



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAFIE

# „REDUZIERUNG FREIHEITSENT- ZIEHENDER MASSNAHMEN (FEM) IN EINRICHTUNGEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE“

ABBILDUNG DER INHALTE EINES  
QUALIFIZIERUNGSPROJEKTS IN  
RHEINLAND-PFALZ

# IMPRESSUM

## Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Arbeit,  
Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz  
Referat für Öffentlichkeitsarbeit  
Bauhofstraße 9  
55116 Mainz  
www.msagd.rlp.de

**Gestaltung:** Monika Kaemper – Kommunikationsdesign

**Druck:** Druckerei Adis GmbH

**Stand:** Mai 2020

## BILDNACHWEISE

CareBasic Pflegeoverall von Suprima – [www.suprima-gmbh.de](http://www.suprima-gmbh.de)

Pflegebody von Suprima – [www.suprima-gmbh.de](http://www.suprima-gmbh.de)

Schutzhandschuh von Suprima – [www.suprima-gmbh.de](http://www.suprima-gmbh.de)

Niedrigbett aldena von Mühle Müller Pflegebetten – [www.muehle-mueller.de](http://www.muehle-mueller.de)

Pivot-Rail von rehastage GmbH – [www.rehastage.de](http://www.rehastage.de)

FLM Sports Hoodie mit Protektoren von POLO Motorrad und Sportswear GmbH –

[www.polo-motorrad.de](http://www.polo-motorrad.de)

Full Protector Race Suit von Komperdell – [www.komperdell.com](http://www.komperdell.com)

Starlight® Secure Evo, von ATO FORM GmbH – [www.ato-form.com](http://www.ato-form.com)

GEFA Fallschutzsack von GEFA Hygiene-Systeme – [www.gefatex.de](http://www.gefatex.de)

Safe Landing von Rölke Pharma GmbH – [www.roelkepharma.de](http://www.roelkepharma.de)

Türwächter VarioMent Plus von Lehmann Electronic GmbH – [www.aal-homecare.com](http://www.aal-homecare.com)

Keruve Ortungssystem von Keruve – [www.keruve.de](http://www.keruve.de)

Optiseat, Optiscan von Daza Opticare GmbH – [www.daza.nl](http://www.daza.nl)

Safebed von Rölke Pharma GmbH – [www.roelkepharma.de](http://www.roelkepharma.de)

Funk-Sensormatte Step-Control von Ludwig Bertram GmbH – [www.russka.de](http://www.russka.de)

Potac Kugeldecke, Protac SenSit, Protac MyBaSe, von PROTAC; Vertriebspartner in Deutschland –

[www.san-kraft.de](http://www.san-kraft.de)

# INHALT

1. Einleitung – von der Konzeption über die Fachtage hin zur Broschüre .....	8
2. Warum werden freiheitsentziehende Maßnahmen (eigentlich) angewandt? .....	10
3. FEM – Definition, Formen und Folgen .....	14
4. Das Alternativengespräch – die richtigen Fragen sind der Schlüssel .....	18
5. Qualitätskriterien in Hinblick auf die Vermeidung und Anwendung von FEM .....	24
6. Personenzentriertes Denken und Handeln bei herausforderndem Verhalten .....	26
7. Ohne Führung geht es nicht: Auf dem Weg zu einer FEM-freien Einrichtung .....	30
8. Hilfsmittel und technische Systeme .....	34
9. Menschen mit geistiger Behinderung und dementiellen Veränderungen .....	38
10. PeDeS – Personenzentrierte Deeskalationsstrategien in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung .....	42
11. Häufig gestellte juristische Fragen in Hinblick auf FEM .....	46
12. „PIA vor Ort“ – Personenzentriertes Handeln für Menschen mit geistiger Behinderung .....	54
13. Das Bundesmodellprojekt „Ich will mich“ .....	60
14. In uns hat sich etwas bewegt – freiheitssensible Behindertenarbeit in der GFB .....	66
15. Der Prozess der Entfixierung im Haus Soonwald – Haltung der MitarbeiterInnen und Führungsverhalten sind zentral .....	68
Leitfragen für das Alternativgespräch .....	74
Autorenverzeichnis .....	76



## GRUSSWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt für mich einen der denkbar schwersten Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte eines Menschen dar.

Es ist ein schwieriges Thema, insbesondere für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die in den Wohnangeboten immer wieder mit Herausforderungen auf diesem Gebiet konfrontiert sind. Für sie gibt es viele Fragen, angefangen von rechtlichen Voraussetzungen bis hin zu Alternativen, die zum Teil unbeantwortet bleiben und im täglichen Dienstbetrieb nicht umfassend besprochen werden.

Im Nachgang zu den Fachtagen, die als Schulungs- und Fortbildungsmodul aufgebaut waren, möchte ich daher den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Eingliederungshilfe diese Broschüre an die Hand geben.

Praxisnah vermittelt sie aktuelles Wissen über freiheitsentziehende Maßnahmen, informiert kompakt über die rechtlichen Grundlagen und

gibt Denkanstöße, bisherige Handlungsweisen zu durchbrechen. Zudem macht sie Mut, gemeinsam mit dem Team der Einrichtung neue Wege zu gehen, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu reduzieren oder gar zu vermeiden. Hierzu informiert die Broschüre mit vielen guten Praxisbeispielen und aktuellen Fachaufsätzen.

Ich hoffe sehr, dass diese Information ein Gewinn für die Menschen ist, für die Sie täglich arbeiten, und zögern Sie bitte nicht, die Inhalte und Themen in Ihrer nächsten Teambesprechung zu diskutieren.

Ihre

**Sabine Bätzing-Lichtenthäler**  
Ministerin für Soziales, Arbeit,  
Gesundheit und Demografie  
des Landes Rheinland-Pfalz

# ZUM PROJEKT DER REDUZIERUNG VON FREIHEITSENTZIEHENDEN MASSNAHMEN IN EINRICHTUNGEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE IN RHEINLAND-PFALZ

Die Entstehung dieser Broschüre sowie die ausgerichteten Fachtage zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen sind Ausdruck einer großen Notwendigkeit sich einem schwierigen aber wichtigen Thema zu widmen.

Wir von inverso. möchten uns für den Projektauftrag bei Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz bedanken. Einen besonderen Dank richten wir darüber hinaus an Herrn Matthias Rösch, Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz und an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungs- und Prüfbehörde des Landes Rheinland-Pfalz.

Ein weiterer Dank gilt all den Expertinnen und Experten, die wir für die Vorbereitung und Durchführung der Fachtage sowie die Erstellung dieser Broschüre gewinnen konnten:

- Prof. Dr. habil. Thomas Klie,

Evangelischen Hochschule in Freiburg (Breisgau)

- Dieter Lang, Geschäftsführer der Diakonissen Bethesda Landau
  - Marianne Martin, bso. - Beratung in Sozialen Organisationen / Hessischer Konsulentendienst
  - Dr. Martin Jochheim, bso. - Beratung in Sozialen Organisationen / Hessischer Konsulentendienst
  - Christine Seebohm, seebohm-qs - Qualitätsmanagement zur Pflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
  - Katja Becker - Referentin - Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Brandenburg
  - Tobias Schmitt - Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Brandenburg
- Deren Expertise sowie auch deren so wichtige

Praxiserfahrung ist es zu verdanken, dass sich die Fach- und Führungskräfte in knapp der Hälfte aller Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz kompetent, dialogisch und alltagsnah dem Thema der Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen zuwenden konnten.

Die Broschüre ist mit dem Anspruch entstanden, ein praxisnahes Instrument als Ergänzung zur Schulung zu liefern. Dabei stand im Vordergrund, den Menschen, die von FEM betroffen sind, wertschätzend gegenüber zu treten.

Alle Autoren wurden gebeten, ihre Beiträge entsprechend zu gestalten, so dass ein direkter Nutzen für die tägliche Praxis gegeben ist. Dafür, dass dies so gut gelungen ist, möchten wir uns bei den Autoren dieser Broschüre bedanken.

Viel Freude beim Lesen!

**André Hennig & Madeleine Viol**

# 1. EINLEITUNG – VON DER KONZEPTION ÜBER DIE FACHTAGE HIN ZUR BROSCHÜRE

André Hennig

## Es begann mit einem Projekt in der Altenhilfe ...

In den Jahren 2004 bis 2006 wurde erstmals in Deutschland wissenschaftlich fundiert auf die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen fokussiert. In dem Projekt „ReduFix – Reduktion von Fixierungen“ zur Reduktion körpernaher Fixierung, durchgeführt vom Freiburger Innovations- und Forschungsverbund e.V. der Evangelischen Hochschule Freiburg, „wurde untersucht, ob durch gezielte Interventionen Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) bei demenzerkrankten Heimbewohnern zu verhindern oder zu reduzieren sind, ohne dass es dabei zu negativen Konsequenzen für die Bewohnerin oder den Bewohner kommt“ (Viol 2018 – redufix.de). In „45 Altenpflegeheimen aus Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen konnte das Projekt zeigen, dass die Interventionen wirken: In der sog. Interventionsgruppe wurden bei insgesamt 20,8 % der Personen die Fixierung vollständig beendet“ (Viol 2018 – redufix.de). Das ReduFix-Konzept sowie etwas später auch das Konzept „Mehr Freiheit wagen“ sind mittlerweile

deutschlandweit gelebte Praxis und konzeptioneller Bestandteil der meisten Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

## Ein blinder Fleck? – FEM in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Entgegen der Erfahrungen und wissenschaftlichen Untersuchungen in der Altenhilfe findet sich in Hinblick auf die Anwendung von FEM in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sehr wenig und eine valide Datenbasis fehlt gänzlich.

## Altenhilfe und Eingliederungshilfe schwer vergleichbar

Die Gründe für die Anwendung von FEM in Einrichtungen der Alten- sowie der Eingliederungshilfe sind teilweise ähnlich jedoch auch teilweise grundverschieden. So zählt eine Sturzgefährdung in den allermeisten Fällen und seltener eine Hinlauf-/Weglaufftendenz zu den Gründen für FEM in der Altenhilfe. Diese Gründe lassen sich auch, doch weit seltener, in der Eingliederungshilfe

finden. Dort wird jedoch häufig eine FEM angewandt, um Gefahren im Zuge einer Auto- oder Fremdaggression, enthemmten Verhaltens oder unwillkürlichen Selbstverletzung zu reduzieren, was so wiederum sehr selten in der Altenhilfe zu finden ist.

## Ein Projekt in Rheinland-Pfalz – Auf der Suche nach Denk- und Handlungsansätzen für die Eingliederungshilfe

Das Land Rheinland-Pfalz engagiert sich bereits seit 2008 für eine Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen und beauftragte im Jahr 2016 das Institut inverso. mit der Durchführung von Fachtagen für rheinland-pfälzische Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Für diese Fachtage bedurfte es jedoch einer fundierten Wissensbasis, einerseits um dem Anspruch der Evidenzbasierung zu entsprechen, aber auch um Glaubwürdigkeit in den Einrichtungen zu erreichen. Aktuell besteht in Deutschland an vielen Stellen fragmentiertes Wissen sowie Praxiserfahrungen zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) im Bereich der Eingliederungshilfe. Es bedurfte einer Verbindung von Beispielen guter Praxis, dem aktuellen Wissen der Heil- und Sonderpädagogik, Erfahrungen der Aufsichtsbehörden, auch aus anderen Bundesländern, der Erkenntnisse des Projekts ReduFix, angereichert durch spezifisches rechtliches Wissen sowie um Aspekte der Organisationsentwicklung. Durch mehrere Expertendiskurse, eine fundierte Literatursichtung und einem finalen Expertenworkshop wurden Denk- und Handlungsansätze identifiziert, die Einrichtungen in Rheinland-Pfalz dabei unterstützen können, freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Behinderung zu reduzieren.

## Fachtage für Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz

Basierend auf den ausgewählten Denk- und Handlungsansätzen wurde allen Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz das Angebot der kostenfreien Teilnahme an regionalen Fachtagen gemacht. Von den 230 Einrichtungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung nahmen letztendlich 101 (44%)

daran teil. Das Wissen über die Reduzierung von Fixierungsmaßnahmen in diese Einrichtungen zu tragen, dort Handlungskompetenz zu entwickeln und Organisations- sowie weitere Personalentwicklungsmaßnahmen anzustoßen, war das Ziel der Fachtage. Die Projekte „ReduFix Praxis“ sowie „Mehr-Freiheit-wagen“ konnten nachweisen, dass die Teilnahme an Fortbildungen das entscheidende Moment zur Veränderung in den Einrichtungen war, flankiert durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung.

## Auf die Fachtage folgt diese Broschüre

Das Projekt zielt auf Nachhaltigkeit. Daher ist es sinnvoll, etwas über das Projekt hinaus Bleibendes zu gestalten. Neben weiteren Fortbildungs- und Beratungsangeboten, die aus diesem Projekt erwachsen sind, neben Schulungsangeboten für Betreuungsbehörden und -vereine, entstand diese Broschüre.

## Verweise:

[www.redufix.de](http://www.redufix.de)



[www.leitlinie-fem.de](http://www.leitlinie-fem.de)



## 2. WARUM WERDEN FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN (EIGENTLICH) ANGEWANDT?

André Hennig

In der Diskussion über freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) verschmelzen nicht selten unterschiedliche Begründungen für oder gegen deren Anwendung. Diese unterschiedlichen Vorder- und Hintergründe, wie wir sie in diesem Beitrag nennen, werden im Folgenden zu differenzieren gesucht, damit einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Teams und auch Führungskräfte klarer für sich herausarbeiten können, welchen Zwecken eine FEM dienen kann:

### Legitime „Vordergründe“ für FEM

Frägt man nach dem Grund für die Anwendung von FEM werden in der Regel zunächst Risiken benannt, die aus dem Verhalten eines Bewohners resultieren können:

- Weglaufen/Hinlaufen
- Sturzgefährdung
- Enthemmtes Verhalten
- Autoaggression
- Unwillkürliche Selbstverletzungen
- Fremdaggression
- Sachaggression

Entweder zeigen Bewohner dieses Verhalten bereits oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen an, dass dieses Verhalten entstehen wird. Diese Begründung ist auf den ersten Blick sowohl juristisch legitim als auch fachlich richtig. Dabei ist der § 1906 BGB relevant.

### Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) - § 1906

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

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder...

Es wird ersichtlich, dass das Gesetz eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung bis hin zum Tod zur Voraussetzung für die Anwendung einer FEM macht. Damit sind die zuvor aufgeführten Begründungen, die so häufig in der Praxis getätigt werden, nicht ausreichend und benötigen einer Präzisierung. Es bedarf der Beantwortung der Fragen, welche konkreten Gefahren durch ein Weglaufen/Hinlaufen, Stürzen, enthemmtes Verhalten, etc. eigentlich entstehen. Wir alle kennen Bewohnerinnen und Bewohner, die bereits unzählige Male gestürzt sind, aber sich nicht verletzt haben. Auch ein enthemmtes Verhalten ist noch keine „erhebliche Gesundheitsgefährdung“; daher die Notwendigkeit zur Präzisierung des Risikos, um dem Anspruch des Gesetzes zu entsprechen. Eine solche Präzisierung und auch Beschreibung der Gefahr vorzunehmen, ist eine fachliche Aufgabe und muss von Fachkräften geleistet werden. Diese sollten bei Ihrer Einschätzung der Gefahr für die Bewohnerinnen und Bewohner bestenfalls eben nur diese in Ihre „Urteilsfindung“ einfließen lassen, was gar nicht so leicht ist.

### Illegitime „Hintergründe“ für FEM

Über viele Fortbildungen und Fallbesprechungen, in denen von den Mitarbeitern der Einrichtungen durchaus kontrovers diskutiert wurde, entstand ein Wissen über weitere „Hintergründe“, die häufig auch in die Erörterung der FEM eingebracht werden, die jedoch „eigentlich“ keine Relevanz für die fachliche Einschätzung besitzen sollten:

### „Wir stehen mit einem Bein im Gefängnis“

Die Angst vor Haftung oder Strafe hält sich „wacker“ in den Köpfen vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wird mit dem Satz „wir stehen mit einem Bein im Gefängnis“ versinnbildlicht. Daher könnte der eigene Schutz vor Haftung oder Strafe durchaus unbewusst Eingang in die fachliche Einschätzung pro oder contra einer FEM einfließen, konterkariert jedoch die Fachlichkeit (siehe dazu auch Klie Seite 46).

### Praxistipp

Häufig ist es hilfreich, diese „Haftungsmythen“ im Team mal mit der Wirklichkeit abzugleichen: „Wer wurde in unserem Haus aufgrund einer Verletzung einer Bewohnerin oder eines Bewohners jemals in Haftung genommen oder ist ins Gefängnis gekommen?“ Sicher werden dann die ein oder anderen Beispiele aus irgendwelchen anderen Häusern genannt, in denen „schlimme Dinge“ passiert sind. Oder es wird erwähnt, dass die Polizei ja bereits mal zur Befragung im Haus war oder die Krankenkasse einen Fragebogen zur Beantwortung vorlegt hat. Unserer Erfahrung nach benötigt es an dieser Stelle einen „unaufgeregten“ Begleiter des Teams, der dabei hilft, folgendes zu unterscheiden und zu erkennen:

- Bei den „schlimmen Dingen“ aus anderen Einrichtungen handelt es sich in der Regel um vorsätzliche Straftaten, auf die durchaus „Gefängnis“ folgen kann und nicht um „Fahrlässigkeiten“, um die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich eigentlich sorgen.
- Eine Prüfung einer Angelegenheit durch die Polizei oder die Krankenkasse ist noch keine Verurteilung.

### „Es könnte doch aber passieren, dass ...“

Es sind immer wieder einzelne Mitarbeiter in Teams anzutreffen, die mehr Gefahren sehen als andere. Im Sinne eines „es könnte doch aber passieren, dass ...“ werden mögliche Gefahren für den Bewohner in die Diskussion eingebracht, die schwer zu entkräften sind. Das einzelne Mitarbeiter mehr Gefahren sehen als andere, kann ein Verweis auf Erfahrungen aus deren Berufsbiografie sein oder auch auf deren Persönlichkeitsstruktur, haben jedoch nichts in der Erörterung des Bewohners verloren. Würde aus diesen Ängsten heraus eine FEM angewendet, wäre dies eine vorsorgliche FEM, was rechtlich nicht legitim ist. Einrichtungen, Teams, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben die Aufgabe, Bewohnerinnen und Bewohner vor den Gefahren zu schützen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten werden. „Die Risiken müssen konkret und nicht abstrakt sein“ (siehe dazu auch das Alternativengespräch Seite 18).

