbildung 3: Die Rolle der Pflegenden im Netzwerk der Entscheidungsprozesse für FEM

Wie komplex die Aufgaben der Pflegenden im Kontext von FEM wirklich sind, zeigt im folgenden die schlagwortartige Auflistung wichtiger Kernaufgaben:

- a) die Pflegefachkraft muss die aktuelle Gesetzeslage kennen, um u.a. den Haftungsschutz für das Heim, aber auch die persönliche Absicherung einschätzen zu können,
- b) die Möglichkeiten zur Anregung der Bestellung eines Betreuers kennen,
- c) die Anregung zur Verfahrensgenehmigung von FEM kennen und sich sicher in diesem Prozess fühlen,
- d) fachlich mit FEM umgehen können.

Damit wird deutlich, dass die Pflegenden entscheidende Einflussnehmer in der Frage sind, ob FEM eingesetzt werden sollen oder nicht. Obwohl bislang nur wenige Forschungsstudien die Rolle der Pflegenden bei den Entscheidungsprozessen thematisiert haben, zeigt die vorgenommene Verortung der Pflegenden im Netzwerk der Akteure, dass sie zwar nicht die eigentliche Entscheidungen fällen können, aber dennoch im Zentrum von FEM stehen (Köpke et.al., 2009, S. 53).

4. Das Pflegeverständnis: Verantwortung der Pflegenden

Nachdem im Kapitel 2 die gesetzlichen Grundlagen, in denen sich die Pflegenden im Bezug auf den Umgang mit FEM bewegen müssen, ausführlich dargestellt und im Kapitel 3 die Stellung der Pflegenden im Verfahrensprozess zur Genehmigung des Einsatzes von FEM erörtert wurden, wird im folgenden Kapitel die Rolle der Pflegenden in Bezug auf die Vermeidung bzw. Reduzierung von FEM genauer diskutiert.

4.1 Was sind die Gründe für die Anwendung von FEM?

Wie schon an mehreren Stellen dieser Arbeit erwähnt wurde, sind die Anwendungszahlen von FEM in den deutschen Pflegeheimen hoch. Grundsätzlich werden oft die folgenden Gründe als Rechtfertigung angeführt, um FEM als ein wichtiges Instrument in der Betreuung und Behandlung einzusetzen.

1. Pflegende möchten sturzgefährdete Bewohner vor Verletzungen durch Stürze schützen (Sturzprophylaxe/Prävention),
2. Pflegende fühlen sich gegenüber dem Arbeitgeber, den Angehörigen und dem Gesetzgeber verpflichtet, für die Sicherheit der Bewohner zu sorgen, wodurch FEM zum Einsatz kommen,
3. Pflegende fühlen sich unsicher im Bezug auf die rechtlichen Grundlagen und setzen so FEM aus Angst vor Haftungsansprüchen ein,
4. Pflegende/Angehörige sehen in FEM, eine Möglichkeit, desorientierte oder kognitiv beeinträchtigte Bewohner besser zu kontrollieren (FEM als Maßnahme bei Weglauftendenz),
5. FEM werden z.T. als Entlastungsmaßnahme bei Bewohnern mit herausforderndem Verhalten (Aggressivität/Unruhe) eingesetzte, besonders im Zusammenhang mit einer geringen Personalkapazität (Überlastung der Pflegenden)

6. Pflegende verfügen über nur geringes Wissen über mögliche Alternativen zu FEM.

Auch Sascha Köpke u.a. fassten die Ergebnisse von einer Reihe nationaler und internationaler Studien zusammen, die zwischen 2001 und 2007 publiziert wurden und sich mit den Gründen für den Einsatz von FEM beschäftigten. Die Ergebnisse seiner Überblicksrecherche bezogen sich dabei auf 18 relevante Studien und nutzten dabei die bereits erschienene „systematische Übersichtsarbeit“, die Evans u.a. in seiner Untersuchung *Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis* ausgeführt hatten. Beide Studien gingen der Frage „nach den Gründen für den Einsatz von FEM im stationären Setting der beruflichen Altenpflege“ nach. Die oben genannten sechs Annahmen bzw. Rechtfertigungen für den Einsatz von FEM fasste Sascha Köpcke u.a. zusammen und unterteilte diese in vier Hauptkategorien:

- 1) Patientenorientierte Gründe,
- 2) Personal- und organisationsorientierte Gründe,
- 3) Behandlungsorientierte Gründe,
- 4) sozial-orientierte Gründe (Siehe Köpke et. al. 2009, S. 28-29).

Anhand dieser vier Hauptkategorien soll im Folgenden die Rolle der Pflegenden genauer beleuchtet werden und der eigentliche Einfluss der Pflegenden auf den Einsatz von FEM hinterfragt werden.

Patientenorientierte Gründe

In seiner Überblicksrecherche stellten Köpke u.a. fest, dass „patientenorientierte Gründe“, d.h. all die Maßnahmen, die zur Sicherheit der Bewohner durchgeführt werden, als Hauptargumente für FEM angeführt werden (Köpke et. al. 2009, S. 29, 30).

Beispiel: Sturzgefahr

Ein wichtiges Argument für den Einsatz von FEM stellte die Vermeidung von Stürzen (Sturzprävention) bzw. die Sicherheit des Bewohners dar (Klie/Pfundstein, 2004, S. 77; Vgl. Koczy et.al., 2011, S. 333). Dieser auf den ersten Blick logisch erscheinende Grund für den Einsatz von FEM wurde aber von wichtigen Studien untersucht und die folgenden Schwierigkeiten festgestellt: So fasste Retsas Studienergebnisse über die negativen Rückwirkungen von FEM zusammen und stufte z.B. Muskelabbau, Inkontinenz, Gleichgewichtsstörungen, Kommunikationsverlust, Verlust von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, Depression u.v.m. als mögliche Nebenwirkungen von FEM ein, wodurch die mögliche positive Wirkung im Bereich Sturzprävention durch die negativen Rückwirkungen, die durch FEM entstehen können, wieder aufgehoben wurden (Retsas, 1998, S. 185; Vgl. auch Branitzki, 2007, S. 85; Heinze/Dassen/Grittner, 2011, S. 1034). Aber nicht nur die beschriebenen Nebenwirkungen von FEM schwächte das vorgebrachte Argument der Sturzprävention, sondern auch der implizierte Zusammenhang zwischen FEM und Reduktion der Stürze. Obwohl keine aussagekräftigen Studien zum Effekt von FEM auf Stürze existieren, legen Studien nahe, die die Vermeidung von FEM untersuchen, dass es bei einem Verzicht von FEM nicht gleichbedeutend zu einer Erhöhung der Sturzanzahl kommt (Köpke et.al., 2009, S. 60). Auch Koczy wies daraufhin, dass verschiedene Studien belegten, dass eine Reduzierung von FEM nicht gleichbedeutend mit einem Anstieg der Sturzzahlen einherging, so dass das Argument der Sturzprävention durch FEM deutlich an Stichhaltigkeit verlor (Koczy, 2011, S. 333; Vgl. auch Deutsches Netzwerk für Qualifikationsentwicklung in der Pflege, 2006, S. 7, 24).