### **Unkenntnis über Alternativen**

Einrichtungen sind grundsätzlich verpflichtet ihr Handeln am aktuellen Wissensstand zu orientieren. Dazu gehört auch das Wissen um Hilfsmittel und technische Unterstützungssysteme, deren Markt stetig wächst. Teils sind diese jedoch in den Einrichtungen nicht bekannt und können damit auch nicht Teil der Alternativenprüfung sein. Die Erfahrung zeigt, dass das Wissen um diese Alternativen in den Einrichtungen sehr unterschiedlich ist. Ein Besuch von Fachmessen (z.B. Altenpflegemesse) oder die Recherche in Fachdatenbanken (z.B. Rehadat-Hilfsmittel) bis hin zur freien Schlagworte im Internet kann hier hilfreich sein.

### **Symptombekämpfung statt Ergründung von Ursachen**

Teilweise ist das Verhalten der Menschen massiv störend, greift auf andere Bewohnerinnen und Bewohner über, bringt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Ohnmacht hinein und gefährdet den Mensch nicht zuletzt selbst. Teilweise steht die Unterbindung des Verhaltens so sehr im Fokus, dass eine Ergründung der Ursachen für dieses Verhalten vernachlässigt wird. Heijkoop untersuchte diese teilweise systemimmanente Reaktionsweise von Einrichtungen, und beschrieb es als „Desinfizieren“ von Problemverhalten:

- „direkt körperlich mit schnell wirkenden Medikamenten, Festbinden und dergleichen;
- sozial, durch Absonderung, Zurückhalten, Festhalten, ständig in der Nähe des Betroffenen bleiben;
- psychisch, durch Warnungen und Absprachen eventuell mit der Ankündigung von Belohnung oder Strafe; indem man dem Betroffenen das Heft aus der Hand nimmt, indem die Betreuung verstärkt wird;
- Räumlich, indem man die Orte, die der Betroffene im Haus und außerhalb allein aufsuchen darf, stark begrenzt“ (vgl. Heijkoop).

Wir hoffen mit dieser Darstellung ein Stück weit dahingehend motiviert zu haben, die Begründungen für eine FEM kritisch im Team oder der Einrichtung zu prüfen und zu schauen, ob sich weitere Gründe unbemerkt von „hinten“ in die fachliche Einschätzung eingeschlichen haben.

### **Literatur**

**Heijkoop, Jacques** (2014): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Beltz Juventa

# 3. FEM – DEFINITION, FORMEN UND FOLGEN

André Hennig

## Definition von FEM

In Einrichtungen der Eingliederungshilfe findet eine Vielzahl an unterschiedlichen freiheitsentziehenden Maßnahmen Anwendung.

*Nach einer international konsentierten Definition des Joanna Briggs Instituts, Adelaide, Australien umfasst eine freiheitsentziehende Maßnahme jeden Gegenstand, Material oder Vorrichtung an oder in der Nähe einer Person, welche(-r/-s) sich nicht eigenständig entfernen oder von der Person selbstständig und leicht kontrollieren lässt. FEM schränken Körperbewegungen oder Positionswechsel ein, die eine Person willentlich ausführen möchte (Evans et al. 2002).*

Demnach sind Gegenstände, wie z.B. ein Bettgitter nicht an sich bereits eine FEM, sondern bedürfen folgenden „Charakters“:

1. Entweder müssen die Maßnahmen gegen den Willen sein oder bei einer Person angewendet werden, die nicht mehr einwilligungsfähig ist.
2. Die Maßnahmen dürfen von der Person nicht selbst zu öffnen sein.

3. Die Person muss noch die Fähigkeit zur willens gesteuerten Fortbewegung besitzen.

## Formen von FEM

Konkret werden in der Praxis folgende freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt:

- Geschlossene Türen (teilweise auch als Maßnahme einer Unterbringung)
- Bettgitter
- Gurte (Rumpf, Fuß/Arm, Kopf, etc.)
- festgestellte Rollstuhlbremsen
- Sitzhosen
- Time-Out-Räume

Darüber hinaus gibt es weitere Maßnahmen, die weniger eindeutig eine FEM darstellen und deren Genehmigungsnotwendigkeit seitens der Amtsrichterinnen und Amtsrichter durchaus unterschiedlich beurteilt wird.

## Medikamente

Der Zweck und dessen Rechtmäßigkeit entscheiden darüber, ob Medikamente eine FEM darstellen bzw. als FEM nicht anwendbar sind. Dieses

komplizierte Konstrukt hat Prof. Dr. Klie auf Seite 46 eindeutig juristisch bewertet.

## Einkonditionierte FEM

Damit sind FEM gemeint, die seitens der Bewohnerinnen und Bewohner gewünscht werden, obwohl diese mit immensen Folgen einhergehen können. Der Wunsch der Menschen nach diesen FEM, resultiert häufig aus einer (jahre)langen Gewöhnung an diese Maßnahme, oft im häuslichen Kontext. Diese Gewöhnung hat sich über die Jahre zu einer Abhängigkeit entwickelt, so dass diese Maßnahmen seitens der Bewohnerinnen und Bewohner z.B. zum Einschlafen oder zur Beruhigung eingefordert werden. Behält man den Menschen die Maßnahme vor, entstehen teils riesige Ängste, Verunsicherungen oder Aggressionen. Eine juristische Einordnung findet sich auf Seite 49.

## Kaschieren von Türen

Die Idee, Aus- und Eingänge mittels Folien oder Vorhängen zu kaschieren, demnach absichtsvoll Bewegungsräume, die den Bewohnerinnen und Bewohnern zustehen, zu verwehren, stellt aus Sicht des Autors eine FEM dar. Einige wenige Amtsrichterinnen und Amtsrichter bewerten dies anders.

## Vorenthalten

In seltenen Fällen werden den Bewohnerinnen und Bewohnern Ihre Gehhilfen (Rollator, etc.) „versteckt“, damit sie an Ort und Stelle verbleiben. Auch die Maßnahme, Kleidung oder Hausschuhe für den Menschen unauffindbar zu machen, wohlwissend darum, dass er sich ohne diese nicht aus seinem Zimmer bewegt, stellt aus Sicht des Autors eine FEM dar und wäre darüber hinaus nicht mit den Grundsätzen der Behindertenrechtskonvention vereinbar.

## Tiefe Sessel und Co.

Sitzmöbel, wie beispielsweise tiefe und weiche Sessel, ein schwerer und dadurch nicht verschiebbarer Stuhl oder auch ein Niederflurbett auf die tiefste Position zu stellen, mit dem Wissen, dass die Bewohnerin oder der Bewohner daraus nicht aufstehen kann, stellt ebenfalls eine FEM dar.

## Folgen freiheitsentziehender Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen gehen notwendigerweise mit einer reduzierten Bewegungsmöglichkeit und einer Beeinträchtigung des Selbstbestimmungsrechts einher. In dessen Folge wiederum können eine Vielzahl an Nebenwirkungen bzw. Sekundärfolgen entstehen, die nachstehend kurz skizziert werden:

- So kann es zu Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, Strangulation (v.al. bei Versuchen sich zu befreien) und plötzlichem Herztod kommen (Parker 1997, Berzlanovich 2007, BfArm 2004, Mohsenian 2003).
- Indirekte Folgen freiheitsentziehender Maßnahmen sind eine Kraft- und Balanceminderung durch Immobilisierung, eine Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten, Harninkontinenz, medizinische Komplikationen wie z.B. Kontrakturen, Dekubitus und Infektionen mit der Konsequenz einer drastischen Verschlechterung des Allgemeinzustands, der Lebensqualität und letztlich erhöhter Mortalität (Evans 2002).
- Aus pflegewissenschaftlicher Sicht, sind FEM zur Sturzvermeidung kontraproduktiv, schützen nicht, sondern stellen selbst eine Gefährdung dar. So schreibt der pflegerische Expertenstandard zur Sturzprophylaxe durch FEM: *„Der Schutz vor Stürzen wird in der Praxis häufig als ein Argument herangezogen, um den Einsatz von FEM zu rechtfertigen. Dem steht die Aussage im Expertenstandard zur Sturzprophylaxe gegenüber, dass diese Maßnahmen keinesfalls zu diesem Zweck eingesetzt werden sollen“* (DNQP 2013, S. 109).
- Weitere Folgen von FEM, die in der Literatur beschrieben werden, sind Obstipation, Entmineralisierung der Knochen (Abnahme der Knochendichte), Muskelatrophie und nicht zuletzt die sozial-psychologische Beeinträchtigung, Nähe oder Distanz zu anderen Menschen erstens nicht wählen, zweitens dieser auch nicht entkommen zu können.



Nur über die Kenntnis dieser Folgen und Nebenwirkungen von FEM kann die notwendige fachliche Abwägung des Nutzens und des Risikos einer FEM erfolgen.

#### Literatur

**Evans, David; Wood, Jacquelin; Lambert, Leonnie** (2002): A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. In JAN – Journal of advanced Nursing. Volume40, Issue6  
Pages 616-625

**DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.)(2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück

**Berzlanovich, Andrea** (2007), Risiken bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen  
Fachtagung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen am 22.07.2007 in Eching – „FreiMut – Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege“

**Parker K, Miles S** (1997): Deaths Caused by Bedrails. In: J Am Geriatr Soc 45: S. 797-802

**Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (2004): Stellungnahme zu Fixierungssystemen und Empfehlungen zur Anwendung von Fixierungssystemen. Unter: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/fixierungssysteme\\_Stellungnahme\\_Uni-Witten.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/fixierungssysteme_Stellungnahme_Uni-Witten.html) (Stand 30.03.2018)

**Mohsenian C, et al.** (2003): Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36:2003. S. 266-273

## 4. DAS ALTERNATIVENGESPRÄCH – DIE RICHTIGEN FRAGEN SIND DER SCHLÜSSEL

Christine Seebohm, André Hennig

Die Qualität von Besprechungen jedweder Art hängt entscheidend von den Fragen ab, die gestellt werden. Denn „wie die Frage gestellt wird, ist entscheidend dafür, welche Richtung man einschlägt, um die Antworten zu finden“ (Antonovsky). Werden beispielsweise in Hinblick auf herausforderndes Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern Fragen zur Vermeidung des Verhaltens oder zur Ergründung der möglichen Ursachen gestellt?

Sicher werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Eingliederungshilfe große Erfahrung mit Fallbesprechungen besitzen. Aufbauend auf diesem Erfahrungsschatz wird im Folgenden ein Ansatz zur Erörterung der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen vorgestellt, das „Alternativengespräch“ (eine Kopiervorlage für die leitenden Fragen des Alternativengesprächs findet sich in Anlage A). Es ist keine neu erdachte Besprechungsform, sondern

eine aus vielen Ansätzen zusammengefügte, die einerseits der „Psychologie“ (siehe dazu auch 2. Gründe für die Anwendung von FEM) und den fachlich-juristischen Ansprüchen an FEM Rechnung trägt.

### Moderation des Alternativengesprächs

Die Moderation des Alternativengesprächs, bestenfalls durch eine außerhalb des Teams befindliche Person (z.B. psychologischer Dienst, Case-Manager, Konsulentendienst), ist sehr bedeutend. Das Thema FEM wird notwendigerweise viele Perspektiven (Bewohnerin und Bewohner, Mitbewohnerin und Mitbewohner, Mitarbeiterin und Mitarbeiter, etc.) und konfligierende Werte (Freiheitsrecht, Haftungsrecht, Lebensqualität, Unversehrtheit) in der Diskussion entstehen lassen. Um daraus keinen „undurchdringlichen Dschungel“ werden zu lassen, wird eine externe Moderation empfohlen.

### Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner, respektive der Betreuerin/des Betreuers bzw. der Angehörigen

Vor dem Hintergrund des Inklusionsanspruchs empfinden viele die Durchführung einer Besprechung über und nicht mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bereits als inakzeptabel. Es stellt jedoch aus unserer Sicht „keinen Widerspruch zum Inklusionsgedanken“ dar, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zunächst ohne die Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige und gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer über eine Sache austauschen. Es ermöglicht vielmehr häufig in der Komplexität des Themas eine Ortsbestimmung des Teams. Zudem fördert es eine Aussprache der mit dem Thema verbundenen Gefühle. In weiteren Besprechungen kann dann die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Betreuerinnen und Betreuer und der Angehörigen erfolgen.

### Ziel des Alternativengesprächs

Der Fokus des Gesprächs ist zugleich auch das Ziel, nämlich ein alternatives Denken und/oder Handeln zum Bisherigen zu erreichen und ein individualisiertes sowie konkretes Konzept zu entwickeln:

- wie bestehende Fixierungen gänzlich oder temporär reduziert werden können oder
- wie bestehende Fixierungen durch eine mildere Form ersetzt werden können oder
- im Sinne einer Risikoabwägung (z.B. Selbstverletzungen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren) bewusst unterlassen werden können.

### Zentrale Fragen

Entsprechend des Auftrags jeder Einrichtung der Eingliederungshilfe bedarf es während des Alternativengesprächs erfahrungsgemäß immer wieder der Frage:

- Was möchte die Bewohnerin oder der Bewohner?
- Welches ist ihre bzw. sein mutmaßlicher Wille in dieser Sache?

Diese Frage ist zentral und darf nicht aus dem Blick geraten. Dies schließt eine Betrachtung dessen, wie sehr sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Situation selbst auch beeinträchtigt fühlen, nicht aus. Diesen Gefühlen (z.B. „ich habe Angst vor dem nächsten Dienst“) sollte ein wertschätzender Raum gegeben werden, um dann wieder den Fokus auf die Bedürfnisse der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu richten.

### Risiken müssen konkret und nicht abstrakt sein

Irgendwann wird in dem Alternativengespräch die Gefährdung, das Risiko, welches im Raum steht durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter thematisiert werden (z.B. andere Bewohnerinnen und Bewohner werden verletzt; ein Sturz wird stattfinden; die Menschen werden sich „überfressen“; sie werden im Straßenverkehr verletzt). Da ein vorsorgliches Fixieren, im Sinne eines „es könnte passieren, dass“ rechtlich nicht legitim ist, bedarf es zur Rechtfertigung immer einer konkreten und belegbaren Gefährdung. Es hat sich als sehr wertvoll erwiesen, eine oft anzutreffende „frei schwebende Gefährdung“ im Alternativengespräch zu „erden“:

- Was wird ganz konkret passieren, wenn die FEM entfernt wird/nicht verwendet wird?
- Was führt zu der Überlegung Freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden?

Sofern das Team hier sehr unentschieden ist, hieße das, dass es zunächst ausprobiert werden müsste, da es sonst einem vorsorglichen Fixieren entsprechen würde. Aus der Praxis wissen wir, dass FEM teilweise über sehr lange Zeit Anwendung finden und der Grund für die damalige Anwendung mittlerweile nur noch „nebulös“ rekonstruierbar ist, die FEM in einer anderen Einrichtung oder zu Hause, demnach in einem anderen Setting begonnen wurde. Da Menschen sich körperlich und geistig weiterentwickeln, sich beispielsweise Bewältigungstechniken und Bedürfnisse auch verändern, ist es eine Aufgabe der Einrichtungen, dessen was konkret ohne FEM passieren könnte, anzuzweifeln und kontrolliert zu „erproben“.

### Verstehenshypothesen bilden

Eine weitere, sehr bedeutende Frage wird im Prozess des Alternativengesprächs auftauchen, nämlich die nach dem Grund, dem „warum“ die Bewohnerin bzw. der Bewohner dieses Verhalten zeigt. Hilfreich dabei ist auch die Frage zu beantworten:

#### In welchen Situationen entsteht das Verhalten?

Die Erfahrung zeigt, dass Teams relativ schnell erste Verstehenshypothesen nennen können (z.B. „der Mensch möchte Aufmerksamkeit“; „er oder sie genießt das Gefühl von Macht“; „er oder sie schätzt seine bzw. ihre Fähigkeiten falsch ein“; „nur darüber spürt er oder sie sich“; „da besteht ein Entwicklungsdefizit“). Diese wurden zumeist bereits häufig im Team ventiliert und erwerben darüber eine „quasi-Objektivität“. Etwas theoretisch betrachtet ist es interessant, dass das, was als vermeintlicher Grund für das Verhalten des Bewohners angenommen wird, auch die Suche nach Alternativen entscheidend prägt. Demnach öffnen oder begrenzen die Art und Anzahl der Verstehenshypothesen auch die Möglichkeit neue Wege zu erarbeiten. Häufig wird beispielsweise der Blick auf sich selbst bei der Bildung von Verstehenshypothesen ausgespart (z.B. das Team, die Bezugsbetreuerinnen und Betreuer, das Konzept). Hypothesen können ja nur auf der Grundlage dessen, was über den Mensch bekannt ist, gebildet werden.

Vor dem Hintergrund dürfen folgende Fragen durchaus gestellt werden:

#### Ist die Biografie weitumfänglich bekannt und besprochen?

#### Was wissen wir aus der vorherigen Lebenswelt/Wohngruppe über den Bewohner?

Grundsätzlich sollten die Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen des Alternativengesprächs auf verschiedenen Ebenen betrachtet und Hypothesen für das Verhalten gebildet werden:

#### Warum handelt/empfindet die Bewohnerin bzw. der Bewohner so? Auf der Ebene:

- der Lebensgeschichte
- des emotionalen Entwicklungsstandes
- der Lebens-/Arbeitssituation
- des Systems (Werte, Rollen, Strukturen)
- der sozialen Grundbedürfnisse (Bindung, Teilhabe, Beschäftigung, Sexualität)
- der körperlichen Grundbedürfnisse (Schmerzfreiheit, Vitalzeichen, Ausscheidung, Sexualität)

#### Welche Veränderungen wirkten in den letzten Wochen auf die Bewohnerin, auf den Bewohner (z.B. veränderter Tagesablauf, Medikation, Infektion, Krankenhausaufenthalt)?