Beispiel: FEM als Maßnahme gegen motorische Unruhe/Aggression

Ein anderes Argument für den Einsatz von FEM ist u.a., FEM als Maßnahme einzusetzen, um herausforderndes Verhalten von Bewohnern in Form von Unruhe, Umherwandern und Aggression zu begegnen. Der Anspruch des Schutzes, d.h. sowohl des Eigen- als auch des Fremdschutzes stehen bei dieser Argumentation deutlich im Vordergrund (Köpke et.al., 2009, S 30). Den

Verhaltensweisen, die sich zumeist durch einen ausgeprägten Drang nach Mobilität und Bewegung auszeichnen, werden so FEM entgegengesetzt. Nur wenige Studien haben bisher direkt den Zusammenhang zwischen FEM und herausforderndem Verhalten behandelt, so dass auch dieser Grund deutlich hinterfragt werden muss (Köpke et.al., 2009, S. 34).

Für die Pflegenden bedeutet dies, dass die Mehrheit der existierenden Studien die zuerst logisch erscheinenden Gründe für den Einsatz von FEM nicht ausdrücklich unterstützen. Vielmehr regen die Studien die Pflegenden an, FEM auch als mögliche Einflussfaktor auf negative Nebenwirkungen wahrzunehmen. Pflegende müssen es somit auch als ihre Aufgabe erfassen, sich aktuelles Wissen über die Alternativen zu FEM anzueignen und die oft angeführten Gründe immer wieder zu hinterfragen (Deutsches Netzwerk für Qualifikationsentwicklung in der Pflege, 2006, S. 25).

Personal- und organisationsorientierte Gründe

Unter der zweiten Kategorie subsumieren Köpke u.a. diejenigen Gründe, die im Zusammenhang mit der rechtlichen Verantwortung und Haltung der Pflegenden, den strukturellen Merkmalen des Pflegepersonals sowie der Einrichtung, d.h. Personalbesetzung und Heimstrukturen stehen (Köpke et.al., 2009, S. 29, 31).

Im Gegensatz zur vermeintlich offensichtlichen Wechselwirkung zwischen Personalbesetzung und dem Einsatz von FEM konnten existierende Forschungsstudien keinen solchen eindeutigen Zusammenhang nachweisen (Heinze/Dassen/Grittner, 2011, S. 1034, 1037; Vgl. auch Köpke et.al., 2009, S. 37).

In Bezug auf die Rolle des Fachwissens der Pflegenden und FEM wiesen dagegen Heinze u.a. eine direkte Verbindung nach. In ihrer Studie belegten Heinze u.a., dass durch gezielte Weiterbildungen der Pflegenden direkte Veränderungen der Einsatzzahlen von FEM erreicht werden konnten (Heinze/Dassen/Grittner, 2011, S. 1039). Auch Koczy stellte in seiner Studie fest, dass

eine Intervention (sechsstündiger Lehrgang über die Alternativen zu FEM mit aktiver Umsetzung) die Einsatzzahlen von FEM deutlich reduzierte (Koczy et.al., 2011, S. 338). Trotz dieser Tendenz wiesen Möhler u.a. darauf hin, dass sich für eine eindeutige Zuordnung dieser Wechselwirkungen noch zu wenige Studien diese spezifische Frage untersucht hätten und forderten daher eine Intensivierung der Forschungen zu diesem Thema (Möhler/Richter/Köpke, 2012, S. 3070, 3079). Eine der neuesten Studien von Köpke/Mühlhauser bestätigten wiederum den Einfluss von multiplen Fortbildungen und deren Einfluss auf die Reduktion von FEM (Köpke/Mühlhauser, 2012, S. 2184; Siehe dazu auch Kap. 4.2. Evidenzbasierte Leitlinie FEM)).

Ein weiteres zentrales Argument für FEM ist oft die Angst vor möglichen Haftungsansprüchen. Pflegende und Pflegeeinrichtungen geraten dabei oft in einen Zwiespalt, der sich zwischen der eigentlichen Freiheit des Menschen als Rechtsgut und dem Anspruch auf Sicherheit und Wohl des Bewohners auftut (Vgl. Weber, 2007, S.90). Somit spielt die Heranführung an die rechtlichen Grundsätze sowie die Behandlung von Rechtsfragen eine entscheidende Rolle im Umgang mit FEM, denn nur mit einem aktiven Nehmen der Angst vor Haftungsansprüchen, kann eine veränderte Pflegepraxis herbeigeführt werden (Branitzki, 2007, S. 86-87). Trotz der oft vorherrschenden Annahme, dass ein Verzicht auf FEM zu einem höheren Betreuungsbedarfs, höherem Risiko für Haftungen und einer höheren Arbeitsbelastung führen müsste, zeigen die Studien, dass durch das Aufzeigen von Alternativen, pflegerische Weiterbildungen sowie die Förderung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, der Einsatz von FEM ohne negative Folgen reduziert werden kann.

Generell stellte bereits 2008 Meyer u.a. trotz fehlender Studien zu den Wechselwirkungen zwischen Weiterbildung der Pflegenden und Reduzierung von FEM fest, dass die Philosophie der Pflegenden einen hohen Einfluss auf den Einsatz von FEM haben muss, wodurch nicht nur die Möglichkeit der personellen Weiterbildung ins Zentrums des Interesses rückt, sondern eben auch

die persönliche Einstellung (Meyer/Köpke/Haastert, 2008, S. 989; Vgl. Köpke et.al., 2009, S. 41ff.)

Für die Pflegenden bedeutet dies, dass Fortbildungen nicht nur durch das Studium existierender Forschungsliteratur, sondern auch durch die Teilnahme an Weiterbildungsmöglichkeiten vollzogen werden müssen, um sich des eigenen Pflegeverständnisses neuerlich zu vergewissern und mögliche neue Alternativen zu FEM bewusst kennen zu lernen. Die Erweiterung des Fachwissens sowie die Wissensvertiefung über Ersatzmöglichkeiten stehen daher an erster Stelle. Dies schließt zudem eine erhöhte Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und anderen Berufsgruppen wie z.B. Ärzten, Therapeuten etc. voraus, um gemeinsam eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegeprozesse ohne FEM durchzuführen.

Behandlungs- und sozial-orientierte Gründe

Köpke u.a. behandelt unter behandlungsorientierten Gründen, diejenigen Gründe, die aufgrund von medizinischen und pflegerischen Handlungen, z.B. Ruhigstellung bei Infusionstherapie genannt werden. Unter sozial-orientierten Gründe verstand Köpke u.a. die Gründe, die den Schutz des sozialen Umfeldes der Bewohner bzw. generell die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung der Bewohner zum Thema haben (Köpke et.al., 2009, S. 29, 32). Beide Gründe sind für die vorliegende Arbeit weniger relevant und sollen somit hier nur der Vollständigkeit halber genannt werden. Eine genaue Auseinandersetzung kann auch aufgrund weniger expliziter Studien in diesem Rahmen nicht vorgenommen werden.

4.2 Welches Fachwissen steht den Pflegenden zur Verfügung

Deutlich weisen die verschiedenen Gründe für die Rechtfertigung von FEM auf die besondere Stellung der Pflegenden hin. Die Pflegenden spielten neben ihrer Rolle als Informationsgeber für und Umsetzer von FEM eine wichtige Rolle, um

FEM durchzuführen und – vielmehr noch – um FEM zu vermeiden. Daher rückten auch wichtige Studien die Pflegenden in den Mittelpunkt, weil viele Studien davon ausgingen, dass eine Vermeidung von FEM entscheidend davon abhängt, die Pflegenden mit den Alternativen zu FEM vertraut zu machen. Die Forderung nach einer veränderten „Pflegekultur“ betraf dabei zwar nicht nur die Pflegenden an sich, dennoch waren sie immer ein Kernelement auf dem Weg zu einer solch veränderten „FEM-freien Pflegekultur“.

Zwei Grundsäulen dieser Forderung nach einer veränderten „Pflegekultur“ ohne FEM bilden die Studien „Redufix“ und „Evidenzbasierte Praxisleitlinien (Leitlinie FEM)“, die den Pflegenden Alternativen zu FEM aufzeigten und somit das neueste Fachwissen für die Pflegenden zusammenfassten:

„Redufix“

Redufix, ein Modellprojekt zur Reduktion körperlicher Fixierungen, hatte sich zum Ziel gesetzt, die Anzahl der fixierten Person um 50% zu reduzieren und gleichzeitig die Dauer der Fixierung sowie die Rate der neu fixierten Bewohner deutlich zu vermindern (Branitzki/Koczy, 2005, S. 311). Die von 2004 bis 2006 durchgeführte Studie wertete dabei Daten von 45 Einrichtungen bzw. 364 Bewohnern aus, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf Bewohnern mit einer Demenzerkrankung lag (Branitzki, 2007, S. 84). Damit wollte die Studie gezielt valide Daten gewinnen, die den Effekt von Interventionen überprüfen sowie die vermeintlichen negativen Rückwirkungen durch die Reduzierung von FEM (wie z.B. Zunahme von Stürzen/Verletzungen) widerlegen sollten (Branitzki, 2007, S. 84; Vgl. auch Branitzki/Koczy, 2005, S. 311)

Die Studie verdeutlichte, wie wichtig die Pflegenden im Prozess der Reduktion von FEM wirklich sind, da je eine Pflegekraft pro teilnehmender Einrichtung als Mentor ausgesucht und speziell geschult wurde. Die eintägige Schulung beinhaltete die Vermittlungen von „Expertenwissen“, das Aufzeigen von Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf den präventiven Möglichkeiten aus pflegerischer, medizinischer und psychologischer Sicht lag, auf den sozialen und juristischen Aspekten zu FEM sowie

der Vorstellung von Hilfsmitteln als Alternative zu FEM (Branitzki/Koczy, 2005, S. 312-313). Die Ergebnisse stellten sich wie folgt dar:

1. 17 % aller Probanden wurden während des Projekts „entfixiert“,
2. eine Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe und unangemessenes Verhalten konnte bei den nicht mehr fixierten Bewohnern beobachtet werden,
3. bei knapp einem Fünftel der betroffenen Heimbewohner konnten die Fixierungen beendet oder zumindest die Fixierungszeit ohne negative Konsequenzen deutlich reduziert werden,
4. die Anzahl der Verletzungen und Unfälle war insgesamt niedrig,
5. die Medikamentengabe erhöhte sich nach der Beendigung der Fixierung nicht unangemessen (Branitzki, 2007, S. 86-87).

Zu den wichtigsten Alternativen zu FEM gehörten die folgenden Maßnahmen: neben einer bodennahen Pflege, einer niedrigen Betthöhe über Hüftprotektoren, Antirutsch-Hausschuhen/Strümpfen gehörten Sensormatten oder Sitzauflagen zu den wichtigsten Alternativen, die Stürze vermeiden bzw. mögliche Verletzungsgefahren bei Nicht-Einsatz von FEM reduzieren sollten (Branitzki, 2007, S. 86). Von den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurde vor allem die eingesetzten Hilfsmittel als sinnvoll erachtet, die interdisziplinäre Schulung als besonders positiv wahrgenommen, das Mentoren-Prinzip für jede Einrichtung als wegweisend erachtet und die Handlungssicherheit durch die Einbeziehung von Rechtsexperten hervorgehoben (Branitzki, 2007, S. 87). Damit wurde erneut deutlich welche zentrale Stellung die Pflegenden einnehmen bzw. einnehmen, um eine Reduktion von FEM überhaupt vornehmen zu können.

Evidenzbasierte Praxisleitlinie (Leitlinie FEM)

Die zweite wichtige Publikation führt wie der Name schon sagt wissenschaftliche Nachweise zusammen und dient als Entscheidungshilfe bei der Auswahl von Behandlungsverfahren. Anders als Richtlinien sollen die Leitlinien

als Orientierungshilfe verstanden werden, von denen im begründeten Fall unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen abgewichen werden kann (Siehe zur Def. v. Leitlinien Pschyrembel, 2007, S. 486-487). Die Leitlinie FEM versucht somit, die Unterschiede in der institutionellen Altenpflege zu reduzieren und langfristig auf eine Pflegepraxis hinzuarbeiten, die sich an der Menschenwürde des Bewohners orientiert sowie deren Willen und Bewegungsfreiheit achtet. Darunter wird vor allem die Reduktion von mechanischen FEM verstanden (Köpke et.al, 2009, S. 11). Die 2008 entwickelte und 2012 überarbeitete Leitlinie FEM wurde von einer Expertengruppe zusammengestellt, die die Ergebnisse aus nationalen und internationalen Studien bzw. Forschungsarbeiten erfasste und 24 Interventionen zur Reduktion von FEM empfahl. Ausgewiesene Pflegewissenschaftler analysierten und werteten die Literatur aus und vergaben sogenannte Empfehlungsstärken gegenüber den 24 Interventionen zu FEM. Unter den 24 Empfehlungen befanden sich u.a. die spezifische Betreuung von Bewohner/Innen mit Demenz, personenzentrierte Pflege, Umgebungsgestaltung, Signalsysteme, spezifische Beschäftigungsprogramme, Tierkontakte oder Musikintervention (Köpke et.al., 2009, S. 87ff). Diese sieben Maßnahmen könnten nach der Meinung der Expertengruppe der Leitlinie als mögliche wichtige Instrumente zur Vermeidung von FEM herangezogen werden. Allein Schulungsprogramme für Pflegenden wurde aber eindeutig und einstimmig mit einer positiven Empfehlung versehen und damit als zentrales Mittel zur FEM-Reduktion anerkannt (Meyer/Köpke/Gerlach, 2013, S. 11). Eine 2012 publizierte Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Schulungsprogramme anhand der Leitlinie FEM bezeugte, wie deutlich die Reduktion von FEM durch gezielte Fortbildungen umgesetzt werden kann. So sank die Anzahl der FEM betroffenen Bewohner in der durchgeführten Studie von 31,5% auf 22,6%, wobei eine Kontrollgruppe keinen größeren Rückgang aufwies (30,6% auf 29,1%). Dieser Rückgang ging dabei weder mit einem erhöhten Sturzpotential noch mit einer erhöhten Psychopharmaka-Vergabe einher (Köpke/Mühlhauser, 2012, 2177-2184).