Für die Erarbeitung von Alternativen bedarf es demnach auch häufig eines veränderten Verständnisses dessen, was zu dem Verhalten führte.

#### Suche nach Ausnahmen

Die Dynamik von Besprechungen bewirkt zuweilen eine ausschließliche Fokussierung auf das herausfordernde Verhalten an sich. Eine weitere Frage, die den Blick wieder öffnet, ist die nach der Ausnahme:

- Wann zeigt der Bewohner das Verhalten nicht?
- Welche Bedürfnisse sind dann befriedigt?
- Wie können diese Situation vermehrt oder verlängert werden?

#### Die Abwägung oder „und dann passiert etwas“

Über die Zeit und auch vor dem Hintergrund unreflektierter Haftungsängste („wir stehen mit einem Bein im Gefängnis“) entwickelt sich in Teams ab und an eine ausschließliche Fokussierung darauf, was passieren könnte, wenn eine FEM nicht angewendet werden sollte oder der Einsatz eingeschränkt würde (z.B. Stürze, Selbstverletzungen, Fremdgefährdungen, etc.). Ein Argument, welches sehr häufig benannt wird ist „und dann passiert etwas“. Die Angst vor dem, was dann droht wird damit geschürt. Diese Argumentation ist schwer zu entkräften und wirkt teils bleiern auf die Dynamik der Besprechung. Sofern sich Teams in diese „Sackgasse“ hinein bewegt haben, ist

es außerordentlich wichtig, dass auch der Fokus darauf gerichtet wird:

- Welches sind die Folgen von FEM?
- Was passiert auf der psychischen, sozialen und körperliche Ebene durch die FEM?
- Welchen „Preis bezahlt“ der Bewohner für die geistige oder körperliche Bewegungseinschränkung?

Erst über die Beantwortung dieser Fragen entsteht ein umfassenderes Bild, das nun erst eine professionelle Abwägung der Folgen mit (siehe dazu auch Folgen von FEM, Seite 15) oder ohne FEM ermöglicht. Es sollte auch an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass Teams und Einrichtungen nicht dafür verantwortlich sind, dass „nichts passiert“, sondern dafür fachlich richtig gehandelt zu haben (lege artis), wozu auch der Abwägungsprozess gehört.

#### Alternativen erdenken

Basierend auf allen bisherigen Fragen, die das Ziel hatten, alternatives Denken zu fördern, Risiken realistisch einzuschätzen, Ausnahmen des herausfordernden Verhaltens zu erkennen und neue Verstehenshypothesen zu bilden sollten im Prozess des Alternativengesprächs nun auch Alternativen erdacht und entwickelt werden:

- Was braucht die Bewohnerin, der Bewohner?
- Wie können notwendige Persönlichkeitsentwicklungen befördert werden?
- Wie kann die Lebens- und Arbeitssituation bedürfnisorientierter gestaltet werden?
- Wie kann das den Menschen umgebende System verändert werden?
- Wie können soziale und körperliche Bedürfnisse anders, besser oder intensiver befriedigt werden?
- Mit welchen Fähigkeiten der Menschen (z. B. kognitive, motorische, soziale, emotionale, soziale Fähigkeiten) lässt sich das Thema positiv beeinflussen?
- Wie sollten wir uns verändern?
- Macht eine neue medizinische oder psychologische Betrachtung Sinn?
- Welche andere fachliche Unterstützung

(z.B. Facharzt, Supervision, Fortbildung etc.) kann noch eingebunden werden, um eine FEM zu verhindern?

- Wie können wir weitere biografische Informationen über den Menschen erhalten?
- In welcher Form bedarf es einer Einbindung der Angehörigen bzw. der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in Hinblick auf die Anwendung von Alternativen?

#### Was noch, was noch, was noch?

Oft greifen Menschen auf Routinen im Denken und Handeln zurück und nennen bei der Besprechung von Bewohnerinnen und Bewohnern immer wieder gleiche Hypothesen und erdenken ähnliche Maßnahmen. Die einfache Frage „was noch“ sollte seitens der Moderatorin bzw. des Moderators immer wieder in den einzelnen Phasen des Alternativengesprächs gestellt werden. Diese Frage befördert ein freies Denken außerhalb des bereits Gedachten. Ein „mehr desselben“ bringt jedoch häufig nicht die gewünschte Veränderung. Diese Kraft wohnt der Frage „was noch“ inne und sollte im Alternativengespräch viel Raum bekommen, auch auf die Gefahr hin, dass hierauf zunächst „Stille“ im Team folgt. Diese Stille gilt es auszuhalten und auf die „Kreativität“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu vertrauen.

#### Appell an den Humanismus

Gerade in Fällen in denen Teams gefühlt schon hundertfach miteinander gesprochen und „alles ausprobiert“ haben, kommt ab und zu eine grundlegende Haltung sozialer Arbeit in Bedrängnis: Die grundlegende Überzeugung, dass Menschen sich entwickeln und dies grundsätzlich in Richtung positiver Verhaltensweisen wollen und können. Dieser psychologische Humanismus geht in Hinblick auf herausforderndes Verhalten davon aus, dass Menschen konstruktive anstatt destruktive Verhaltensweise wählen, wenn es Ihnen möglich ist oder ermöglicht wird. Ein Humanismus-Appell an jeden Einzelnen des Teams kann helfen, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich in der Komplexität des „Falls“ verlieren und „der Glaube“ droht verloren zu gehen.

### Weitere Fragen bei Entscheidung für FEM

Sofern FEM Anwendung finden sollen bzw. bereits angewandt werden, sollte sich das Team mit folgenden Fragen auseinandersetzen:

- Welche Alternativen wurden bisher angewendet, über welchen Zeitraum und wurden diese dokumentiert?
- Welches sind die notwendigen Sicht- und Kontrollzeiten?
- Ist in der Teilhabe oder Pflegeplanung die handlungsleitende Anwendung und Dauer der FEM aufgenommen?
- Muss ein Antrag beim Amtsgericht zur Verlängerung der eingesetzten FEM gestellt werden?

Der Ansatz des „Alternativengesprächs“ ist ein aus der Praxis und aus der Erfahrung aus unzähligen Besprechungen mit Teams entstanden. Er greift auf die grundlegende Erkenntnis zurück, dass sich Situationen grundsätzlich nur über zwei Wege verändern lassen: Anders denken; Anders handeln. Wir vertrauen auf die Kraft der Fragen, Teams auf diese Wege zu bringen.

# 5. QUALITÄTSKRITERIEN IN HINBLICK AUF DIE VERMEIDUNG UND ANWENDUNG VON FEM N

Christine Seeböhm

Das Bestreben aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, einschränkende Maßnahmen weitestgehend zu vermeiden, sollte durch ein handlungsanleitendes Konzept in der Einrichtung unterstützt werden.

Mit einem vorliegenden Konzept soll der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) eindeutig und transparent dargestellt werden. Zudem soll es den ausführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheit vermitteln.

Sie legen hiermit das Ziel und die Haltung Ihrer Einrichtung dar. Sie treffen mögliche Aussagen, wie z.B.:

- Die Menschenwürde ist geachtet und ein größtmögliches Maß an Freiheit des Menschen ist erhalten.
- Handlungsalternativen werden angeboten, angewendet und reflektiert.
- Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden

kontinuierlich für dieses Thema sensibilisiert und fortgebildet.

- Die Anzahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Einrichtung ist reduziert.
- Rechtssicherheit bei der Anwendung von FEM für die in der Einrichtung lebenden Menschen sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist sichergestellt.
- Für alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist mit diesem Konzept eine einheitliche Grundlage zu diesem Thema geschaffen.

Zu Beginn der Überlegungen zu einem solchen Konzept, sollte die Tradition der Einrichtung zur bisherigen Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen betrachtet werden, denn diese Tradition beeinflusst das Erleben und die Handlung der heute ausführenden Mitarbeiter.

Stellen Sie Fragen zur bisherigen Erlebenswelt der Mitarbeiterin und des Mitarbeiters: z.B.:

- „Wann habe Sie das erste Mal einen Menschen in einer Fixierung gesehen und was hat das in Ihnen ausgelöst?“
- „Wie gehen Sie mit diesem Erleben bisher um, wie wird im Team darüber gesprochen?“

Vielleicht hören Sie Aussagen wie:

- „das gehört hier zum Alltag...“
- „das muss man aushalten...“
- „das gehört doch zum Beruf...“
- „da gewöhnt man sich dran...“
- „ich bin schuld, wenn ansonsten etwas passiert“
- „der Mensch muss fixiert werden, weil...“

### Geben Sie diesem Erleben Raum

Notwendig für diesen Schritt ist eine offene Gesprächskultur innerhalb der Einrichtung, eine klare gelebte Aussage der Leitungsebene gegenüber der Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Einrichtung sowie die Möglichkeit der Reflektion im Team und kontinuierliche Schulungen zur Vermeidung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Nutzen Sie zudem interne, z. B. Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes oder externe Hilfesysteme.

Wichtig ist, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Bewusstsein dafür entwickeln, was eine Fixierung für einen Menschen bedeuten kann, aber auch dafür, was es in ihnen selbst auslöst, wenn sie einen anderen Menschen in dessen Freiheit beschränken.

### Empfehlungen zu möglichen Konzeptinhalten:

Treffen Sie Aussagen zur Grundhaltung und Ziel der Einrichtung zur Vermeidung und Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Beschreiben Sie zum Beispiel:

- was eine FEM/oder beschränkende Maßnahme ist
- was keine FEM ist
- was die Einrichtung unternimmt, um möglichst eine FEM zu verhindern
- benennen Sie Alternativen und wie werden

diese in Ihrer Einrichtung bereitgestellt. Wie ist der Weg? Besprechung (Alternativgespräch siehe Seite 18): Verhalten betrachten und erklären, Angebote, Zeitschiene der Erprobung ...

- benennen Sie Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Schritte
- wenn eine FEM in Ihrer Einrichtung angewendet wird, muss folgendes eingehalten werden:
  - Deeskalationsmethoden oder andere pädagogische interne Konzepte aufnehmen
  - Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern; Begleitung und Schutz...
  - Informationspflichten z.B. gegenüber gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern
  - Antrag Amtsgericht/Gutachten/Beschluss
  - Dokumentationspflichten

### Beispiele für Dokumentationspflichten:

FEM müssen immer begründet und dokumentiert werden.

- Alle freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen begleitet werden. Eine Kontrolle während der Durchführung muss nach fachlicher Einschätzung erfolgen, mindestens jedoch stündlich. Die Art der Kontrolle wird vorher festgelegt, z.B. permanente Sichtkontrolle über eine Live Kamera (nach richterlicher Genehmigung).
- Sichtkontrollen während der Nacht ergeben sich aus der Teilhabe- und/oder Pflegeplanung
- Alle Zeiträume, auch während der Nacht, in denen eine FEM kurz geöffnet wird, z.B. bei einem Positionswechsel, beim Wechsel einer Inkontinenzversorgung u.ä. müssen genau dokumentiert werden.
- Bei einer Fixierung von unruhigen Bewohnern, mittels Gurtsystemen gemäß dem Herstellerhinweis, ist eine ununterbrochene Beaufsichtigung notwendig.

# 6. PERSONENZENTRIERTES DENKEN UND HANDELN BEI HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

Dr. Martin Jochheim, Marianne Martin

## Was heißt „personenzentriert“ Denken und Handeln?

Die personenzentrierte Beratung und Betreuung orientiert sich in ihren Grundlagen am Personenzentrierten Ansatz (PZA) nach Carl Rogers.

Dazu gehören

- die drei „Kernbedingungen“ auf Seiten der Beraterin, auf Seiten des Beraters (Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz), um die unbedingte Beratungsbeziehung zu gestalten,
- die weiteren von Carl Rogers formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für Persönlichkeitsentwicklung mit Hilfe einer Beratungsbeziehung: Psychologischer Kontakt zwischen Klientin bzw. Klient und Beraterin bzw. Berater, die Klientin, 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 innewohnenden Kraft für Wachstum und Erhaltung, einschließlich der Einsicht, dass für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen zwar die Berater hilfreiche Rahmenbedingungen anbieten, aber die Aktualisierungstendenz im Klienten 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 (substantialer und relationaler Personbegriff),
- „the need for positive regard“ (das Bedürfnis nach wertschätzender Wahrnehmung) als anthropologische Grundeinsicht in die Bedürfnisstruktur des Menschen.

## Die Inklusiv Perspektive auf den Klienten

Personenzentrierte Betreuung und Beratung macht den Inklusionsgedanken zum Ausgangspunkt der Wahrnehmung des Klienten. 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 Inklusiv 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 personenzentrierte Betreuung und Beratung fokussiert. Die Erarbeitung von Verstehenshypothesen für das herausfordernde Verhalten und die Ableitung von Handlungsempfehlungen sind ein wesentlicher Teil des kollegialen Austausches oder einer Fachberatung.

## Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell

Das 4 Schritte - 4 Folien - Modell ist ein analytisches Hilfsmittel, das wir erarbeitet haben, um die Hintergründe des herausfordernden Verhaltens eines behinderten Menschen zu verstehen und die Inklusiv Perspektive methodisch handhabbar zu machen. Wir nutzen dieses Modell um die Inklusiv Perspektive auf die Klientin bzw. den Klienten zu entwickeln (s. dazu S. 28).

### Die vier Schritte

1. Im ersten Schritt der Analyse steht die Perspektive des behinderten Menschen auf 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 betrachten wir die Verhaltensweisen der Menschen, die mit dem Menschen mit Behinderung umgehen, und die Funktions-

weise 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 herum 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.

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

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

### Folie II: (Mit-) Menschen und ihr Verhalten

Dazu gehören Eltern, Geschwister, Familienangehörige, Betreuerinnen und Betreuer in der Wohnstätte, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Tagesstruktur; gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer; Mitbewohnerinnen und Mitbewohner; Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der WfbM; Freundinnen und Freunde; Ärztinnen und Ärzte und andere Behandlerinnen und Behandler. Wir versuchen zu eruieren, wo sich konflikthafte oder hilfreiche Beziehungen zeigen und ob das Verhalten der Betreuerinnen und Betreuer personengemessen ist.

### Folie III: Systeme

Wir überprüfen die Wohnstätte auf ihre Einrichtungsgegenstände, lassen uns die Architektur erläutern, bewerten Größe, Helligkeit und Geräusche. Wir fragen nach dem Betreuungsschlüssel für den Klienten, besichtigen den Arbeitsplatz in der Werkstatt, nehmen die Gestaltung der Räume unter die Lupe, begutachten die Gruppengröße und fragen nach den Freizeitangeboten.

### Folie IV: Strukturen

Hierher gehören Fragen nach den Dienstplänen, Wochenend- und Nachtdiensten, Krankheits- und Urlaubsvertretung, Stellenbesetzungen, Bildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Supervisionsangebote etc. Wir fragen nach dem Betreuungskonzept, nach der Zusammenarbeit der Hilfesysteme, klären die medizinische und psychotherapeutische Behandlung und widmen uns Fragen der Organisationskultur in der Wohnstätte/WfbM/Tagesstruktur (was darf angesprochen werden, was nicht?).

### Grundbedürfnisse behinderter Menschen

Wir gehen 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) gehen wir von Grundbedürfnissen aus, 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), 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, Struk-

turen 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 unserer Sicht ein wichtiger Teil menschlichen Erlebens ist.

**Personzentrierte Konsequenzen für eine gelingende Unterstützung/Betreuung**  
**Gleichgewicht zwischen Rahmen und Spielraum**  
Soviel Rahmen wie nötig, soviel Spielraum wie möglich. Ein zu enger Rahmen ist hinderlich für die Entwicklung von Eigeninitiative, zu wenig Rahmen wirkt unübersichtlich und führt zu Orientierungslosigkeit

### Klarheit

Keine Diskussion über Fakten, die nicht zu ändern sind. Keine Illusionen über Wahlmöglichkeiten wecken, wo keine sind.

### Erleben als zentraler Faktor

Verstehen der Klientin bzw. des Klienten aus seinem subjektiven Erleben heraus.

### Ressourcenorientierung

Kritik führt Energie in die unerwünschten Bereiche und ist daher nicht hilfreich. Die Maßnahmen orientieren sich ausschließlich an den Stärken der Klientin bzw. des Klienten.

### Kleine Schritte würdigen

Jeder noch so kleine Veränderungsschritt ist zu würdigen. Zeigt er doch die Entwicklungsmöglichkeiten der Klientin bzw. des Klienten.

### Der Weg ist das Ziel

Selbstwirksamkeitserfahrungen sind oft wichtiger für Entwicklung als die eigentliche Zielerreichung. Neue Aspekte und Erfahrungen eröffnen oft den Blick für neue Perspektiven.

### Vertrauen auf Entwicklungsmöglichkeiten

Zutrauen in die Entwicklungschancen des Menschen mit Behinderung erhöhen seine Möglichkeiten, ein neues Verhalten auszuprobieren und festgefahrene Muster loszulassen. Dieses Zutrauen muss von außen kommen, damit es in der Klientin bzw. im Klienten wirken kann.

### Selbstverantwortung

Der Mensch hat Verantwortung für sich selbst in dem Maß, in dem er sie übernehmen kann. Dies steigert sein Selbstwertgefühl.

### Literatur in Auswahl

**Došen, Anton:** Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen (Hogrefe) 2010

**Jochheim, Martin:** „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, (auch als Download unter: [http://www.bso-hessen.com/wa\\_files/2014-4-gpb\\_als\\_ob-man\\_der\\_andere\\_sei.pdf](http://www.bso-hessen.com/wa_files/2014-4-gpb_als_ob-man_der_andere_sei.pdf))

**Pörtner, Marlis:** Erstnehmen – Zutrauen – Verstehen: Ein personzentriertes Alltagskonzept für den Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Vortrag vom 5.11.1999. Materialien der DGSGb. Band 2. Berlin 2000. (auch als Download unter: <http://dgsbg.de/index.php?volume=3-938931-01-9>)

**Senckel, B.:** Die entwicklungsfreundliche Beziehung. Ein Angebot für Menschen mit schwerer Verhaltensauffälligkeit. In: Geistige Behinderung 40, 2001, S. 337-349 (auch als Link, unter: [www.efbe-online.de](http://www.efbe-online.de))



Schaubild aus: M. Jochheim: Konsulentendienst. (aaO.)