Auch die Leitlinie FEM rückte somit die Pflegekräfte in den Mittelpunkt, um eine Reduktion von FEM zu erreichen. Damit wird klar, dass eine Veränderung der Pflegekultur sowie die Reduktion von FEM allein mit einem veränderten Pflegeverständnis wirksam begonnen werden kann.

Einen weiteren Leitfaden publizierte der Bayerische Landespflegeausschuss unter dem Titel „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“ 2013. Dieser zwar nicht evaluierte aber dennoch wichtige und praxisorientierte Leitfaden richtete sich u.a. wieder direkt an Pflegende, um eine Reduktion von FEM zu erreichen bzw. um einen guten Umgang mit FEM einzuführen. Dabei stellte der Leitfaden anders als die Leitlinien FEM direkte Arbeitshilfen, Handlungsvorschläge und Checklisten für FEM zur Verfügung an den sich die Pflegenden orientieren können (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2013 (4. Aufl.), S. 10-19).

5. Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass FEM in der Pflege ein komplexes Thema darstellen. Unumstritten ist hierbei das FEM bis heute ein genutztes Instrument in der Pflege und Behandlung vieler Bewohner in Altenheimen ist. Bettgitter und Gurte sind in vielen Pflegeheimen – besonders bei alten und kognitiv eingeschränkten Menschen – im Gebrauch, obwohl viele nationale und internationale Studien gezeigt haben, dass ein FEM-freies Pflegeheim möglich ist. Das Ideal, welches die Lebensqualität alter und pflegebedürftiger Menschen ins Zentrum stellt, wird dabei zum obersten Prinzip. Die Rolle der Pflegenden in der Umsetzung dieses Ideals ist dabei besonders wichtig, da sie als direkte Ansprechpartner für Bewohner und Angehörige, Impulse zur Anordnung, Umsetzung und Absetzung von FEM setzen können. Durch die genaue Analyse der Entscheidungsprozesse wurde deutlich, dass die Pflegenden im Netzwerk der Akteure zu einer der zentralsten Instanz gehören. Dies beinhaltet, dass sich die Pflegenden im komplexen Gesetzesbereich auskennen und sich darin bewegen können. Wie schmal der Grad ist, auf dem die Pflegenden agieren müssen, wurde durch die Erörterung der rechtlichen Grundlagen zum Einsatz von FEM deutlich. Der Spagat zwischen den verfassungstechnisch verbrieften Freiheitsrechten und dem Wunsch nach Patientensicherheit verdeutlichte die schwierige Position der Pflegenden im Kontext von FEM. Gleichzeitig zeigte die Analyse der Entscheidungsprozesse und der Akteure für FEM, wie wichtig die Pflegenden, ihr Fachwissen und Einschätzungsgabe sind. Neben Richtern, Ärzten, Angehörigen u.a. sind die Pflegenden diejenige Instanz, die die notwendigen medizinischen Information sammeln, eng mit den begutachtenden Ärzten zusammenarbeiten, die Folgen von FEM dokumentieren und letztendlich auch Impulse geben können, FEM wieder abzulösen. Als entscheidender Experte – neben den Ärzten – nehme sie damit eine gewichtige Stellung ein. Dennoch wurde ebenfalls klar, dass die eigentliche Entscheidungskompetenz nicht bei den Pflegenden liegt, sondern bei der richterlichen Gewalt. Besonders die genaue Betrachtung der Zahlen der Genehmigungsverfahren zeigte aber, wie eng Pflegende, Ärzte und Richter zusammenarbeiteten und wie oft Richter,

auch aufgrund der eigenen fehlenden fachlichen Ausbildung den Empfehlungen der Ärzte und Pflegenden folgten.

Aber nicht nur in den Entscheidungsprozessen für FEM spielen somit die Pflegenden eine entscheidende Rolle, sondern auch in der Reduktion von FEM. Trotz der oft angeführten Gründe für FEM, wie z.B. Sturzprophylaxe u.ä. konnte die Arbeit aufzeigen, dass viele Forschungsstudien die Gründe nicht belegten bzw. sie sogar widerlegten. Außerdem konnte die Stichhaltigkeit einiger Gründe überprüft werden und so auch die negativen Folgen von FEM sichtbar gemacht werden: Muskelabbau, Kommunikations- und Mobilitätsverlust waren dabei nur einige Komponenten, die die möglichen positiven Einflussmöglichkeiten von FEM deutlich in Frage stellten. Damit wurden die Pflegenden nicht nur wichtig in den Entscheidungsprozessen, sondern auch in den Vermeidungsstrategien. Dies wurde bestätigt durch die Empfehlung der Leitlinie FEM, die besonders eine Weiterbildung der Pflegenden empfahl, um eine Reduktion von FEM zu erreichen. Damit wurde aber auch deutlich, dass FEM immer im Zusammenhang mit dem eigenen Pflegeverständnis gesehen werden müssen. Dazu zählt sowohl die grundsätzliche Haltung der Pflegeeinrichtung, aber vielmehr noch die persönliche Einstellung der Pflegenden. Die angeführten Studien belegten die Zentralität der Pflegenden im Reduktionsprozess von FEM und erhoben damit die Pflegenden zu zentralen Instanzen, um ein FEM-freies Pflegeheim überhaupt möglich zu machen. Intensive Fortbildungen sowie rechtliche und soziale Beratungsförderung können dabei besonders die Pflegenden auf diese gewichtige Rolle vorbereiten. Die Pflegenden sind damit eine der zentralen Instanzen im Kontext von FEM in der Pflege: sie sammeln Daten für den Einsatz von FEM, setzen FEM um, dokumentieren FEM, sie beraten aber auch, leiten und vermeiden FEM.

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rechtliche Abgrenzung der Freiheitsbegriffe
Hoffmann/Klie, 2004, S. 13

Abbildung 2: Betreuungsverfahren: Auszug aus den Bundesergebnissen 1992-2011
Bundesamt der Justiz, 2012, S. 1-4.

Abbildung 3: Die Rolle der Pflegenden im Netzwerk der Entscheidungsprozesse für FEM
Eigenentwurf nach den Informationen Werdenfelser Weg:
Gemeinsam Verantwortung übernehmen (Kirsch, 2008, S. 1ff)

Literaturverzeichnis

1. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2013) (4. Aufl.) Verantwortungsvoller Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege: Leitfaden des bayerischen Landespflegeausschusses, München: Schmerbeck GmbH.
2. Branitzki S (2007) Heimbewohner vor Bewegungseinschränkung schützen. In: Pflegezeitschrift 2: S. 84-87.
3. Branitzki S, Koczy P (2005) Heimbewohner vor Schaden bewahren. In: Pflegezeitschrift 5: S. 310-313.
4. Bundesamt für Justiz (8 Juni 2012) Betreuungsverfahren Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992-2011 (Referat III 3. 3004/2c - 1 - B7 220/2012)
https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Verfahren_Betreuungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [letzter Zugriff am 28.05.2013].
5. Bundesgerichtshof BGH (2012) Beschluss XII ZB 24/12: S. 1-8
<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&az=XII%20ZB%2024/12&nr=61078> [letzter Zugriff am 28.05.2013].

6. Bundesministerium der Justiz (04/2012) Betreuungsrecht: Mit ausführlichen Informationen zur Versorgungsvollmacht, Berlin: Silberdruck oHG.
7. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2013). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
8. Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), in: Klie T, Stascheit U. (2010) Gesetze für Pflegeberufe: Textsammlung. Baden-Baden: Normos Verlagsgesellschaft, S. 271-304.
9. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
10. Evans D, Wood J, Lambert L (2002) A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. In: Journal of Advanced Nursing 40 (6): S. 616-625.
11. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (2010). Berlin/Ulm: Ebner & Spiegel.
12. Heinz C, Dassen T, Grittener U (2011) Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: A cross-sectional study. In: Journal of Clinical Nursing [JCN] 21: S. 1033-1040.
13. Hoffmann B, Klie T (2004) Freiheitsentziehende Maßnahmen, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen. Heidelberg: C.F. Müller Verlag,
14. Kirsch S (2008) Gemeinsam Verantwortung übernehmen: Der Werdenfelser Weg zur Vermeidung freiheitsentziehender Automatismen. Garmisch-Partenkirchen.
http://www.justiz.bayern.de/imperia/md/content/stmj_internet/gerichte/amtsg_gerichte/garmisch-partenkirchen/vortrag_dr_kirsch_nov08.pdf [letzter Zugriff 28.05.2013].
15. Klie T, Pfundstein T (2004) Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In: Hoffmann B, Klie T Freiheitsentziehende Maßnahmen, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen. Heidelberg: C.F. Müller Verlag, S. 75-130.

16. Klie T (2009) Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege. In: Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke, S. 69-84.
<http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf> [letzter Zugriff am 28.05.2013].
17. Klie T (2010) Freiheitsentziehende Maßnahmen vor Gericht: Regel oder Ausnahmen? Kommentar zum Beitrag Bewohnervertretung - der österreichische Weg von Susanne Jaquemar. In: BtPrax 3: S.109-112.
18. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beisch D, Büchele G, Kliener A, Guerra V, Reißmann U, Kurrle S, Bredtbauer D (2011) Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. In: The American Geriatrics Society 59 (2): S. 333-339.
19. Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G (2009) Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke. <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf> [letzter Zugriff am 28.05.2013].
20. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G (2012) Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: A randomized controlled trial. In: Journal of the American Medical Association [JAMA] 307 (20): S. 2177-2184.
21. Lücke S (2012) Freiheitsentziehende Maßnahmen: Das fixierungsfrei Pflegeheim ist möglich. In: Die Schwester/Der Pfleger 51 (01/12), S. 8-11.
22. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (April 2012) 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen/Köln: Asmuth Druck + Crossmedia GmbH.
23. Meyer G, Köpke S, Gerlach A (2013) Informationsbroschüre für Pflegendende: Eine Kurzinformation für Pflegenden. Mehr Freiheit wagen! Universität

- Witten/Herdecke, Hamburg und Lübeck. www.leitlinie-fem.de/download/FEM_Brosch_Pflegende_2013.pdf [letzter Zugriff am 28.05.2013].
24. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser (2008) Restraint use among nursing home residents: A cross-sectional study and prospective cohort study. In: Journal of Clinical Nursing 18: S. 981-990.
25. Niehues-Pröbsting A (2011) Juristischer Leitfaden für Verfahrenspfleger im Verfahr zur Genehmigung freiheitsentziehenden Maßnahmen gem. § 1906 BGB. Amtsgericht Witten. http://www.leitlinie-fem.de/download/WW_Juristische_Schulung_fuer_Verfahrenspfleger.pdf [letzter Zugriff am 28.05.2013].
26. Pschyrembel-Pflege (2007) 2. Auflage. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
27. Retsas A P (1998) Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. In: International Journal of Nursing Studies 35: S. 184-191.
28. Strafgesetzbuch (StGB). In: Klie T, Stascheit U (2010) Gesetze für Pflegeberufe: Textsammlung. Baden-Baden: Normos Verlagsgesellschaft, S. 1098-1126.
29. Weber M (2007) Patienten Schutz oder Freiheitsberatung: Jeden Fall individuell abwägen. In: Pflegezeitschrift 2: S. 88-91.

Literaturrecherche in PubMed

Begriffe:

Deutsch

Englisch

1. Freiheitsentziehende Maßnahmen
2. Pflegeheime
3. Deutschland

1. Physical Restraint
2. Nursing Homes
3. Germany

Search	Query	Items
--------	-------	-------

		found
1	Physical	1455431
2	(Physical) AND Restraint*	12345
3	((Physical) AND Restraint*) AND Nursing	1508
4	(((Physical) AND Restraint*) AND Nursing) AND Homes	499
4	Search (((Physical) AND Restraint*) AND Nursing) AND Homes) AND Germany	30

Relevant Literature:

1. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. J Clin Nurs. 2012 Nov; 21 (21-22):3070-81.
2. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. JAMA. 2012 May 23; 307 (20) :2177-84.
3. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. Heinze C, Dassen T, Grittner U. J Clin Nurs. 2012 Apr; 21 (7-8):1033-40.
4. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16; (2):CD007546.
5. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, Kleiner A, Guerra V, Rissmann U, Kurrle S, Bredthauer D. J Am Geriatr Soc. 2011 Feb; 59(2):333-9.
6. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. J Nurs Scholarsh. 2010 Dec; 42(4):448-56.
7. Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany. Weyerer S, Schäufole M, Hendlmeier I. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Nov; 25 (11): 1159-67.

8. Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial [ISRCTN34974819]. Haut A, Köpke S, Gerlach A, Mühlhauser I, Haastert B, Meyer G. BMC Geriatr. 2009 Sep 7; 9:42.
9. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. J Clin Nurs. 2009 Apr; 18 (7):981-90.
10. [Methods paper on the development of a practice guideline for the avoidance of physical restraints in nursing homes]. Köpke S, Meyer G, Haut A, Gerlach A. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2008; 102 (1):45-53. German.
11. [Redu-Fix: A model for reducing physical restraint: protecting nursing home residence from mobility limitations]. Branitzki S. Pflege Z. 2007 Feb; 60 (2) :84-7.
12. [Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents with dementia]. Koczy P, Klie T, Kron M, Bredthauer D, Rissmann U, Branitzki S, Guerra V, Klein A, Pfundstein T, Nikolaus T, Sander S, Becker C. Z Gerontol Geriatr. 2005 Feb; 38 (1): 33-9.
13. [Deaths due to mechanical restraint in institutions for care]. Mohsenian C, Verhoff MA, Risse M, Heinemann A, Püschel K. Z Gerontol Geriatr. 2003 Aug; 36 (4): 266-73.

Suche nach nach Publikationen von Branitzki S in PubMed:

Suchnr.	Schlagwort	Treffer
1	Branitzki S	3

1. [ReduFix--a study of reducing physical restraint: preventing risk of injury]. Branitzki S, Koczy P. Pflege Z. 2005 May;58(5):310-3.
2. [Redu-Fix--a model for reducing physical restraint: protecting nursing home residence from mobility limitations]. Branitzki S. Pflege Z. 2007 Feb;60(2):84-7.

3. [Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents with dementia]. Koczy P, Klie T, Kron M, Bredthauer D, Rissmann U, Branitzki S, Guerra V, Klein A, Pfundstein T, Nikolaus T, Sander S, Becker C. Z Gerontol Geriatr. 2005 Feb;38(1):33-9.