# 7. OHNE FÜHRUNG GEHT ES NICHT: AUF DEM WEG ZU EINER FEM-FREIEN EINRICHTUNG

Madeleine Viol

Weniger freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FEM/FBM) anzuwenden, ist ein Vorsatz vieler Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Nicht zuletzt sehen die Führungskräfte der Einrichtungen darin die Erfüllung der UN-Behindertenrechtskonvention und des Rechts auf Selbstbestimmung und Selbstentfaltung. Vor diesem Hintergrund ist es ein Muss, jede FEM und FBm regelmäßig zu hinterfragen. Im Alltag stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Anwendung von Bettgittern, Gurt-systemen, Zimmereinschluss, Segregation von der Gruppe, etc. oft im Spannungsfeld zwischen Auto-nomie und Sicherheit – ein vermeintlich unlösbar erscheinendes Dilemma. In diesen Situationen benötigen sie Unterstützung und Führungskräfte, die ihr Handwerk verstehen und um Veränderungsprozesse wissen.

Veränderungsprozesse können dabei quälend lange dauern – oder unendlich viel Energie binden.

Doch das muss nicht sein, wenn die Führungsetage beherzigt, dass dieser Wandel festen Gesetzmäßigkeiten unterliegt, aber auch die bestehenden Strukturen in der Einrichtung berücksichtigt. Wer dies beachtet, hat hohe Erfolgsaussichten. Genau diese Rücksicht auf das Bestehende, auf das Team, aber auch die Notwendigkeit, beispielsweise die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu reduzieren, Routinen bewusst zu durchbrechen – ist Grundlage des Beratungs- und Schulungsansatzes von ReduFix – Reduzierung von FEM/FBM.

Es ist wissenschaftlich belegt, dass die meisten Veränderungsbemühungen in Einrichtungen scheitern oder nur zu einem sehr geringem Teil verfangen. Dies ist ein ungutes Ergebnis für die bereits knappen Finanzen, für das Qualitätsmanagement, für Fortbildungen und Freistellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Einrichtung. Damit eine langfristige Veränderung

also erfolgreich gelingen kann, bedarf es eines differenzierten Blickes auf das Notwendige und Machbare. Seien Sie zuallererst einmal ehrlich zu sich selbst – was wollen Sie? Wenn Führungskräfte nämlich nicht überzeugt sind, dann wird sich auch die Mitarbeiterschaft nicht überzeugen lassen. Im Folgenden werden einige Bausteine für den Veränderungsprozess auf der Grundlage der Gestaltpsychologie vorgestellt:

## 1. Wahrnehmung – "Vier Augen sehen mehr als zwei"

Zum Veränderungsprozess gehört die Aufwärmphase. Alle verfügbaren Informationen werden hier gesammelt, ohne dass ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Veränderung im Team schon bestehen muss. Also allein die Führungskräfte müssen den Entschluss gefasst haben, sich das Thema Reduzierung von FEM/FBM – auf die Einrichtung oder den Wohnbereich bezogen – anzusehen. Was versteht man konkret darunter: Es wird beispielsweise durch eine Erhebung die Anzahl der FEM/FBM abgebildet. Durch Befragung der Pflegekräfte werden Motivation, Probleme und Ängste, die mit FEMs in Verbindung stehen, abgefragt. Dadurch bekommt man eine sehr gute Einschätzung über die Situation vor Ort.

## 2. Ins Bewusstsein bringen – "Wissen ist Macht"

Es muss in diesem Schritt gelingen, die Motivation zur Veränderung im Team zu wecken. Grundlage ist, dass die Führungsebene bereits das Ja zur Veränderung gegeben hat, aufgrund der Ergebnisse der Wahrnehmungsphase. Das klare Signal der Vorgesetzten zur gemeinsamen Aktion ist wichtig. Das kann die Formulierung einer gemeinsamen Mission und Vision sein. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können in diesem Stadium noch durchaus widerstrebende Einstellungen zur Anwendung von FEM/FBM haben. Viele werden die Freiheitseinschränkung für notwendig, unumgänglich und andere für fragwürdig und entbehrlich halten. Diese Unterschiede im Team sind richtig und wichtig. Mit dieser Dissonanz kann gearbeitet werden.

## 3. Energie zur Veränderung – „Sei Du selbst die Veränderung, die Du Dir wünschst für diese Welt.“

Es ist außerordentlich wichtig, dass alle relevanten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Führungsebene und dem operativen Bereich „mit im Boot“ sind und die notwendigen Aktionen oder auch Ressourcen bereitstellen. Der Führungsebene





muss klar sein, dass Widerstand bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Veränderungsprozess normal ist. In dieser Phase ist es hilfreich, von extern Hilfe zu erhalten. Gerade durch die Teilnahme an einer Schulung zur Reduzierung von FEM/FBM können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Feuer fangen für eine neue Idee. Mitunter ist auch der Besuch einer Leuchtturmeinrichtung, die wenig bis gar keine FEM anwenden, hilfreich.

#### **4. Aktion – „Wandeln durch Handeln“.**

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern muss klar sein, dass jetzt eine Zeitenwende beginnt! Eine Projektgruppe wird gebildet, ein Zeitplan aufgestellt und ein konkretes Ziel definiert, das auch erreichbar sein muss, also SMART (siehe Schaubild) formuliert.

Je präziser und eindrucksvoller das Problem und das Ziel zur Reduzierung der FEM/FBM formuliert ist, umso zielgerichteter ist die Arbeitsweise. Es empfiehlt sich, innerhalb der Projektgruppe gezielt nach Problem-, Ursachen- und Alternativensuche für die FEM/FBM zu gehen. Es muss sichergestellt sein, dass die teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die vorhergehenden Phasen bereits durchschritten haben. Denn je größer das Bewusstsein über die eigene Situation und die Notwendigkeit eines Wandels ist, desto höher die Chance, dass der Wandel auch nachhaltig sein wird. Führungskräfte mit Motivation sind in dieser Phase gefragt.

#### **5. Erfahrung – „Der Moment, in dem der Frosch ins Wasser springt“**

In dieser Phase benötigt es die meisten Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, weil hier der meiste Widerstand auftritt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind nun gezwungen, das Projekt umzusetzen und Dinge zu tun, die nicht ihrer Routine und dem gewohnten Alltag entsprechen. Wurde allabendlich bspw. ein Bettseitenteil hochgestellt oder ein zeitweiser Zimmereinschluss vorgenommen, so muss jetzt die Alternative ausgetestet werden. In dieser Erfahrungsphase,

die die eigentliche Veränderung enthält, muss die Möglichkeit der Fallbesprechung angeboten und durchgeführt werden. Es muss immer klar sein, wie der Veränderungsprozess läuft.

#### **6. Reflexion und Rückzug – „Reflexion ersetzt nichts - erleichtert viel“**

Damit Veränderung nachhaltig und stabil bleibt, müssen alle hier beschriebenen Stationen durchlaufen werden. Sehr oft passiert aber Folgendes: Unter dem allgemeinen Arbeitsdruck nehmen sich viele nicht die Zeit und überspringen oder unterbrechen die Ablauffolge und gefährden die Nachhaltigkeit des Gesamtprojektes. Auch die Reflexionsphase ist wichtig für das Team – einmal darüber nachzudenken, welche Erfahrung haben wir gemacht? Was hat sich zum vorigen Zustand verändert? Welche Erfolge haben wir erreicht? Haben wir diese Erfolge auch gewürdigt? Welche Teilerfolge haben wir erreicht? Woran merken wir unseren Erfolg? Was ist uns leicht gefallen, was besonders schwer? Haben vielleicht nicht wir einen Erfolg erreicht, aber der Betroffene? Oder haben wir nur Kritik zugelassen? Was haben wir gewonnen und verloren? Was brauchen wir noch für die Zukunft? Was haben wir gelernt über unsere eigene Fähigkeit, uns zu verändern? Sollte diese Phase nicht erfolgen, dann bleiben die Erfolge aus. Es gelingt durch ständige Reflexion nämlich, dass das Erreichte Teil der Organisation wird und nicht mehr auf Widerstand trifft.

## 8. HILFSMITTEL UND TECHNISCHE SYSTEME

André Hennig

Der Einsatz von FEM hat grundsätzlich zum Ziel, eine Bewohnerin bzw. einen Bewohner vor einer Gefahr zu schützen. Der Markt an Hilfsmitteln und technischen Systemen, die eingesetzt werden können, um anders Schutz zu gewähren und zugleich mehr Bewegung und Selbstbestimmung zu ermöglichen, ist vielfältig und wächst stetig. Im Folgenden soll eine Übersicht sowie eine Kategorisierung dargestellt werden, welche Hilfsmittel und Systeme welchem Zweck dienen können<sup>1</sup>. Doch zuvor zwei Anmerkungen:

1. Die nachstehend vorgestellten Hilfsmittel und technischen Systeme sollen an dieser Stelle ausschließlich als Alternative zu erwogenen oder bereits angewandten FEM verstanden werden. Dies deshalb, da das eine oder andere Hilfsmittel durchaus beeinträchtigend für den Bewohner sein könnte, jedoch milder, bzw. weniger invasiv als FEM.

2. Für einige Amtsrichter stellt das eine oder andere Hilfsmittel durchaus eine FEM dar, die dann genehmigungspflichtig wären.

### Zugriff auf den eigenen Körper reduzieren:

Teilweise wird der Zugriff auf den eigenen Körper mittels FEM zu verwehren gesucht, um erhebliche Gesundheitsgefährdungen von der Person abzuwenden. Zu denken ist hierbei z.B. an Kot schmie ren oder einverleiben, ziehen oder manipulieren an der Magensonde (PEG) dem Blasenkatheter, Venenkatheter oder Tracheostoma, Verletzungen der Genitalien durch massives Onanieren oder Masturbieren, Öffnen von Wundverbänden und Einbringen von Infektionen oder Hautmanipulationen wie stetiges Kratzen. Alternativ dazu können beispielweise Pflegebodys, Overalls, Schutzhandschuhe oder eine Armschiene Anwendung finden.

### Stürze verhindern – Sturzfolgen mindern

Zur Verhinderung von Stürzen, genauer von Sturzfolgen, können eine Vielzahl an Hilfsmitteln eingesetzt werden, die beispielweise die Funktion erfüllen, dass die Bewohnerin oder der Bewohner nicht auf den Boden stürzen kann (z.B Walker oder Bett-Nest), der Sturz erschwert ist (Anti-Rutsch-Auflage, Aufstehhilfe, Anti-Wegrollkissen) oder die Sturzhöhe wie beim Niederflurbett stark reduziert werden kann.

Teilweise in Kombination mit erstgenannten Hilfsmitteln zur Sturzminderung können eine Vielzahl an Protektoren verwendet werden: z.B. Hüftprotektoren, Kopfschutz, Knie- und Arm-Protektoren, Snowboard-, Ski-, Motorrad-Protektoren, oder Sturzmatten/-säcke.

### Sensortechnik

Die Sensortechnik bietet mittlerweile einige Produkte an, die alltagsstabil und störunanfällig sind und sich daher für eine Nutzung anbieten, bei der sich der Mensch auf die Technik verlassen muss. In Hinblick auf die Reduzierung von FEM sind beispielsweise folgende Systeme im Einsatz: Sensormatten und -leisten für in oder vor das Bett, Türwächter, Transpondersysteme, GPS-Ortungssysteme, Bewegungssensoren oder etwas weniger technisch ein Windspiel.

### Empfehlung

Die Demenzsupport Stuttgart hat eine Broschüre zu technischen Unterstützungen herausgegeben, die nicht Menschen mit Demenz vorbehalten bleiben sollten, sondern auch bei Menschen mit Behinderung sinnvoll und alltagstauglich anwendbar sind. [http://www.demenz-support.de/Repository/Produktliste\\_2015\\_web.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/Produktliste_2015_web.pdf)

### Gegenstimulation bzw. „Halt“ geben

Gerade für Situationen in denen sich Bewohner entgrenzt, überfordert oder gestresst fühlen und mit herausforderndem Verhalten darauf reagieren, kann über eine gleichmäßige Stimulationen bzw. Maßnahmen des „Halt gebens“ nachgedacht werden. Der Einsatz dieser Hilfsmittel bedarf jedoch einer therapeutischen Konzeption und eine schlichte Anwendung würde zu kurz greifen. Das Angebot an Hilfsmittel ist mannigfaltig, deshalb können hier nur beispielhaft einige aufgeführt werden: Snoezel-Maßnahmen, schwere Decken, Stimulationsmatratzen, Bällebad oder Vibrationsgeräte.

### Hinweis

Die Erfahrung aus vielen Fortbildungen zum Thema lehrt, dass einzelne schlechte Erfahrungen mit Hilfsmitteln oder technischen Systemen in Einrichtungen oder Teams dazu führen, dass diese auch für keine anderen Bewohnerinnen und Bewohner mehr in Erwägung gezogen werden. Dies ist fatal. Demnach gibt es per se kein gutes oder schlechtes Hilfsmittel. Es ist gut, wenn die Bewohnerin oder der Bewohner dadurch mehr Freiheit und Bewegungsmöglichkeit erfährt, das Hilfsmittel akzeptiert und nur wenige Beeinträchtigungen darüber erfährt. Das gleiche Hilfsmittel kann bei einem anderen Mensch genau das Gegenteil bewirken. Von pauschalen Bewertungen der Hilfsmittel sollte daher Abstand genommen werden. Apropos: Sollte ein Hilfsmittel in der Anwendung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr aufwändig oder störend sein, sollte dies kein K.O.-Kriterium sein. Der Nutzen für die Bewohnerinnen und Bewohner steht im Vordergrund.

<sup>1</sup>Die ausgewählten Hilfsmittel auf den Folgeseiten wurden beispielhaft ausgewählt und dienen der Illustration. Die Autoren verfolgen mit den Abbildungen keinerlei wirtschaftliche Interessen.

ZUGRIFF AUF DEN EIGENEN KÖRPER REDUZIEREN



Schutzhandschuh



CareBasic Pflegeoverall



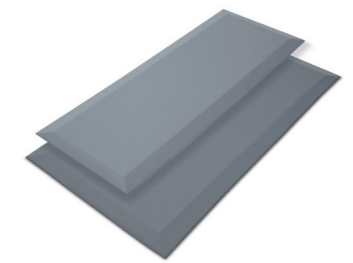
Pflegebody



Starlight® Secure Evo



GEFA Fallschutzsack



Safe Landing

STÜRZE VERHINDERN – STURZFOLGEN MINDERN



Niedrigbett aldena



Pivot-Rail



RCN Gehwagen

HILFSMITTELN ZUR STURZMINDERUNG



SafehipAktiv



FLM Sports Hoodie mit Protektoren



Full Protector Race Suit

SENSORTECHNIK



Türwächter



Optiscan



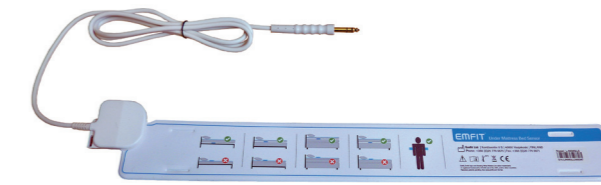
Keruve Ortungssystem



Funk-Sensormatte  
Step-Control



Optiseat

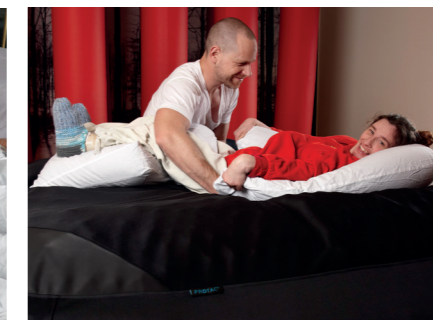


Safebed

GEGENSTIMULATION BZW. „HALT“ GEBEN



Potac Kugeldecke



Protac MyBaSe



Protac SenSit

# 9. MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND DEMENTIELLEN VERÄNDERUNGEN

Christine Seeböhm

Eine *Demenz* (dementia, zu demens „unvernünftig“ bzw. mens „Verstand“, de „von – weg“, „abnehmend“) ist ein psychiatrisches Syndrom, das bei verschiedenen Erkrankungen des Gehirns auftritt. Demenz umfasst *Defizite in kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten* und führt zu Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen. Vor allem ist das *Kurzzeitgedächtnis*, ferner das *Denkvermögen*, die *Sprache* und die *Motorik*, bei einigen Formen auch die *Persönlichkeitsstruktur* betroffen. **Maßgeblich ist der Verlust bereits erworbener Denkfähigkeiten im Unterschied zur angeborenen geistigen Behinderung.**

Bei einer geistiger Behinderung (besonders bei Menschen mit Trisomie 21) setzt ein früheres Altern ein, sodass auch Menschen ab dem 30. Lebensjahr erkranken können.

**Achtung: häufig kommt es zu einer falschen Diagnose, vor allem bei Menschen mit Trisomie 21.**

Deshalb sollte immer bei Verdacht auf eine dementielle Veränderung endokrinologische Erkrankungen vom Arzt ausgeschlossen werden! Ihr behandelnder Arzt wird hier besonders darauf achten, ob:

1. es sich vielleicht auch um eine psych. Veränderung oder um eine Depression (besonders im Frühstadium wird das häufig als Demenz diagnostiziert) handeln kann.
2. möglicherweise eine Unterfunktion der Schilddrüse vorliegt.
3. die wahrgenommenen Veränderungen sich vielleicht mit Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten erklären lassen. Menschen mit Trisomie 21 reagieren im Alter sensibler auf Medikamente und leiden häufiger an Nebenwirkungen als die Gesamtbevölkerung. Der Ausdruck der Mimik nimmt bei Schmerzgeschehen zu.

Der behandelnde Arzt wird weiterhin eine ausführliche Anamnese erstellen. Dies geschieht über eine Befragung und Beobachtung. Es werden Fragen zur Lebensgeschichte gestellt sowie zu bekannten bisherigen Einschränkungen in alltagsbezogenen Fähigkeiten sowie zu psychischen Symptomen. Besonders ist der Arzt auf die Beobachtungen der letzten 6 Monate angewiesen, um einen Verlauf der Fähigkeiten, bzw. Verlust der Fähigkeiten darzustellen und einzuschätzen.