Leitfragen für die Literaturrecherche

1. Welche Fixierungen sind am häufigsten?
2. Welche Folgen können Fixierung für die Betroffenen haben?
3. Welche Maßnahmen sind in der Pflegepraxis hilfreich, um auf Fixierung zu verzichten
4. Welche Alternative gibt es zu FEM?
5. Inwiefern hängen FEM und Personalausstattung zusammen?
6. Wie werden FEM rechtlich geregelt?

Schlagwörter:

1. Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege
2. Freiheitsentziehende Maßnahmen
3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen
4. Fixierung
5. Freiheitsberaubung
6. Altenheim
7. Stationäre Altenpflege
8. Pflegeheime
9. Altenpflegeheime
10. Bettgitter
11. Sturz
12. Pflege
13. Bewohner*
14. Altenpflege

Ausschlusskriterium:

1. Kinder/Jugend
2. Geschlossene Einrichtungen
3. Psychiatrie
4. Kriminologie
5. Psychopharmaka

Einschlusskriterien:

1. Ältere Menschen / Bewohnern
2. Altenheime / Pflegeheime / Pflegeeinrichtungen
3. mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen
4. Pflegeeinrichtungen in Deutschland
5. Betreuungsrecht

Katalog-Recherchen:

Suchort	Schlagwort	Such-Nr.	Kombination	Suchaktionen	Treffer	Ausgewählte Literatur
HAW- Katalog	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege	1		Alle Wörter	0	
	Freiheitsentziehende Maßnahmen	2		suchen [und] ([ALL] Alle Wörter)	6	1. Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungsrecht : Gibt es einen Widerspruch zwischen dem bestehenden Recht und der praktischen Umsetzung am Beispiel des Alten- und Pflegebereichs? / Ziegler, Dirk
	Freiheitsentziehende Maßnahmen	4		suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) Freiheitsentziehende Maßnahmen eingrenzen ([ALL] Alle Wörter) Freiheitsentziehende Maßnahmen erweitern ([ALL] Alle Wörter) Freiheitsentziehende Maßnahmen	6	Siehe Suche Nr. 2
	Freiheitsentziehende Maßnahmen	5		suchen [und] ([THM] Alle Themen) Freiheitsentziehende Maßnahmen	5	Siehe Suche Nr. 2
	Freiheitsentziehende Maßnahmen	6		suchen [und] ([TIT] Titel (Stichwort)) Freiheitsentziehende Maßnahmen erweitern ([TIT] Titel (Stichwort)) Freiheitsentziehende Maßnahmen eingrenzen ([TIT] Titel (Stichwort)) Freiheitsentziehende Maßnahmen	5	Siehe Suche Nr. 2
	Freiheitseinschränkend* Ma*nahm	7		suchen [und] ([THM] Alle Themen) Freiheitseinschränkend* Ma*nahm	1	0
	Suchen ([TIT] Titel (Stichwort)) freiheitsentziehender			Suchen ([TIT] Titel (Stichwort))	1	1. Gesetzliche Vorgaben für die Tätigkeit des Betreuers und Problematik der Umsetzung in der praktischen Arbeit am Beispiel freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906 Absatz 4 BGB / Verfasser: Christa Martens
	stationa*ren altenhilfe				21	2. Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe : eine an HeimbewohnerInnen orientierte empirische Studie zum Qualitätssicherungselement "Einrichtungsziele" Verfasser: Tepe, Gerhard 3. Freiheitsschutz und Haftungsrecht in der stationären und ambulanten Altenhilfe Verfasser: Gastiger, Sigmund

	Fixierung			[und] ([ALL] Alle Wörter)	12	4. Die Fixierung von A - Z : ein Stationsleitfaden 2011 Verfasser: Stephan Kreuels
	Freiheitsberaubung				0	
	Pflegeheime				6	5. Das Heimgesetz : Kommentar zum Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige ; Heimgesetz (HeimG) Verf.: Dahlem, Otto ; Giese, Dieter zugehörige Publikationen: Heimrecht der Länder
	Bettgitter				0	
	Bewohner*				27	0
	stürzen				1	6. Stürze und Sturzprävention : Assessment - Prävention - Management ; mit dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege des DNQP / Rein Tideiksaar. Aus dem Amerikan. von Michael Herrmann. Dt.-sprachige Ausg. hrsg. von Theo Dassen und René Schwendimann Verfasser: Tideiksaar, Rein *1949-*
	Sturz* in Alter			suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) Sturz* in Alter	5	7. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege : Entwicklung - Konsentierung - Implementierung / hrsg. vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Wiss. Leitung: Doris Schiemann 8. Mobil bleiben : Pflege bei Gehstörungen und Sturzgefahr ; Vorsorge, Schulung, Rehabilitation / Martin Runge; Gisela Rehfeld 9. Verfasser: Runge, Martin ; Rehfeld, Gisela 1. Kritische Auseinandersetzung mit dem Entwurf des Expertenstandards "Sturzprophylaxe" des

						"Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege"/ Ute Lütjohann Verfasser: Lütjohann, Ute
Regionalkatalog Hamburg	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege	1		suchen [oder] (([ALL] Alle Wörter	14213	
		2		suchen [oder] (([TIT] Titel (Stichwort)	10782	
	Freiheitsentziehend*	3		suchen [und] (([TIT] Titel (Stichwort))	8	1. Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischen Mitteln bei der Betreuung gebrechlicher Menschen : Recht und Praxis der Fixierung / Schumacher, Christa
	Altenpflege	4		Alle Wörter	799	
	Fixierung	5		Alle Wörter	325	
	4 und 5	6		Alle Wörter	1	2. Die Fixierung von A - Z : ein Stationsleitfaden 2011 / Stephan Kreuels
	4 und 5 oder 3	7		Alle W.	1	Siehe Such. Nr 5
	6	8		suchen [und] (([THM] Alle Themen) Altenpflege eingrenzen (([THM] Alle Themen) Fixierung erweitern ([ALL] Alle Wörter) Freiheitsentziehend*	2	Siehe Such. Nr 5
	Pflegeheim*	9		Alle Themen	301	
	9 und 5 oder 3	10		Alle Themen	0	
	10	11		Alle W.	0	
	Sturz	12		Schlagwörter	39	
	12 und Pflege	13		Schlagwörter	3	3. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie / hrsg. vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Wiss./ Büscher, Andreas
	13	14		Alle W.	9	4. Stürze und Sturzprävention : Assessment - Prävention - Management ; mit dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege des DNQP / Rein Tideiksaar. Aus dem Amerikan. von Michael Herrmann. Dt.-sprachige