Bei Menschen mit Trisomie 21 zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr kommt es zunächst zu einem Verlust der praktischen Fähigkeiten. Bei frühen Verläufen (etwa ab dem 30. Lebensjahr) ist der Frontallappen im Gehirn betroffen und es kommt zuerst zu emotionalen Veränderungen.

**Beachte: ein Mensch mit einer geistigen Behinderung nimmt die Veränderung im Alter und die Auswirkungen einer Demenz-Erkrankung genauso wahr, wie ein Mensch ohne Behinderung.**

Vielleicht kann er nicht bewusst die Übergänge der verschiedenen Lebensphasen vom Kind zum Heranwachsenden und zum Erwachsenen unterscheiden. Aber dennoch spürt er die Veränderungen. Dieses Erleben steht im Zusammenhang mit der Ausprägung der Behinderung oder weiteren, z.B. körperlichen Beschwerden.

## Das Erleben

Der Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen und *möglichen dementiellen Veränderungen* erlebt seine Veränderungen ganz unterschiedlich. Dieses *kann* zu folgenden Verhaltensveränderungen führen:

- Verärgerung über den Verlust von bisherigen Fähigkeiten
- Herausforderndes Verhalten
- Weinen, sich verloren fühlen, Scham
- Gefühl der Hilflosigkeit, Unsicherheit, Einsamkeit
- Angst vor Krankheit, aufgrund von bisherigen Erfahrungen
- Der betroffene Mensch möchte keine weitere Hilfe annehmen

- Zeigt kindliches Verhalten
- Möchte plötzlich mehr positive Bestätigung für seine Handlungen erhalten

Zudem zeigt der betroffene Mensch vielleicht sogenannte „Hinlauftendenzen“. Er möchte nicht „weglaufen“, sondern er hat in seinem Inneren ein „Ziel“ das er unbedingt erreichen möchte. Möglicherweise beobachten Sie auch erstmalig ein Sturzgeschehen oder eine bereits vorhandene Sturzneigung nimmt zu.

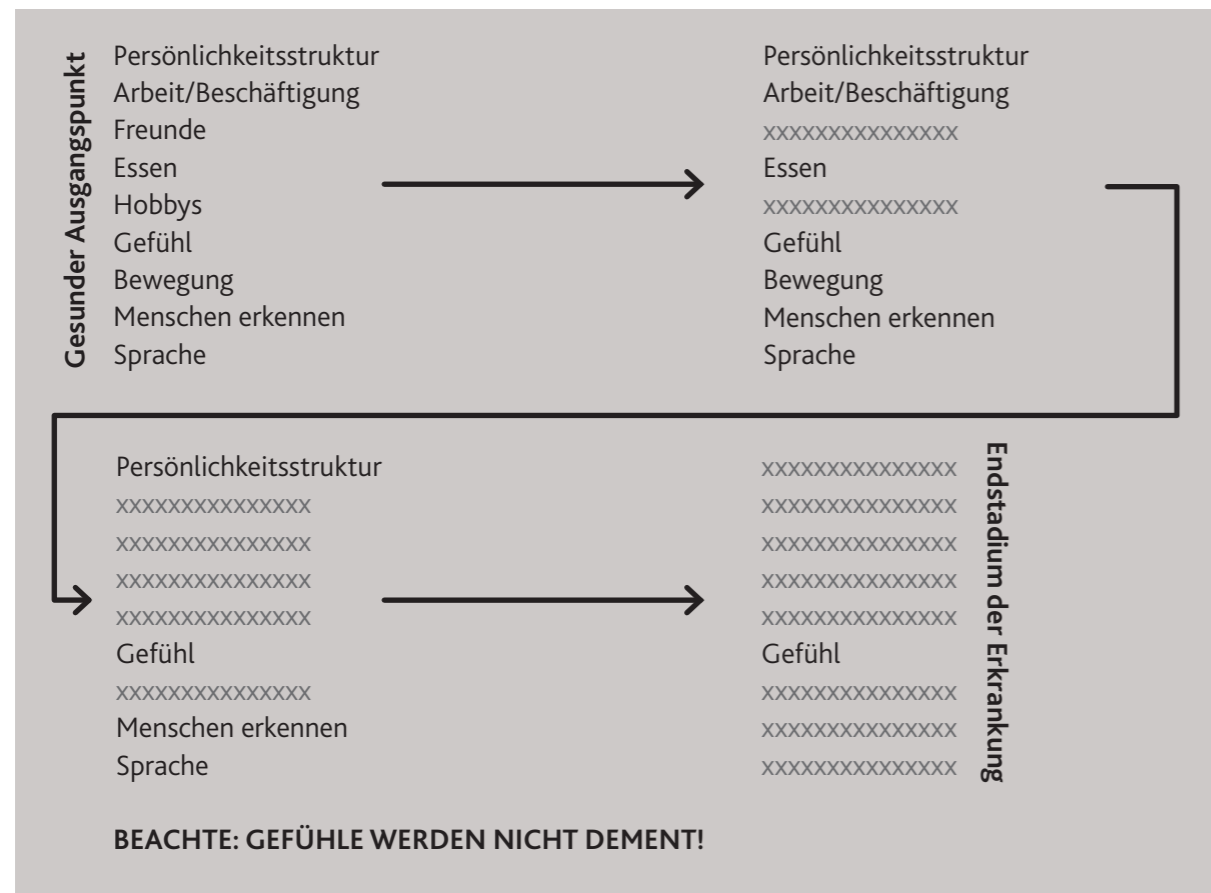
Das Selbstwertgefühl des betroffenen Menschen wird brüchig und der Grad der Abhängigkeit nimmt spürbar zu. Häufig wird versucht, möglichst lange eine Fassade aufrechtzuerhalten. Die anderen Betreuten, die Familie, die Menschen in der Tagesstruktur oder in der Werkstatt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst sollen die Veränderungen nicht bemerken. Unsicherheiten werden überspielt oder machen ärgerlich. Viele Erkrankte reden aber auch ganz offen über ihre Gefühle und möchten sich mitteilen. Mit zunehmender Erkrankung werden Erinnerungen, die Sprache und bisherige Fähigkeiten immer mehr versinken oder gar erlöschen. Der betroffene Mensch zieht sich immer mehr in seine ganz eigene Welt zurück.

### Wahrnehmung und Erinnerung verändern sich im Laufe der Erkrankung

Im Laufe der Erkrankung nehmen die Erinnerungslücken zu: xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Diese Lücken sind sehr individuell, können sich also ganz unterschiedlich darstellen.

### Beispiel „Lebenspuzzle“



### Hilfestellungen

Für alle Betroffenen ist es wichtig, die Veränderungen und die Erkrankung offen und mit verständlichen Worten anzusprechen.

Hilfreich ist eine kostenlose Informationsbroschüre „Was ist eine Demenz?“ in leichter Sprache von der Caritas Stuttgart - Demenz Support Stuttgart, Zentrum für Informationstransfer.  
www.demenz-support.de

Aber auch der Einsatz von Bilderbüchern, wie „Oma isst Zement! von Daniel Kratze (Verlag ars Edition 2014) oder „Kuddelmuddel in Omas Kopf“ von Martina Baumbach (Gabriel Verlag 2014) haben sich in der Praxis lt. Aussagen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als unterstützend erwiesen.

Weiterhin muss im Team vereinbart werden, wie man dem betroffenen Menschen und dem jeweiligen Umfeld die Erkrankung näher bringt.

Der erkrankte Mensch benötigt in erster Linie das Gefühl von Wohlbefinden, denn das löst in jedem Menschen ein Gefühl von Sicherheit aus.

### Grundlage für die Betreuung von Menschen mit dementiellen Veränderungen ist die Biografiearbeit!

Die wertschätzende Betrachtung der Lebensgeschichte soll helfen, die persönliche Eigenart und Eigenständigkeit des Menschen mit dementiellen Veränderungen wahrzunehmen und zu stärken.

Seine Möglichkeit der Eigenverantwortung zu erkennen und die Gestaltung seines weiteren Lebensweges zu unterstützen.

Zusammenhänge zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft können erkannt und für die Betreuung und Pflege genutzt werden. Hier finden Sie auch wichtige Anhaltspunkte dazu, was das Gefühl von Wohlbefinden auslöst.

### Weiterhin benötigt der betroffene Mensch:

**Sicherheit/Geborgenheit:** bedeutet, einen wertschätzenden liebevollen Umgang, eine angepasste Kommunikation, vertraute Menschen und eine stressfreie, reizreduzierte und ihm bekannte Umgebung.

**Therapie/Medikation/Diagnostik:** Ausschluss von anderen Erkrankungen und deren Behandlung. Es stehen unterschiedliche Arzneistoffe zur Verfügung. Verbale Schmerzäußerungen können sich reduzieren und werden eher durch Mimik und Gestik ausgedrückt.

**Angepasste Kommunikation:** Bei Menschen mit einer Demenz zerfällt mit zunehmendem Krankheitsverlauf die Sprache.

**Die Fähigkeit sich verbal auszudrücken bleibt aber länger bestehen, als die Fähigkeit, den Inhalt gesprochener Sprache zu verstehen.**

Erschwerend kommt, bei Menschen mit Trisomie 21, die an einer Schwerhörigkeit leiden, die Zunahme dieser Hörbeeinträchtigung hinzu.

**Aktivität:** Lebensmut und -wille anregen („Ich lebe noch...“) durch Teilhabe und Übernahme von Aufgaben. Studien und Befragungen in England und Schottland haben ergeben, dass der betroffene Mensch unbedingt eine Stabilisierung seines Selbstwertgefühls durch Anerkennung und Lob benötigt. Unterstützt wird dieses durch gewünschte *Aktivität, die das Gefühl gibt „Ich lebe noch...“*, habe eine Aufgabe und werde somit gebraucht.

**Sinne anregen:** z.B. vertraute Gerüche, Musik, Farben, Essen, festgehalten in der Biografiearbeit.

**Milieutherapie:** Die Milieutherapie ist ein Ansatz, bei dem es um die bewusste Gestaltung der räumlichen, organisatorischen und psychosozialen Umwelt von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung geht. Dieses umfasst alle nichtmedikamentösen, zum Teil therapeutischen Möglichkeiten, die während der Erkrankung die Eigenständigkeit des betroffenen Menschen kontinuierlich unterstützen, die Kommunikation erhalten und problematisches Verhalten beheben sollen. Damit soll der Alltag verbessert und die Lebensqualität erhöht werden.

Unterstützend kann hier die Veränderung des Betreuungsansatzes innerhalb der Wohngruppe sein.

Bereits erprobt und wissenschaftlich evaluiert ist die Anwendung des niederländischen Betreuungs- und Pflegemodells nach Dr. Cora van der Kooij der Erlebensorientierten Betreuung (Mäeutik) oder der psychobiografische Ansatz nach Prof. Erwin Böhm „Aufleben der Seele“: www.coravanderkooij.com und http://www.enpp-boehm.com/

**Beachte: Menschen mit einer dementiellen Erkrankung benötigen eine personenbezogene Betreuung!**

# 10. PeDeS – PERSONENZENTRIERTE DEESKALATIONSSTRATEGIEN IN DER BETREUUNG VON MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

Dr. Martin Jochheim, Marianne Martin

Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten können Betreuerinnen und Betreuer so sehr unter Handlungsdruck bringen, dass sie (aus Hilflosigkeit, Ohnmacht, Sorge) zu freiheitseinschränkenden oder -entziehenden Maßnahmen greifen oder sich der Aggression oder Autoaggression des eskalierenden Menschen wehrlos ausgesetzt sehen. Das Modell PeDeS will dabei helfen, beide Fehlhaltungen zu vermeiden und stattdessen personenzentriert einzugreifen, und zwar vorausschauend, strukturell, mit verbalen Interventionen und in der Nachsorge. Körpertechniken in der Deeskalation sind aus unserer Sicht für Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht geeignet, weil diese innerhalb eines Wohnbereichs als unangemessen wahrgenommen werden, sie einen hohen verfügbaren Personalschlüssel voraussetzen, der nicht gegeben ist, und andauernde Einübung brauchen. Stattdessen bevorzugen

wir einen personenzentrierten, hermeneutischen Ansatz mit dem Ziel, die Ursache des aggressiven Verhaltens des Klienten zu verstehen. Voraussetzung dafür ist die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin, frühzeitig herausforderndes Verhalten und seine Ursachen wahrzunehmen und darauf angemessen eingehen zu können.

Aggressives Verhalten hat immer eine Bedeutung. Es kann als Mitteilung, Botschaft und/oder Kommunikation verstanden werden und ist Ausdruck der dahinterliegenden Emotionen und Bedürfnisse des jeweiligen Menschen. Wichtig ist also, ein Verständnis für die Aggression der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu entwickeln.

Die Entstehung, das aktuelle Auftreten und der Verlauf von Aggressionsereignissen sind multifaktorieller Natur. Sie lassen sich einteilen in

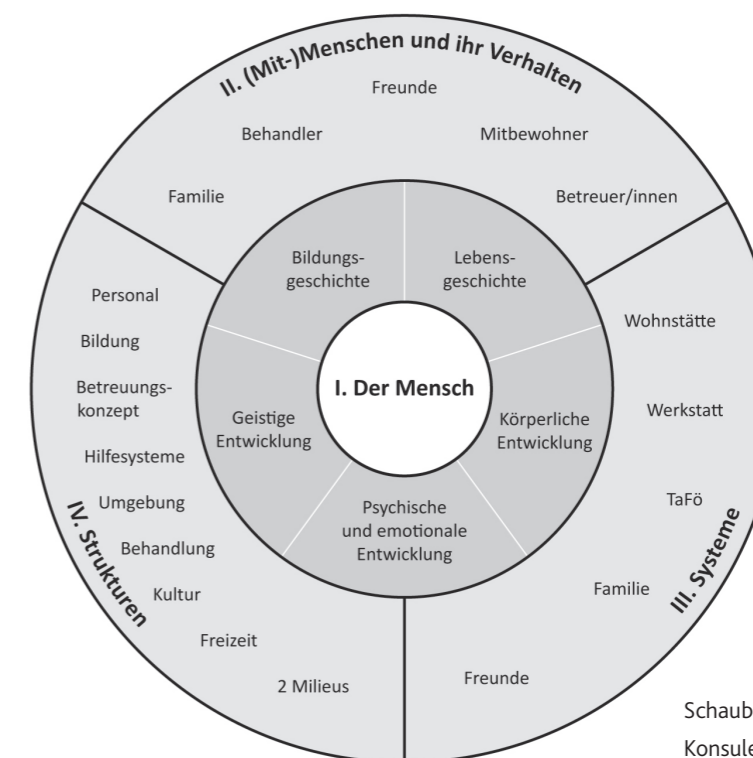


Schaubild aus: M. Jochheim: Konsulentendienst. (aaO.)

- I. Klientenbezogene Faktoren
- II. Mitmenschen und ihr Verhalten
- III. Systemische Faktoren
- IV. Strukturelle Faktoren

Für die Analyse der konflikthafter Situation sind alle vier Faktorenbereiche gleichermaßen wichtig. Die multifaktorielle Entstehung erfordert eine multifaktorielle und multidimensionale Strategie, an der im Sinne eines integrierten Ansatzes alle handelnden Personen beteiligt sind: Klientinnen und Klienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Leitung/Team/Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige, Freundinnen und Freunde, Kooperationspartnerinnen und -partner wie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Ärztinnen und Ärzte, Polizei oder Leistungsträger. Der Führung innerhalb der Einrichtung kommt dabei besondere Verantwortung zu, weil ohne ihre Aktivität keine maßgeblichen Veränderungen der Betreuungssituation möglich sind.

In der konkreten Betreuungssituation geht es vor allem um die situationsangemessene Reaktion des Betreuungspersonals. Die Erfahrung langjähriger Beratungs- und Fortbildungstätigkeit in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zeigt, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesen Einrichtungen besonders schwer damit tun, ein verändertes, nämlich personenzentriertes Kommunikationsverhalten einzuüben. Veränderungen der Umgebung und der Rahmenbedingungen der Betreuung finden leicht Eingang in die Deeskalationsstrategien des Personals. Schwieriger ist es, die aversive Stimulation einer Bewohnerin oder eines Bewohners mit herausforderndem Verhalten, die oftmals eskalationstreibend ist, zu vermeiden. Personenzentriertes Betreuungsverhalten setzt sowohl die Fähigkeit der Perspektivübernahme gegenüber der Bewohnerin bzw. dem Bewohner und deren Erwartungen voraus als auch die Fähigkeit, dies in angemessener Form zu verbalisieren. Menschen mit geistiger Behinderung sind durch ihre Behinderung, die Psychopathologie (Komorbidität) und die schlechteren Copingmechanis-

men in hohem Maße auf eine angemessene, unterstützende Kommunikation des Betreuungspersonals angewiesen, um Deeskalation möglich zu machen. Neben einer präventiven Analyse der Betreuungssituation sind also in besonderem Maße die Konfliktlösefähigkeiten des Betreuungspersonals gefordert, um deeskalierend auf eine Bewohnerin, einen Bewohner, einwirken zu können.

Das nachfolgende Schaubild macht deutlich, wie die benannten Einschränkungen bei einem Menschen mit geistiger Behinderung in besonderer Weise die Konfliktlösefähigkeiten des Betreuungspersonals herausfordern, um bei einer drohenden Eskalation zu intervenieren. Wesentliche Aspekte deeskalierender Interventionen in der unmittelbaren Betreuung sind: Reflexionen zur Gestaltung der Umgebung,

Hintergrundinformation zum besseren Verstehen der innerpsychischen Dynamik beim Entstehen von Gewalt, Klärung der Erwartungen der Klientin bzw. des Klienten, personenzentrierte Grundhaltung der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters, Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau mit der Klientin bzw. mit dem Klienten, verbale Deeskalation mit personenzentrierten Gesprächsführungsübungen, kollegiale Nachsorge und psychologische Erste Hilfe.

Ziel ist es, die Interaktionen in der Betreuung in ihren multidimensionalen Zusammenhängen zu verstehen und zu einem personenzentrierten, respektvollem und integrierendem Problemlöseverhalten und zur Entwicklung einer achtsamen Sicherheitskultur beizutragen. Da alle Menschen und alle von ihnen ausgehenden Aggressionseignisse einmalig sind und jede Situation neu betrachtet werden muss, sehen

wir das unreflektierte Anwenden von Standardinterventionen kritisch. Richtig ist allerdings, dass sich oft Muster, typische Auslöser etc. erkennen lassen, aus denen man durch die Anwendung von Grundprinzipien situationsbezogene Lösungen ableiten kann.

**Literatur**

**M. Jochheim:** Konsulentendienst. Personenzentrierte Beratung mit inklusiver Perspektive bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Behinderung. Theorie und Praxis des Hessischen Konsulentendienstes. Mitarbeit: Marianne Martin. Gießen 2. Aufl. 2018: <http://www.konsulentenhessen.de/Buch.html>

**Gernot Walter/Johannes Nau/Nico Oud (Hg.):** Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern (Verlag Hans Huber /Hogrefe AG) 2012, 1. Auflage. <https://www.socialnet.de/rezensionen/13159.php>

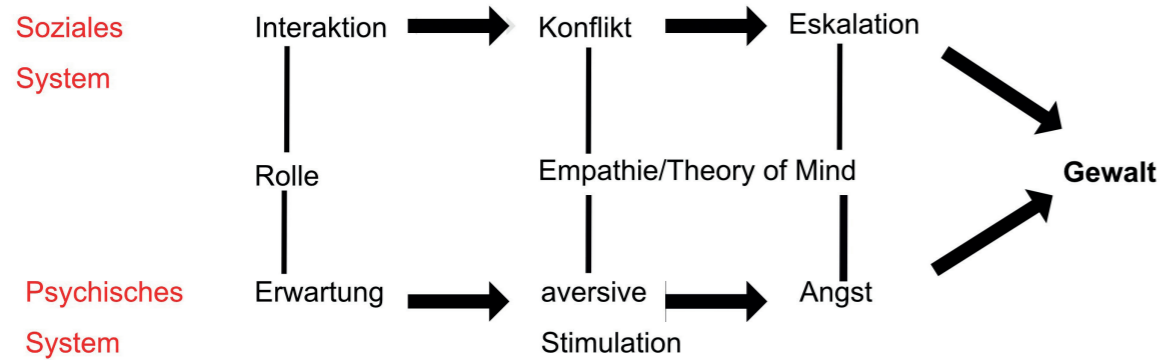


Schaubild aus: G. Walter u.a. (Hg.): Aggression etc. (aaO.)

# 11. HÄUFIG GESTELLTE JURISTISCHE FRAGEN IN HINBLICK AUF FEM

Prof. Dr. Thomas Klie

## Anmerkung:

Im Folgenden wird Prof. Dr. Klie häufig gestellte Fragen (FAQ - Frequently Asked Questions) beantworten. Im ersten Teil werden allgemeine juristische Fragen zur Anwendung von FEM beantwortet. Im Teil zwei wendet sich der Beitrag Fragen zu FEM im konkreten Kontext der Eingliederungshilfe zu. Und im letzten dritten Teil werden konkrete Fälle aus der Praxis juristisch durchleuchtet.

## 11.1 Allgemeine Fragen zu FEM

### Wer kann Fixierungen „anordnen“?

Häufig werden Fixierungen von Ärzten oder Pflegekräften, aber auch von Angehörigen „angeregt“ oder gefordert. Die Einrichtung hat in diesen Fällen die Betreuerinnen bzw. den Betreuer bzw. die Bevollmächtigten aufzufordern, eine Entscheidung zu treffen. Auch ist sie selbst angehalten, ihre eigene fachliche Einschätzung abzugeben – spätestens im betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahren. „Anordnen“ kann Fixierungen

in einer Behinderteneinrichtung niemand. Die Betreuerinnen und Betreuer entscheiden – das Betreuungsgericht genehmigt – oder auch nicht.

### Was ist der Unterschied zwischen Unterbringung und unterbringungsähnlicher Maßnahme?

Bei der Unterbringung geht es darum, dass sich eine Person in einem Gebäude oder Gebäudeteil aufhält, den sie nicht selbstständig verlassen kann. Das Gebäude oder der Gebäudeteil, etwa ein Wohnbereich, ist generell darauf ausgerichtet, dass die Bewohnerin/der Bewohner den Ort nicht verlassen kann. Ob nun Trickschloss, versteckte oder verschlossene Tür: In allen Fällen handelt es sich um eine geschlossene Unterbringung, die gemäß § 1906 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) genehmigt werden muss. Bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen handelt es sich um auf die Person bezogene Sicherungsmaßnahmen, meist körpernah wie Fixierungen, Bauchgurte am Stuhl oder Bettgitter. Ihre Genehmigung richtet sich nach § 1906 Abs. 4 BGB.

### Wann sind Bettgitter genehmigungspflichtig?

Dient das Bettgitter lediglich dazu, ein unwillkürliches Herausfallen aus dem Bett zu verhindern und dies bei Personen, die sich nur noch reflexartig bewegen und nicht aufgrund eigener Anstrengung versuchen aus dem Bett zu steigen, entfällt das freiheitsentziehende Element. Ansonsten sind Bettgitter und Seitenteile immer dann genehmigungspflichtig, wenn sie dazu dienen, das eigenständige Aufstehen und Verlassen des Bettes zu verhindern. Auf die Höhe des Bettes kommt es dabei nicht an. Sogenannte geteilte Bettgitter stellen dann keine freiheitsentziehende Maßnahme dar, wenn die Bewohner in der Lage sind, das Bett zu verlassen.

### Ist der Einsatz von Funksystemen und GPS eine freiheitsentziehende Maßnahme?

Der Einsatz von GPS und anderen Überwachungssystemen ist als solcher noch nicht als freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne des § 1906 Abs. 1 BGB zu werten. Allerdings ist die ständige Überwachung von Menschen mit Behinderung unter dem Aspekt der Wahrung der Würde, Artikel 1 GG zu problematisieren. Der Betreuer hat bei der Entscheidung über den Einsatz von GPS und anderen Überwachungssystemen stets dafür Sorge zu tragen, dass Menschen mit Behinderung nicht zum Objekt der Überwachung gemacht werden. Zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme wird der Einsatz von GPS und anderen Überwachungssystemen dann, wenn die so gewonnenen Erkenntnisse oder das gesendete Signal regelmäßig zur Folge haben, dass die Bewohnerin oder der Bewohner beim Verlassen des Hauses oder des Wohnbereiches gehindert wird. In diesen Fällen handelt es sich rechtlich um eine Unterbringung, die genehmigungspflichtig ist. Die Praxis der Betreuungsgerichte ist beim Einsatz von GPS und anderen Überwachungssystemen sehr unterschiedlich.

### Wann sind Psychopharmaka genehmigungspflichtig und genehmigungsfähig?

Psychopharmaka sind hoch wirksame und auf die Persönlichkeit des Patienten stark einwirkende

Substanzen. Sie können segensreich in ihren Wirkungen sein, sie können allerdings auch in problematischer Weise in die Persönlichkeitsrechte einwirken und irreversible Schädigungen bei Dauermedikation verursachen. Insofern ist auf eine indikationsgerechte Gabe von Psychopharmaka großer Wert zu legen. Auch bedarf es für den Einsatz von Psychopharmaka stets der informierten Einwilligung, wenn nicht des Behinderten, so doch des Betreuers respektive des Bevollmächtigten. Die Gabe von Psychopharmaka ohne medizinische Indikation, zur Ruhigstellung oder aber zur Kompensation von fehlendem Personal ist rechtlich unzulässig. Werden Psychopharmaka bei vorliegender medizinischer Indikation eingesetzt, um den Patienten ruhig zu stellen und ist dies auch therapeutisch geboten, so bedarf es nach der hier vertretenen Auffassung für die verfolgte Absicht der Ruhigstellung mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit eines richterlichen Beschlusses. Psychopharmakagabe zur Ruhigstellung ohne medizinische Indikationen sind betreuungsrechtlich nicht genehmigungsfähig. Sie dienen nicht dem Wohl der Betroffenen. Auch in diesen Fragen ist die betreuungsrechtliche Genehmigungspraxis sehr unterschiedlich.

### Können Heime eine Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Betreuungsgericht beantragen?

Nein, grundsätzlich nicht. Die Genehmigung muss von der Betreuerin, von dem Betreuer für die jeweils von diesem getroffene Entscheidung beantragt werden. Gibt es aber keine Betreuerin oder keinen Betreuer oder ist noch niemand bestellt, dann unterrichtet das Heim selbst das Betreuungsgericht sowohl über die Erforderlichkeit einer Betreuerbestellung als auch über die gegebenenfalls eilbedürftige Entscheidung über die Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, die dann gemäß § 1846 BGB erfolgen kann.

### Was geschieht bis zur Genehmigung durch das Gericht?

Heime dürfen nicht untätig sein, sie müssen das unabweisbar Erforderliche zur Sicherung der



Bewohnerin bzw. der Bewohner tun und ggf. auch Bettgitter aufstellen oder Fixiergurte anlegen, wenn es keinerlei andere Alternativen zum Einsatz von Bettgittern oder Fixiergurten gibt. Dies muss aber im Einklang mit der Entscheidung der Betreuerin bzw. des Betreuers stehen. Auch muss unverzüglich das Betreuungsgericht eingeschaltet werden. Im Notfall können Sie kurzfristig auch ohne Einschaltung der Betreuerin bzw. des Betreuers zu entsprechenden Maßnahmen greifen, müssen diese aber der Betreuerin bzw. dem Betreuer mitteilen. Beim Einsatz von Fixiergurten sind zusätzlich die Voraussetzungen des Medizinprodukterechts zu beachten.

#### **Wenn das Betreuungsgericht eine freiheitsentziehende Maßnahme genehmigt hat, muss dann fixiert werden?**

Nein: Genehmigt wird nur die jeweils erforderliche Fixierungsmaßnahme. Das Gericht ordnet keine Fixierung an, sondern genehmigt nur die Entscheidung der Betreuerin bzw. des Betreuers. Eine gute betreuungsgerichtliche Entscheidung schreibt auch in den Beschluss, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nur soweit und solange ergriffen werden dürfen, als sie in der jeweiligen Situation erforderlich sind. Liegt eine solche Situation nicht vor, darf das Heim auch keine freiheitsentziehende Maßnahme mehr ergreifen.

#### **11.2 Spezifische Fragen im Kontext der Eingliederungshilfe**

##### **Ist eine Einwilligung seitens der Erziehungsberechtigten zur Fixierung von Minderjährigen bei Behinderung ausreichend oder bedarf es zusätzlich einer Genehmigung des Familiengerichts?**

Nach § 1631 b BGB bedarf die Unterbringung eines Minderjährigen oder auch die Anwendung mechanischer Vorrichtungen sowie Medikamente zum Zweck über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in nicht altersgerechter Weise die Freiheit zu entziehen, seit dem 01.10.2017 der Genehmigung des Familiengerichts. Auch gegenüber Minderjährigen sind hier die Voraussetzungen der Erforderlichkeit streng zu prüfen. Dabei kann bei

Minderjährigen der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen, der stets nur in Krisensituationen zulässig ist, in begrenztem Umfang auch mit erzieherischen und mit Aspekten der Fremdgefährdung begründet werden. Erzieherische Motive scheiden bei FEM aus.

##### **Wie sind Personenrückhaltesysteme für Rollstühle juristisch zu bewerten, die verhindern sollen, dass sich Menschen mit Behinderung in eine unphysiologische Position bringen?**

Der Einsatz von Haltegurten in Rollstühlen (Personenrückhaltesysteme) soll im Wesentlichen dazu dienen, ein unwillkürliches Herausgleiten aus dem Rollstuhl zu verhindern oder aber schädlichen und unphysiologischen Körperhaltungen vorzubeugen. Als solche sind sie zulässig. Nur ist auch hier stets auf die Aufklärung der betroffenen Person und ihre Einwilligung zu achten. Bei der Entscheidung ist mit zu berücksichtigen, in wie weit das Gurtsystem oder andere Vorkehrungen das Wohlbefinden der betroffenen Personen einschränken. Insofern können auch zeitlich begrenzte Maßnahmen indiziert sein. Um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt es sich dann nicht, wenn die Rückhaltesysteme nicht darauf ausgerichtet sind, die Fortbewegungsfreiheit der Person einzuschränken. Die Einschränkung der Beweglichkeit einzelner Gliedmaßen ist nicht als freiheitsentziehende Maßnahme zu werten.

##### **Ab wann darf man sich den Entscheidungen der Betreuer/oder Bevollmächtigten als Fachkraft widersetzen?**

Fachkräfte verfügen sowohl als Berufsgruppe als auch individuell über besonderes Wissen und Erfahrungen. Diese sind oftmals dazu geeignet, die Erforderlichkeit und mögliche Risiken bestimmter Maßnahmen situationsadäquat sowie fachlich inhaltlich angemessen zu bewerten. Das gilt auch für Fragen der Erforderlichkeit von Interventionsformen wie die des Freiheitsentzugs.

Berücksichtigen Eltern respektive die Betreuerinnen und Betreuer die fachliche Einschätzung

der Fachkräfte nicht bei ihren Entscheidungen und gelingt es der Fachkraft nicht, in den Gesprächen über die Teilhabe- und Hilfeplanung ihr Fachwissen in einer Weise zur Geltung zu bringen, dass es Berücksichtigung findet, hat sie gegebenenfalls das Betreuungsgericht anzurufen. Sie kann sich sowohl beraten lassen als auch Hinweise darauf geben, dass die Betreuerin bzw. der Betreuer ihre bzw. seine Aufgaben in diesem Fall nicht in der Weise ausübt, wie es dem Wohl des bzw. der Betroffenen gemäß § 1901 BGB dient oder förderlich ist.

In einer aktuellen Situation hat sich die Fachkraft dann über eine Entscheidung der Eltern oder einer Betreuerin oder eines Betreuers hinwegzusetzen, wenn die Umsetzung der Entscheidung zu einem erheblichen Schaden bei der oder dem Betroffenen führen würde oder mit der Anwendung ungerechtfertigter Zwang verbunden wäre.

##### **Wenn der natürliche Wille eines betroffenen Menschen nicht mehr feststellbar ist, was nehmen wir dann an?**

Kann sich eine Person nicht mehr äußern und kann aus ihren Verhaltensweisen und Reaktionsmustern auch nicht geschlossen werden, was ihr genehm ist, was ihr wohl tut oder sie ängstigt, kann und muss aus der bisherigen „Geschichte“ und der aktuellen Situation erschlossen werden, was dem „mutmaßlichen Willen“ der betroffenen Person entspricht, wird die verantwortliche Fachkraft bei der Einschätzung über den Einsatz von Schutzmaßnahmen eine eigene fachlich und sich auf die Kenntnis der Person beziehende Entscheidung vorschlagen. Diese hat sie im Rahmen der Hilfeplanung mit der jeweiligen Vertreterin bzw. mit dem jeweiligen Vertreter zu beraten. Hält man gemeinsam FEM für notwendig, muss die Betreuerin bzw. der Betreuer eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht veranlassen.

##### **Ist es eine FEM, wenn Bewohnerinnen oder Bewohner eine Fixierung einfordern, weil sie sich über Jahre daran gewöhnt haben (z.B. Abschluss der Tür, Fußgurt)?**

Bewohnerinnen und Bewohner, die über eine lange Institutionalisierungs- und Hospitalisierungsgeschichte verfügen, haben sich ggf. an den regelmäßigen Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen gewöhnt. Gegebenenfalls verlangen sie sogar nach ihnen subjektiv Sicherheit vermittelnden Schutzmaßnahmen, auch wenn sie objektiv nicht erforderlich sind. In diesen Fällen scheint es zunächst geboten zu sein, die Hospitalisierungsfolgen zu problematisieren und in behutsamer Weise Wege einzuschlagen, die auf eine stärkere Selbstständigkeit, Mobilisierung und auf die „Entfixierung“ hin ausgerichtet sind. Hier eignen sich die individuellen Teilhabepläne, die nach dem BTHG vorgeschrieben sind.

Ist die betroffene Person nicht in der Lage, die Reichweite ihrer Entscheidung respektive einer Einwilligung in die Fixierungsmaßnahme zu ermessen, ist die Entscheidung einer Betreuerin, eines Betreuers oder Bevollmächtigten und infolge davon auch die Genehmigung durch das Betreuungsgericht erforderlich. Die Beteiligten haben dabei die negativen Folgen der regelmäßigen Fixierung, auch wenn sie subjektiv von dem Betroffenen so nicht wahrgenommen werden, in ihre Entscheidungsfindung einzustellen und dies nicht in einer statischen sondern in einer entwicklungsorientierten Sichtweise: Ziel muss es sein, die Grundrechte der betroffenen Person zu realisieren, sie zu befähigen, ein möglichst selbstbestimmtes und teilhabeorientiertes Leben entfalten zu können. Ist die Person einwilligungsfähig, entfällt grundsätzlich die Genehmigungspflicht. Gleichwohl ist, wie dargelegt, im Rahmen der Hilfeplanung darauf hinzuwirken, dass die Person von den Fixierungsmaßnahmen entwöhnt wird. Eine Parallele ergibt sich aus der Abhängigkeit von Medikamenten, die auch problematisiert werden muss, wenn es um die Fortschreibung des individuellen Hilfeplans geht.

**Darf man bei Fremdgefährdung eine FEM gemäß § 1906 BGB anwenden oder ist hier nur die Anwendung von PsychKG möglich und damit die Einweisung in ein Krankenhaus notwendig?**

Bei strenger Auslegung des Betreuungsrechts ist eine Genehmigung von Fixierungsmaßnahmen zum Schutze Dritter ausgeschlossen, da gemäß § 1901 BGB sich die Entscheidung des Betreuers (oder Bevollmächtigten) einzig und allein am Wohle der oder des Betroffenen – unter Berücksichtigung ihrer bzw. seiner individuellen Wünsche – zu orientieren hat.