						<p>Ausg. hrsg. von Theo Dassen und René Schwendimann</p> <p>5. Sturzprävention bei älteren Menschen : Risiken - Folgen - Maßnahmen ; [inklusive DVD mit 25 Filmen] / Adriano Pierobon; Manfred FunkVerfasser: Pierobon, Adriano ; Funk, Manfred</p> <p>6. Titel: Mobil bleiben : Pflege bei Gehstörungen und Sturzgefahr ; Vorsorge, Schulung, Rehabilitation / Martin Runge; Gisela Rehfeld</p> <p>7. Stürze und Sturzprävention : Assessment - Prävention - Management / Rein Tideiksaar. Aus dem Amerikan. von Silvia Mecke. Dt.-sprachige Ausg. hrsg. von Theo Dassen. Mit einem Geleitw. von René Schwendimann</p> <p>8. Stürze und Sturzprävention : Assessment - Prävention - Management / Rein Tideiksaar. Aus dem Amerikan. von Silvia Mecke. Dt.-sprachige Ausg. hrsg. von Theo Dassen. Mit einem Geleitw. von René Schwendimann</p> <p>9. Wenn alte Menschen stürzen : Ursachen und Risiko, Pflege und Prävention ; mit 4 Tabellen / Joanna H. Downton. [Aus dem Engl. übers. von Ulrike Schmid]</p>
	12 und 5 oder 3	15		Alle Themen	1	10. Stürze und Sturzprävention : Assessment - Prävention - Management / Rein Tideiksaar. Aus dem Amerikan. von Silvia Mecke. Dt.-sprachige Ausg. hrsg. von Theo Dassen. Mit einem Geleitw. von René Schwendimann / Tideiksaar, Rein
	Altenheim und 5 oder 3	16		Alle w.	0	
	Pflegeheim und 5 oder 3	17		Alle w .	1	11. Gefährdete Freiheit : Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht / Thomas Klie; Uwe Lörcher. Mit Beitr. von Renate Behr

						12. Der Sturzunfall des alten Menschen im Hinblick auf die Analyse psychisch, physisch und technisch bedingter Ursachen / E. Werner ...[Hrsg.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung]
	Stationäre Altenpflege und 5 oder 3	18		Alle W.	1	
	Bewohnern und 5 oder 3	19			0	
	Altenpflegeheime	20				
www.bmfsfj.de Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Freiheitsentziehend*	1			0	
	Fixierung	2			4	<p>13. Leitfaden zur Vermeidung körpernaher Fixierung erschiene Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege</p> <p>http://agp-freiburg.de/downloads/ReduFix_Leitfaden_Vermeidung_koerpernaher_Fixierungen_2010.pdf</p> <p>14. Abschlussbericht Evaluation der CURAVIVA ReduFix-Schulung</p> <p>Verfasser/innen: Prof. Dr. Thomas Klie (Institutsleitung) Thomas Hollfelder Birgit Schuhmacher</p> <p>15. Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis</p> <p>Verf. : Birgit Schuhmacher, Clemens Becker , Petra Koczy , Madeleine Viol , Thomas Klie</p>

Evangelische Hochschule Freiburg	Thomas Klie	1			Veröffentlichung 2010	<p>16. Klie, Thomas et al. (2010): Sicherheit und Lebensqualität älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung. Das Projekt ReduFix ambulant. In: transferplus, 03/2010, S.6-8</p> <p>17. Klie, Thomas (2010): „Freiheitsentziehende Maßnahmen vor Gericht: Regel oder Ausnahme?“ In: BtPrax, 03/2010, S. 109 – 112.</p> <p>18. Jenrich, Holger (2010): „Wir fixieren zu viel!“ Interview mit Thomas Klie. In: Altenpflege, 35. Jg., 04/2010, S.31.</p>
	Thomas Klie	2			Veröffentlichung 2009	<p>19. Klie, Thomas (2009): „Rechtliche Rahmenbedingung von FEM in der beruflichen Altenpflege.“ In: „Leitlinie FEM: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege.“ Uni. Hamburg u. Uni. Witten/Herdecke. S.69-84.</p> <p>20. Klie, Thomas; Viol, M.; Bredthauer, D. (2009): „Entscheidungsfindung zwischen Sicherheit und Mobilitätsförderung: Die Suche nach dem Königsweg.“ In: BTPrax, 18. Jg., 01/2009, S. 18 - 24</p>
	Thomas Klie	3			Veröffentlichung 2008	<p>21. Klie, Thomas / Guerra, Virginia / Viol, Madeleine (2008): ReduFix – Ein Projekt zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. In: Betreuungsmanagement, 4. Jg., 01/2008, S. 22.</p>
	Thomas Klie	4			Veröffentlichung 2008	<p>22. Klie, Thomas (2011): Eingeschlossen und fixiert in der eigenen Häuslichkeit – Fachliche und rechtliche Dilemmata eines tabuisierten Pflege-themas. In: Diekmann, Andrea; Oeschger, Gerold (Hrsg.): Menschen und Rechte – Behindertenrechtskonvention und Betreuung. Berichte vom 12. Vormundschaftsgerichtstag vom 4.-</p>

						<p>6. November in Brühl und BEOPS Abschlussbericht über das Projekt „Betreuungsoptimierung durch soziale Leistungen (BEOPS)“ – eine Untersuchung in Schwerin 2008 und 2009. Eigenverlag Betreuungsgerichtstag e.V., Bochum, S. 123-129.</p> <p>23. Klie, Thomas (2011): Fixierung in Pflegeheimen und der häuslichen Pflege. In: Geriatrie Report, 6. Jg., 03/2011, S. 8-10.</p> <p>24. Klie, Thomas (2011): Gute Pflege – „gefährliche Pflege“. Wo ist die Abgrenzung? In: KWA Journal, 04/2011, S. 6-7</p>
<p>Ergebnisse der Arbeitsgruppen der ehemaligen Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz:</p> <p>http://www.hamburg.de/generationenfreundliches-wandsbek-informationen/</p>	<p>Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Pflege</p>	<p>1</p>				<p>25. "Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Pflege, Eine Kurzinformation für Angehörige Herausgeber: Wandsbeker Pflegekonferenz Geschäftsführung Gesundheits- und Umweltamt Robert-Schuman-Brücke 8 22041 Hamburg</p> <p>26. Alternativen Zu freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen, Eine Broschüre für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeberufen, Angehörige von Pflegebedürftigen, Pflegebedürftige, Heimleitungen, Aufsichtsgremien Herausgeber: Wandsbeker Pflegekonferenz Geschäftsführung Gesundheits- und Umweltamt Robert-Schuman-Brücke 8 22041 Hamburg</p> <p>27. Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Pflege, Eine Kurzinformation</p>

						für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeberufen
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Pflege	1			0	
Hamburger Gesundheitsamt http://www.hamburg.de/	Freiheitsentziehende	1			4	28. Ergebnisse der Arbeitsgruppen der ehemaligen Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz: 29. Schriftenreihe "Qualität und Kompetenz in der rechtlichen Betreuung" Qualität und Kompetenz in der rechtlichen Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (pdf-datei) http://www.hamburg.de/contentblob/1545060/data/doku-psych.pdf
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg	Fixierung in der Pflege	1			4	30. Werdenfelser Weg, Würdevolle Altenpflege ohne Fixierung http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3832740/2013-02-15-bgv-wuerdevolle-altenpflege.html
Google	Werdenfelser Weg	1			12.300	31. Die Initiative zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege http://www.leitlinie-fem.de/werdenfelser-weg/
http://www.leitlinie-fem.de/werdenfelser-weg/	Publikationen	1		Deutschsprachige Publikationen		32. Meyer G: Interview mit Prof. Dr. Gabriele Meyer – "Pflege ohne Freiheitsentzug ist machbar". Die Schwester Der Pfleger 51, 08 / 2012: 750-753 33. Köpke S, Meyer G: Wichtiges Thema, unzureichend berichtet. Leserbrief zu Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W: Todesfälle bei Gurtfixierungen. Dtsch Arztebl Int 109 (3): 27-32 (2012). Dtsch Arztebl Int 109 (20): 376-377 (2012) 34. Meyer G, Möhler R, Krüger C : Pflege ohne freiheitsentziehende Maßnahmen ist keine Utopie – Kreativität ist gefragt. Altenpflege 37 / 2012: 19-23