Dient allerdings die Fixierungsmaßnahme insofern auch dem Wohl des Betroffenen, als er durch eine Begrenzung von fremdstörenden Verhaltensweisen in der Einrichtung verbleiben kann, wäre bei weniger einschneidenden Schutzmaßnahmen eine Genehmigung dann denkbar, wenn es keinerlei andere Mittel gibt, die Gefährdung und Störung Dritter auszuschließen und der Versorgungs- und Wohnort grundsätzlich geeignet ist und dem Wunsch- und Wahlrecht entspricht. Hierbei ist die Problematik mit zu berücksichtigen, dass nicht jede Behinderteneinrichtung auf alle in ihnen untergebrachten Bewohnerinnen und Bewohner konzeptionell, fachlich sowie personell eingestellt ist. Reicht das Personal nicht aus, um eine individuelle Betreuung und Begleitung sicherzustellen, ist der Umzug in eine auf die spezifische Zielgruppe hin ausgerichtete Einrichtung, sei es eine Wohngruppe oder ähnliches, zu erwägen.

Die Kostenträger stehen in der Pflicht, den individuellen Bedarf zu decken. Beim Minderjährigen ist die Fremdgefährdung als Begründung für Fixierungsmaßnahmen in Einrichtungen nicht vollständig ausgeschlossen (siehe oben). Aber auch hier gilt, dass im Vordergrund das Kindeswohl steht und nicht die Beherrschbarkeit der Situation für die Einrichtung. Erzieherisch motivierte Freiheitsentziehungen sind unzulässig.

Quarantänefälle bzw. Fälle, in denen aus hygienischen Gründen eine Fixierung respektive eine freiheitsentziehende Maßnahme erforderlich wird, ist auch gemäß § 1906 BGB dann möglich, wenn die infektiologischen Voraussetzungen für die Separierung einer Person gegeben sind.

**Was ist, wenn die Gefährdung durch eine 1:1-Betreuung reduziert werden könnte, aber zu wenig Personal da ist?**

Im Einsatzfall kann es erforderlich sein, dass über den „Pflegesatz“ bzw. die Regelbetreuung hinaus eine weitergehende Betreuung durch individuelle Assistenz gewährleistet wird. Das gilt aber keineswegs immer dann, wenn die Personalsituation im Heim nicht ausreicht. Dies gilt nur dann, wenn eine Änderung der Konzeption oder der Umzug in eine andere Wohn- und Betreuungseinrichtung ausscheidet und das Ergreifen freiheitsentziehender Maßnahmen für die betreffende Person mit erheblichen Risiken und Einschränkungen sowie Würdeverletzungen verbunden wäre. Die Rechtsprechung geht im Regelfall davon aus, dass die Einrichtung Bewohnerinnen und Bewohner mit unterschiedlicher Betreuungsintensität mit dem vorhandenen Personal vollständig und bedarfsgerecht versorgen muss.

**Wann ist eine Person einwilligungsfähig?**

Einwilligungsfähig ist eine Person, wenn sie situativ und kontextbezogen die Bedeutung und Reichweite von Entscheidungen über Heilbehandlungsmaßnahmen kognitiv erfassen, einordnen und begreifen sowie eine abgewogene Entscheidung treffen und vermitteln kann. Niemandem darf wegen einer Behinderung oder Krankheit die Einwilligungsfähigkeit (vollständig) abgesprochen werden. Vor der stellvertretenden Entscheidung ist – ggf. mithilfe rechtlicher Assistenz – die in ihrer Einwilligungsfähigkeit eingeschränkte Person in ihrer Entscheidungsfähigkeit und -findung durch Beratung zu unterstützen.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung muss die Einwilligungsfähigkeit stets geprüft werden. Keinem Menschen darf sie per se abgesprochen werden. Dies verlangt Artikel 12 UN-Behindertenrechtskonvention.

**In Einrichtungen kursiert immer die Angst vor Aufsichtspflichtverletzungen. Wann haftet die Einrichtung bei Schädigung von Bewohnerinnen und Bewohner?**

Die Angst vor Haftung ist in Einrichtungen in der Tat verbreitet. Das kennt unterschiedliche Hintergründe: Psychologische („ich fühle mich verantwortlich für die Person“), versicherungsrechtliche (häufig werden Regressverfahren eingeleitet, die aufwendig sind), disziplinarische (das Kontrollbedürfnis der Managementebene ist nicht immer auf die Einhaltung fachlicher Standards ausgerichtet).

Haftung droht nicht allein deswegen, weil etwas passiert. Eine haftungsrechtliche Verantwortung entsteht nur dann, wenn Sorgfaltspflichten verletzt wurden. Wurde lege artis gehandelt? Wurden Risiken als solche erkannt und adäquat mit ihnen umgegangen? Muss dies verneint werden, kann es zu haftungsrechtlicher Inanspruchnahme kommen.

Realisieren sich aber in Kauf genommene Risiken oder auch das allgemeine Lebensrisiko, ist dies im Ergebnis häufig belastend und traurig. Auch mögen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich und schuldig fühlen. Rechtlich hat dies jedoch keine Konsequenzen, sofern die Sorgfaltspflichten eingehalten wurden. Die Einrichtungsleitungen sind jeweils gefragt, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in souveräner Fachlichkeit zu unterstützen und ihnen den Rücken zu stärken – auch und gerade dann, wenn sich unvermeidbare oder berechtigtermaßen in Kauf genommene Risiken realisiert haben.

**Zwangsmedikation in Einrichtungen der Eingliederungshilfe**

Zwangsmedikationen sind im deutschen Betreuungs- und Patientenrecht unter ausgesprochen strengen Voraussetzungen und nur ausnahmsweise zulässig, §1906 a BGB. Zwangsbehandlungen können grundsätzlich nur in psychiatrischen Einrichtungen oder unter engen Voraussetzungen bei Krankenhausbehandlungen § 1906 a Abs. 1 Nr. 7 BGB durchgeführt werden. Zwang fängt früher an als viele denken: Das Unterrühren von Medikamenten in die Mahlzeit ist ebenso als Zwang zu qualifizieren wie die Verabreichung von Injektionen gegen den Willen und körperlichen Widerstand. Zur Anwendung von unmittelbarem körperlichen Zwang sind, abgesehen von Notwehr und Notstandssituation, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht befugt.

**Einzelfragen aus der Praxis**

**In unseren Häusern wird nachts der Haupteingang abgeschlossen. Die Notausgänge sind natürlich offen. Genügen die Notausgänge... oder wird allen Bewohnern durch das nächtliche Abschießen der Haustür die Freiheit entzogen?**

Dient das Abschießen des Haupteinganges respektive das Vorenthalten entsprechender Schlüssel dazu, bestimmte Personen am Verlassen des Hauses zu hindern, so stellt sich das Abschießen für sie ggf. als Unterbringung dar. Hier wird man genau prüfen müssen, ob dies mit dem Abschießen des Haupteinganges intendiert ist. Für die Bewohnerinnen und Bewohner, die über den Notausgang Bescheid wissen, d.h. das Haus auch verlassen können: Für sie ist es in keinem Fall eine freiheitsentziehende Maßnahme respektive eine Unterbringung. Eine personenbezogene Sichtweise ist rechtlich gefragt.

**Auch in der Tagespflege wird die Haustür verschlossen, aber keiner der Besucherinnen und Besucher zeigt überhaupt ein Anzeichen, aus der Tür zu wollen.**

Die verschlossene Haustür in der Tagespflege kann dann eine freiheitsentziehende Wirkung entfalten, wenn sie als Barriere dient und als solche auch wahrgenommen wird. Auch hier gilt wieder: Personenbezogene Sichtweise ist gefragt. Wird sie jedem geöffnet, der raus will, ggf. mit dem Angebot der Begleitung, handelt es sich nicht um eine freiheitsentziehende Maßnahme.

Wenn jeweils sichergestellt ist, dass Personen, die die Tagespflege verlassen wollen, dies auch tun können, ggf. in Begleitung, handelt es sich nicht um eine freiheitsentziehende Maßnahme.

**Was ist der Unterschied zwischen (gerechtfertigtem) Notstand und Notwehr?**

Der Notstand richtet sich auf die Abwehr von Gefahren für Dritte. Mit der Notwehr wehre ich mich selbst gegen einen rechtswidrigen Angriff.

### 11.3 Antworten zu konkreten Fällen aus der Praxis

#### (1) Praxisfall

**Vorabinformation:** Einer unserer kürzlich aufgenommenen Bewohner neigt zu extremen Wutanfällen (charakteristisch für sein Behinderungsbild). In diesem Zusammenhang kommt es immer wieder zu massiven fremdaggressiven Episoden (er hat mehrfach Mitarbeiter und Bewohner angegriffen, dabei Mitarbeiter verletzt und Kleidung zerstört). Die Mitarbeiter können ihm nur beikommen, indem sie ihn dann in sein Zimmer bringen, ihm erklären, warum sie das tun und die Tür eine Weile von außen zuhalten. Nach einer Weile beruhigt er sich.

**Frage:** Die Isolierung in seinem Zimmer mit Tür zuhalten ist eine FEM. Laut unseres Konzeptes dürfen Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen wir FEM anwenden, nicht unbeaufsichtigt sein.

Eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter müsste also mit in das Zimmer gehen, um die Bewohnerin bzw. den Bewohner zu beaufsichtigen, was aber in diesem Moment kontraproduktiv wäre, da er sich nur im Alleinsein beruhigt. Wäre eine an der Zimmerdecke installierte Kamera, die nur zum Zweck der Überwachung in diesen Situationen zum Einsatz kommt, denkbar? Oder ist das wieder ein Eingriff in die Intimsphäre? Einige Kolleginnen und Kollegen vertreten die Meinung, dass in diesen extremen Fällen der Schutz von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorgehe und man in den akuten Situationen niemanden mit ins Zimmer schicken könne, um die FEM zu überwachen, weil die Gefahr eines Angriffs zu hoch sei.

**Antwort:** Für eine FEM zur Vermeidung von Drittschäden (fremdaggressives Verhalten) ist im betreuungsrechtlichen Wege keine Legitimation herzustellen: es geht jeweils allein um das Wohl des Betroffenen. Insofern sind hier Maßnahmen nach dem jeweiligen Unterbringungsrecht gefragt. Das ist für die Praxis misslich, aber rechtlich klar geregelt. Die jeweilige Einrichtung müsste für derartige Situationen eine rechtliche Grundlage nach dem PsychKG schaffen. Die Installation einer Raumüberwachung verstößt regelmäßig gegen Grundsätze der Menschenwürde.

#### (2) Fall

**Vorabinformation:** Bei einer kurzfristig angewendeten FEM wegen rechtfertigenden Notstands (§34 StGB) heißt es: „Bei Einleitung dieser Maßnahme ist das Amtsgericht unverzüglich zu informieren“.

**Frage:** Wie wird hier „unverzüglich“ definiert?

**Antwort:** Unverzüglich heißt, sobald als irgendwie möglich. Da die Gerichte auch über einen Notdienst verfügen, muss das Gericht in dem Fall, in dem die Notstandslage nicht abklingt, sondern fort dauert, benachrichtigt werden. Es ist dann

Sache des Gerichtes zu entscheiden, ob und wann es eine Entscheidung fällt ggf. verbunden mit einer Anhörung für erforderlich hält.

#### (3) Fall

**Vorabinformation:** Wenn ein Bewohner sich z.B. grundsätzlich ein hochgestelltes Bettgitter in der Nacht wünscht, weil er sich damit sicherer fühlt, ist das keine FEM. Aber wir brauchen dafür seine Einwilligung oder die seines Betreuers. Wie lange „gilt“ diese Einwilligung?

**Frage:** Wann holen wir erneut die schriftliche Einwilligung ein? Dass wir jeden Abend beim Bewohner nachfragen, versteht sich von selbst. Es geht mir um die formale Richtigkeit.

**Antwort:** Eine Einwilligung muss nicht schriftlich erklärt werden. Hier zeigt sich die Dokumentationsfixierung in der Pflege. Dort allerdings, wo die Einwilligung in Frage steht, wo in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht wurde, dass der Betroffene sich über eine Fixierungsmaßnahme beschwert: Hier kann die Dokumentation einer Entscheidung, sei es mit eigener Unterschrift oder im Vier-Augen-Prinzip geboten sein.

## 12. „PIA VOR ORT“ – PERSONENZENTRIERTES HANDELN FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND HERAUSFORDERN- DEN VERHALTENSWEISEN

Julika Hahn

Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung können im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkranken. Neben Depressionen, Schizophrenien oder Angststörungen begegnen uns mit zunehmendem Schweregrad der geistigen Behinderung häufig herausfordernde Verhaltensweisen, die mit einer hohen Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen können. Beispiele für ein solches Verhalten sind scheinbar grundlos langanhaltendes Schreien, massives Kopfschlagen, Augen eindringen oder Schlagen von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und Fachkräften. Je schwerer die geistige Behinderung ist, desto schwieriger ist die Ursache bzw. den Sinn hinter dem herausfordernden Verhalten zu erkennen. Die sprachliche, emotionale und kognitive

Entwicklung der Betroffenen liegt oftmals auf dem Niveau eines zwei- bis dreijährigen Kindes, aber sie verfügen über die Lebenserfahrung eines erwachsenen Menschen<sup>2</sup>. Trotz dieser Diskrepanz ist es nicht unmöglich, die Motive hinter dem herausfordernden Verhalten zu identifizieren und psychiatrisches sowie pädagogisches Handeln auf dieses auszurichten. Wie das multiprofessionelle Team der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) Katzenelnbogen vorgeht, wird folgend erläutert.

Das PIA-Team setzt sich aus den Berufsgruppen der Psychiatrie, Neurologie, Psychologie, Kunsttherapie und Heilpädagogik zusammen und behandelt knapp 350 geistig behinderte Bewohnerinnen und Bewohner einer großen Behinder-

teneinrichtung im Rahmen von Hausbesuchen. Um eine für alle zufriedenstellende Lösungsstrategie zu entwickeln, arbeitet die PIA mit dem betroffenen Menschen, dessen Angehörigen bzw. der gesetzlichen Betreuerin oder dem gesetzlichen Betreuer, den pädagogischen Fachkräften der Wohn- und Arbeitsgruppen sowie dem pädagogischen Fachdienst der Einrichtung zusammen. Zu Beginn der Behandlung steht die Anamnese, mit der möglichst viele Auskünfte zur medizinischen, neurologischen, psychiatrischen und sozialen Vorgeschichte zusammengetragen werden. Jeder Patient erhält zusätzlich einen einfachen Selbstauskunftsbogen, in dem er eigenständig oder mit einer vertrauten Person seine Stimmung und derzeitige Lebenssituation anhand einer Smiley-Analog-Skala abschätzt. Persönlichkeitsrecht und Datenschutz sind auch hier einzuhalten, weshalb durch den Patienten oder dessen gesetzliche Betreuerin bzw. dessen gesetzlichen Betreuer eine Schweigepflichtentbindung zwischen PIA und Einrichtung erfolgt.

Die Anamnese ist die Grundlage der Diagnostik: Fachärzte und Psychologen müssen entscheiden, ob eine psychisch-psychiatrische Störung, also eine psycho-organische Krankheit vorliegt oder ein herausforderndes Verhalten. Dies ist nicht immer einfach, da die Übergänge fließend sind: So kann selbstverletzendem Verhalten bspw. eine psychische Störung zu Grunde liegen, aber auch Schmerzen ausdrücken. Darüber hinaus kann es z.B. Ausdruck einer nicht gelingenden Kommunikation sein oder Unter- bzw. Überforderung signalisieren<sup>3</sup>. Liegt der Verdacht von Schmerzen nahe, z.B. bei Selbstverletzung des Kopfes, gilt es, mittels bildgebender Verfahren bspw., einen Tumor als mögliche Ursache auszuschließen. Nach heutiger Deutung wird herausforderndes Verhalten nicht plötzlich, sondern wie eine Sprache erlernt.

Mit anderen Worten: Im Verhalten des Menschen mit geistiger Behinderung liegt eine Absicht, eine Funktion, eine Aussage<sup>4</sup>. Diese Botschaft an seine Umwelt gilt es zu entschlüsseln<sup>5</sup>.

Herausforderndes Verhalten weist in der Regel eine lange Lerngeschichte auf, geht aus sozialen Bedingungen hervor und betrifft oftmals pädagogische Situationen. Die Situationen, in denen herausforderndes Verhalten auftritt, gilt es genau zu beobachten und zu dokumentieren. Wichtig sind hier sowohl die Reaktionen des geistig behinderten Menschen auf eine bestimmte Situation als auch die Reaktionen des Umfeldes vor, während und nach der Selbstverletzung. Nur so lässt sich allmählich eine Regel, eine Systematik erkennen<sup>6</sup>: Tritt das selbstverletzende Verhalten bspw. immer während der Aufforderung zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auf, könnten z.B. der Wunsch sich dieser Aufforderung zu entziehen oder Überforderung die Selbstverletzung auslösen. Falls das selbstverletzende Verhalten in Situationen auftritt, in denen bspw. keine vertraute Betreuerin bzw. kein vertrauter Betreuer anwesend oder die Betroffene bzw. der Betroffene allein ist, könnte dies Trennungsangst oder den Wunsch nach Aufmerksamkeit signalisieren<sup>7</sup>. Eine rein psychische Störung hingegen kann vorliegen, wenn das herausfordernde Verhalten auch nach Wegfall der auslösenden Situationen anhält, in vielen verschiedenen Lebenslagen auftritt und/oder sich weitere Auffälligkeiten in der Stimmung und im Sozialverhalten zeigen<sup>8</sup>. Auch eine bisher nicht erkannte Autismus-Spektrum-Störung kann vorliegen; erste Hinweise gibt hier ein Screening-Bogen<sup>9</sup>. Im multiprofessionellen Team der PIA werden alle Fragen in wöchentlichen Teamsitzungen und während Fallsupervisionen diskutiert. Gemeinsam entscheiden die Fachkräfte dann, ob weitere Untersuchungen notwendig sind. Die Sicherung der Diagnose gelingt nur durch die Zusammenarbeit vieler Disziplinen: Neurologie, Psychiatrie und Psychologie, Heil- und Sonderpädagogik und mit den Dauerbegleitern im Alltag.

Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung verdienen eine ebenso hohe Aufmerksamkeit wie psychische Störungen. Auch hier wird, nicht nur, aber doch häufig mit Medikamenten ergänzend behandelt.