						<p>35. Möhler R, Meyer G: Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen – Eine schwierige Entscheidung. Angehörige pflegen 2 / 2012: 36-39</p> <p>36. Krüger C, Meyer G: Freiheitsentziehende Maßnahmen im Akutkrankenhaus – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Pflege Z 2011; 64: 218-220</p> <p>37. Meyer G, Köpke S: Psychopharmaka für Alten- und Pflegeheimbewohner. Kleine Pillen für große Probleme. Pflege Z 2011; 64: 602-605</p> <p>38. Köpke S, Meyer G: „Leitlinie FEM“: Eine Initiative zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. BT-PRAX 04/2011; 159-162</p> <p>39. Haut A, Meyer G, Köpke S, Gerlach A: „Die Fähigkeit, das Wort „Nein“ auszusprechen, ist der erste Schritt zur Freiheit“ – Eine evidenzbasierte Leitlinie zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen (FEM) in der Altenpflege. In: PFLEGEN 03/2011; 19-23. Hrsg: Evangelischer Fach- u. Berufsverband für Pflege und Gesundheit e.V.</p> <p>40. Krüger C, Meyer G, Hamers J: Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus: ein systematischer Literaturüberblick. Z Gerontol Geriatr 2010; 43: 291-296</p> <p>41. Gerlach A, Köpke S, Haut A, Meyer G: Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften (2009), 8: 161-167</p> <p>42. Köpke S, Meyer G, Haut A, Gerlach A: Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung</p>
--	--	--	--	--	--	---

						von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen 2008; 102: 45-53
http://www.leitlinien-fem.de/publikationen/	Publikationen			Artikel Englisch		<p>43. Trueland J: A bid for freedom. Nurs Stand 2012; 27 (3): 22-23</p> <p>44. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G: Effect of a Guideline-based Multi-Component Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial. JAMA 2012; 307: 2177-2184</p> <p>45. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G: Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care – a Cochrane review. J Clin Nurs 2012, 21(21-22): 3070-3081</p> <p>46. Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S: Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of three cohorts. J Am Med Dir Assoc 2012; 13: 187.e7-187.e13</p> <p>47. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G: Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database Syst Rev 2011; 2: CD007546</p> <p>48. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G: Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical Restraints. J Nurs Scholarsh 2010; 42: 448-456</p> <p>49. Köpke S, Meyer G, Gerlach A, Haut A: Using Evidence-Based Knowledge to Avoid Physical Restraint, in: Rights, Risks and Restraint-Free Care of Older People: Person-Centred</p>

					<p>Approaches in Health and Social Care. Editor: Rhidian Hughes. Jessica Kingsley Publishers, London, 2010</p> <p>50. Hamers JPH, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR: Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. Int J Nurs Stud 2009; 46: 248-255</p> <p>51. Haut A, Köpke S, Gerlach A, Mühlhauser I, Haastert B, Meyer G: Evaluation of an evidencebased guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial (ISRCTN34974819). BMC Geriatr 2009; 9: 42</p>
http://www.leitlinie-fem.de/publikationen/pressemitteilungen/	Publikationen	1		Pressemitteilungen	<p>52. Hamburger Abendblatt vom 24.05.2012: Studie: Weniger Gitter und Gurte in der Pflege möglich</p> <p>53. Pressedienst der Universität Hamburg vom 23.05.2012: Weniger Gitter und Gurte in Pflegeheimen sind möglich: Weniger Gitter und Gurte in Pflegeheimen sind möglich</p> <p>54. Pressedienst der Universität Witten/Herdecke vom 23.05.2012: Weniger Gitter und Gurte in Pflegeheimen sind möglich</p>
http://www.leitlinie-fem.de/download/Ergebnisspräsentation-FEM-Studie.pdf	Publikationen	1		Präsentationen	55. Ergebnispräsentation der FEM-Studie
http://www.leitlinie-fem.de/	Materialien	1		Leitlinie	<p>56. EVIDENZBASIERTE PRAXISLEITLINIE. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege (Größe: 5,4MB)</p> <p>57. 24 Empfehlungen der Leitlinie zur Reduktion von FEM</p>
1		2		Berichte	58. Leitlinienreport (Stand Mai 2012)

					(Größe: 1,35MB) 59. Kurzzusammenfassung der Evaluation (Stand 2012)
	1	3		Broschüren	60. Informationsbroschüre für Pflegende, Aktualisierte Version 02.2013 (Größe: 2,10 MB) 61. Informationsbroschüre für Betreuer und Angehörige, Aktualisierte Version 02.2013 (Größe: 1,97 MB)
	Werdenfelser Weg	4		Materialien	62. Juristische Schulung für Verfahrenspfleger: Juristischer Leitfaden für Verfahrenspfleger im Verfahren zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB (Größe: 123kB) 63. Pflegefachliche Schulung für Verfahrenspfleger (Größe: 256kB) 64. Empfehlungen der Projektgruppe "Werdenfelser Weg" zur Qualifikation von Verfahrenspfleger /-innen

5.2 Erklärung über die Themenbereiche der Bachelor-Arbeit im Dualen Studiengang Pflege

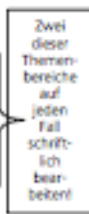
Name der/des Studierenden _____ MatrikelNr: _____

Geben Sie bitte in der folgenden Tabelle an, welche **drei** Themenbereiche gemäß §13, §14 und Anlage 1 der KrPflAPrV Sie in der Bachelor-Arbeit bearbeitet haben und lassen Sie sich dies von der/dem Erstgutachter/in Ihrer Bachelor-Arbeit mit deren/dessen Unterschrift bestätigen.

Beachten Sie bitte, dass aus den drei erstgenannten Themenbereichen **mindestens zwei** Bestandteil Ihrer Bachelor-Arbeit sein müssen. Alle nicht in der Bachelor-Arbeit abgebildeten Themenbereiche sind Bestandteil des mündlichen Teils der Bachelor-Thesis.

Themenbereiche

Bestandteil der Bachelor-Arbeit

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten (Anlage 1 Nr.1 KrPflAPrV), | <input type="checkbox"/> |  |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten (Anlage 1 Nr.2 KrPflAPrV), | <input type="checkbox"/> | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten (Anlage 1 Nr.6. und 7. KrPflAPrV), | <input type="checkbox"/> | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten (Anlage 1 Nr.3 KrPflAPrV), | <input type="checkbox"/> | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen (Anlage 1 Nr.10 KrPflAPrV), | <input type="checkbox"/> | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten (Anlage 1 Nr.8. und 12. KrPflAPrV) (nur mündlich!). | | |

Datum: Hamburg, den _____

Unterschrift der/des Studierenden

Unterschrift der/des Erstbegutachtenden der Bachelor-Arbeit

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg, den