<sup>2</sup>Zur Erfassung des emotionalen Entwicklungsniveaus bietet sich bspw. das Schema der emotionalen Entwicklung (SEO) von Anton Došen (2010) an.

<sup>3</sup>Weiterführend hier u.a. Petermann/Nitkowski (2015) oder Bienstein/Rojahn (2013)

<sup>4</sup>Vgl. Došen 2010, 185; vgl. Lingg/Theunissen 2008, 21-24; vgl. Schmidt/Meir 2014, 31

<sup>5</sup>Hilfreich kann hier bspw. das IfEs von Beinstein und Nußbeck (2010) sein.

<sup>6</sup>z.B. mit Hilfe des SORCK-Modells

<sup>7</sup>Vgl. Bienstein/Warneke 2013, 68-71

<sup>8</sup>Vgl. Došen 2010, 174

<sup>9</sup>Bspw. DiBAS-R von Sappok u.a. (2015)

Vor ihrem Einsatz sind folgende Fragen zu beantworten:

- Kann das herausfordernde Verhalten Ausdruck eines körperlichen Leidens sein?
- Könnte das herausfordernde Verhalten durch Veränderungen im Umfeld reduziert werden, da es Ausdruck nicht gelingender Verständigung ist?
- Könnte das herausfordernde Verhalten Ausdruck einer psychiatrischen Krankheit sein<sup>10</sup>?

Hier ist die genaue Dokumentation aller Situationen, in denen das herausfordernde Verhalten auftritt sowie die konkrete Eigen- und Fremdgefährdung hilfreich. Grundsätzlich sollen institutionelle oder pädagogische Gründe einer Medikation keinen Vorschub leisten, aber prinzipiell und im Vorhinein sollte sie auch nicht abgelehnt werden. So kann bspw. eine im Vorhinein festgelegte Bedarfsmedikation sinnvoll sein, um situativ entstandene herausfordernde Verhaltensweisen nicht weiter eskalieren zu lassen<sup>11</sup>. Die medikamentöse Einstellung ist (im besten Fall vorübergehend) nur ein Bestandteil der Behandlung und ergänzt bzw. ermöglicht die gleichzeitige Erarbeitung und Umsetzung verhaltensorientierter Konzepte<sup>12</sup>.

Im Alltag fühlen sich pädagogische Fachkräfte im Umgang mit herausforderndem Verhalten oftmals ohnmächtig oder überfordert. In manchen Fällen ist bereits der Fachdienst der Behinderteneinrichtung beratend tätig, in anderen Fällen wurde versucht, teamintern Lösungen zur Reduzierung des herausfordernden Verhaltens zu finden. Werden bzw. sind mehrere Berufsgruppen aktiv, müssen sie sich austauschen und sich am Ende auf ein Konzept einigen, das von allen getragen wird. Die Umsetzung unterschiedlicher Ansätze wirkt sich erfahrungsgemäß kontraproduktiv auf den Betroffenen aus. Daher sind interinstitutionelle Fall- und Netzwerkgespräche ein weiterer wichtiger Baustein in der Behandlung von herausfordernden Verhaltensweisen. Je nach Fragestellung entsendet

die Behinderteneinrichtung pädagogische Fachkräfte aus den Wohngruppen oder Werkstätten, Pädagoginnen und Pädagogen aus dem Einrichtungsfachdienst und/oder dem Bereich der Unterstützten Kommunikation; die PIA delegiert Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen und/oder Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. Wenn möglich nimmt der oder die Betroffene an diesen Gesprächen teil. Ist dies nicht möglich, sollte er oder sie durch seine gesetzliche Betreuerin/seinen gesetzlichen Betreuer oder Bezugsbetreuerin/Bezugsbetreuer vertreten werden. Der Vorteil einer solchen Vernetzung liegt vor allem darin, dass alle Beteiligten gleichermaßen sensibilisiert werden und z.B. Veränderungen im Umgang mit dem geistig behinderten Menschen oder in der Tagesstruktur direkt erfolgen können.

Was bedeutet also personenzentriertes Handeln bei herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung? „Person“ meint hier zuerst die Betroffene oder den Betroffenen selbst. Ihn oder sie gilt es mit möglichst geringer, aber immer nötiger professioneller Distanz vorbehaltlos und vorurteilslos in ihrem oder seinem So-Sein anzunehmen. Alles Handeln kreist um ihn oder sie. Er oder sie bildet das Zentrum, an welchem sich der Hilfeprozess ausrichtet. Wenn sich Hilfsangebote überschneiden, muss geklärt werden, welche Berufsgruppe vorrangig tätig wird. In der PIA sind natürlicherweise die Ärztinnen und Ärzte für den neurologisch-psychiatrischen Teil zuständig. Die Psychologin bzw. der Psychologe führt verhaltenstherapeutisch-psychologische Einzelgespräche. Die Heilpädagogin, der Heilpädagoge begleitet per Hausbesuch die geistig behinderten Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Einrichtung, um vor Ort Fachkräfte zu beraten und nach Verbesserungen des alltäglichen Lebens zu suchen. Die Kunsttherapeutin, der Kunsttherapeut wird hinzugezogen, wenn bspw. Ausdrucksmöglichkeiten für die eigenen Emotionen fehlen und über die kreative Tätigkeit ein Zugang zu diesen gelingen kann.

Auf eine Person zentriert zu handeln bedeutet auch, ihren Alltag zu prüfen: Ist der Tagesablauf zuverlässig strukturiert? Können genug (Freizeit-) Angebote, die den Interessen des betroffenen Menschen entsprechen und damit als sinnvoll erlebt werden, offeriert werden? Welche Entscheidungen kann und darf der betroffene Mensch selbst treffen und wo werden diese ihm abgenommen? Fühlt er sich wohl in der Wohngruppe bzw. auf der Arbeit? Über welche (nicht genutzten) Fähigkeiten verfügt er? Bestehen Möglichkeiten zum Rückzug (z.B. ein Einzelzimmer)? Was könnte er über das herausfordernde Verhalten ausdrücken und wie wird es von seinem Lebensumfeld verstanden?

Dieckmann und Haas (2007) führten eine der wenigen aussagekräftigen Untersuchungen zur Reduzierung herausfordernden Verhaltens von Menschen mit geistiger Behinderung durch. Das Ergebnis ist ebenso einfach wie trivial: Erlerntes herausforderndes Verhalten kann vermindert werden. Benötigt werden „lediglich“:

- Ein auf die Bedürfnisse der geistig behinderten Menschen abgestimmtes pädagogisches Konzept
- Kleine Wohngruppen, die ein individuelles Leben unter Begleitung ermöglichen
- Eine ausreichende Anzahl an pädagogischen Fachkräften
- Schulungen, Fort- und Weiterbildungen sowie eine multiprofessionelle Begleitung der pädagogischen Fachkräfte
- Und zuletzt: Finanzielle Mittel, um die nötigen Rahmenbedingungen schaffen zu können.

Menschen mit einer geistigen Behinderung und herausforderndem Verhalten haben ein Recht auf eine gute psychiatrische Behandlung und pädagogische Begleitung. Um herausfordernden Verhaltensweisen langfristig zu begegnen, braucht es jedoch mehr als eine Vernetzung von Psychiatrie und Eingliederungshilfe, sondern ebenso passende bedürfnis- und bedarfsgerechte Lebensbedingungen.

Letztlich bedeutet dies auch die Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel. Ob eine tatsächliche Verbesserung der Lebensbezüge für Menschen mit geistiger Behinderung mit dem aus der UN-Behindertenrechtskonvention resultierenden Bundesteilhabegesetz eintritt, bleibt abzuwarten.

Weitere Informationen zur Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) Katzenelnbogen, unter: Home: [www.fachklinik-katzenelnbogen.de](http://www.fachklinik-katzenelnbogen.de) Email: [info@fachklinik-katzenelnbogen.de](mailto:info@fachklinik-katzenelnbogen.de)

#### Literatur

**Bienstein, P./Nußbeck, S.** (2010): IfES. Inventar zur funktionellen Erfassung selbstverletzenden Verhaltens bei Menschen mit intellektueller Behinderung. Göttingen u.a. Hogrefe

**Bienstein, P./Rojahn, J.** (Hrsg.) (2013): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. Göttingen u.a.: Hogrefe

**Bienstein, P./Warnke, A.** (2013): Ätiologie. In: Bienstein, P./Rojahn, J. (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 56-92

**Dieckmann, F./Haas, G.** (Hrsg.) (2007): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart: Kohlhammer

**Došen, A.** (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG

**Lingg, A./Theunissen, G.** (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Kompendium für die Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus (5. Aufl.)

<sup>10</sup>Vgl. Schanze (2013), 175

<sup>11</sup>Vgl. ebd., 182 - 186

<sup>12</sup>Eine gute Orientierung gibt hier das aus den USA stammende Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung. Dazu mehr Theunissen (2016b).

**Sappok, T./Gaul, I./Bergmann, T./Dziobek, I./Bölte, Sven** (2015): DiBAS-R. Der Diagnostische Beobachtungsbogen für Autismus-Spektrum-Störung-Revidiert. Ein Screeninginstrument für Erwachsene mit Intelligenzminderung und Autismusverdacht. Bern: Huber

**Schanze, Ch.** (2013): Psychopharmakologische Behandlung. In: Bienstein, P./Rojahn, J. (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 174-202

**Schmidt, H./Meir, St.** (2014): Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In: Schanze, Ch. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer (2. Aufl.), S. 30-33

**Petermann, F./Nitkowski, D** (2015): Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Göttingen u.a.: Hogrefe (3., überarb. Aufl.)

**Theunissen, G.** (2016a): Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für Schule, Heilpädagogik und außerschulische Unterstützungssysteme. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (6., überarb. u. erw. Aufl.)

**Theunissen, G.** (2016b): Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und Autismus. Marburg: Lebenshilfe (5., ggü. d. akt. 4., unveränd. Aufl.)

#### **Weiterführende Literatur:**

**Häßler, F./Fegert, J.M.** (Hrsg.) (2005): Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeit und Pflegekräfte. Stuttgart: Schattauer

**Hejkoop, J.** (2014): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa (6. Aufl.)

**Schanze, Ch.** (Hrsg.) (2014): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer (2. Aufl.)

# 13. DAS BUNDESMODELLPROJEKT „ICH WILL MICH“

Gabriele Rochow

## Ausgangslage

Das Projekt „Ich will mich“ zur Reduzierung von Psychopharmaka bei Menschen mit geistigen Behinderungen, wurde im Regenbogenhaus Magdeburg, eine Einrichtung der PSW-GmbH Eingliederungshilfe, von Mai 2009 bis zum Mai 2012, durchgeführt. Dieses Projekt war ein Bundesmodellprojekt und wurde u.a. durch die Aktion Mensch gefördert.

„Ich will mich“ verfolgte keineswegs das Ziel einer Reduktion von Psychopharmaka um jeden Preis, sondern strebte eine Erhöhung der Selbstbestimmung und der Lebensqualität für die Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer an.

Zu Beginn des Projektes bekamen 31 Personen von den insgesamt 54 Bewohnerinnen und Bewohnern täglich Psychopharmaka verabreicht. Die Medikation bestand teilweise über Jahrzehnte, so dass die Indikation für die Gabe nicht immer nachvollziehbar war. Die betreffenden Personen konnten aufgrund ihrer geistigen Behinderung nicht einschätzen, welche physischen und psy-

chischen Beeinträchtigungen sie durch die Einnahme der Medikamente erleben. Hier benötigten sie Unterstützung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die Verordnung von Psychopharmaka erfolgte meist bei Verhaltensauffälligkeiten, deren Ursachen nicht klar erkennbar waren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erklärten dann den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten, dass die Person „ohne Grund Aggressionen zeigt“. Hilfe sollte dann von der Medizin in Form von Medikamenten kommen.

Bei genauer Betrachtung liegen die Ursachen für auffälliges Verhalten häufig in den strukturellen Bedingungen innerhalb der Einrichtungen. Von Menschen mit geistiger Behinderung wird in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein hohes Maß an Anpassungsleistungen gefordert. Die ganz individuellen Bedürfnisse der einzelnen Person werden häufig nicht erkannt oder nicht gesehen. Die Bewohnerinnen und Bewohner können selbst ihre Bedürfnisse nicht immer formulieren oder

trauen es sich erst gar nicht. Somit sind Konflikte vorprogrammiert.

Mit dem Projekt „Ich will mich“ sollte der Blick auf den einzelnen Menschen mit seinen Wünschen und Bedürfnissen in den Fokus gelangen und geprüft werden, ob die Gabe von Psychopharmaka wirklich noch gerechtfertigt ist bzw. ob bestehende Dosierungen noch in gleicher Höhe erforderlich sind.

## Was braucht ein solches Projekt

Einen solchen Schritt zu gehen, erfordert die Einsicht, dass die Gabe von Psychopharmaka in der Eingliederungshilfe kritisch zu hinterfragen ist. Dieser Frage müssen sich die Leitungen/Geschäftsführungen der Einrichtungen der Eingliederungshilfe stellen. Sie sollten davon überzeugt sein, dass es hier nicht um das Suchen von Schuldigen/Verantwortlichen geht. Vielmehr ist zu prüfen, wie es gelingen kann, dass Menschen mit geistigen Behinderungen weniger Psychopharmaka benötigen, d.h. Lebensbedingungen vorfinden, in denen Autonomie gefördert, Individualität respektiert und Vielfalt gelebt werden kann.

Wenn die Einrichtungslleitung positiv diesem Anliegen gegenübersteht und sie gemeinsam mit ihrer Mitarbeiterschaft in die offene Diskussion zu diesem Thema geht, sind die ersten Schritte getan.

Jetzt sind die Sorgen und die Ängste der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ernst zu nehmen! Sie sind diejenigen vor Ort, die in den zu erwartenden Krisen handeln müssen, und zwar nicht nur am Tage, sondern auch nachts und auch an den Wochenenden.

Fortbildungen zu den Wirkungen von Psychopharmaka bieten hierzu eine erste Grundlage, sich diesem Thema zu widmen und sich als Mitarbeiterin und Mitarbeiter damit auseinanderzusetzen.

- Wie wirken Psychopharmaka?
- Bei welchen Erkrankungen kommen sie zum Einsatz?
- Welche Nebenwirkungen haben sie?
- Wann heben welche Medikamente untereinander die Wirkungen auf? (Gefahr, wenn

- mehr als 3 Psychopharmaka verordnet sind)
- Sind Entzugserscheinungen zu erwarten, wie äußern sich diese?

Hilfreich stand in unserem Projekt ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, welcher aber nicht der behandelnde Arzt war, zur Verfügung. An konkreten Beispielen besprach er mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Medikation einzelner Bewohnerinnen und Bewohner. Er ging sehr wohl auf die Sorgen der Mitarbeiterschaft ein, konnte durch gute fachliche Aufklärung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch Neugierde auf das Kommende wecken.

Neben der pharmakologischen/medizinischen Aufklärung ist natürlich die sozialpädagogische, psychologische Beratung und Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während des gesamten Zeitraumes erforderlich.

Die immerwährende berechtigte Frage der Mitarbeiterschaft, was mache ich in einer Krise?

- Was muss ich zuerst tun?
- Wen muss ich schützen?
- Wen rufe ich an?
- Mache ich das richtig? Werde ich nachher dafür verantwortlich gemacht?
- Was denkt/erwartet die Einrichtungslleitung?
- Was denken/erwarten die Angehörigen?
- Was denken/erwarten meine Kollegen?

Hier brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Handlungssicherheit einen klaren Verfahrensplan.

Für jede Teilnehmerin, für jeden Teilnehmer des Projektes wurde vom gesamten Team der Wohngruppe ein Krisenplan erarbeitet. Ganz konkret sind hier die einzelnen Schritte benannt, wie sich bei einer Krise der betreffenden Person zu verhalten ist. Was braucht diese Person ganz konkret in einer Krise? Was sind die nächsten Schritte. Die Krisenpläne waren für alle Fachbereiche einsehbar und damit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich.

Die Entscheidung mit welchen Personen begonnen wird, wurde den Teams weitestgehend überlassen.

Stand die Person dann in Einvernehmen mit der Einrichtungsleitung und dem rechtlichen Betreuer fest, wurde der behandelnde Facharzt gebeten, den Reduktionsplan zu erstellen. Der Plan begann meist mit der Halbierung einer Dosierung, meist die Mittagsdosierung über einen Zeitraum von 6 Wochen. Wenn sich keine Komplikationen ergeben hatten, setzte die nächste Reduzierung ein. Während der gesamten Reduzierungszeit wurden Beobachtungen in sogenannte Beobachtungsprotokolle geschrieben. Diese ließen Veränderungen beschreiben und waren für die wissenschaftliche Aufbereitung des Projektes erforderlich. Diese Art Beobachtungsprotokolle sind daher nicht zwingend erforderlich, wohl aber eine gute Tagesdokumentation zu den Beobachtungen für die tägliche und für die weiterführende Arbeit.

#### Was wurde mit der Reduktion bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erreicht?

Mit der Reduktion verbesserten sich unter anderem folgende Kompetenzen:

- Motivations- und Handlungsbereitschaft
- koordinative Beherrschung des Körpers
- Merk-, Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit
- Wahrnehmung- und Fokussierungsfähigkeit
- Wiederentdeckung und Zunahme der Libido
- Differenzierung der eigenen Bedürfnisse

Im Rahmen unseres Projektes wurden den Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern über Förderungen und Spenden vielfältige Möglichkeiten angeboten, um die wiedererworbenen Kompetenzen sinnvoll nutzen zu können:

- Theaterprojekt
- Musiktherapie
- Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten
- Wandergruppe.

Neben den o.g. guten Angeboten sind es aber auch die kleinen Möglichkeiten im Alltag, welche mehr Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglichen und Menschen aktiv werden können: Gespräche in der Wohngruppe, Treffen mit Freunden im Zimmer, Rückzug in das eigene Zimmer, Spaziergänge...

Es geht auch um eine Horizonterweiterung, den Blick zu erweitern und den Menschen mit Behinderung aufzuzeigen, was alles möglich ist. Dazu bietet sich ganz besonders eine „Gefühlswerkstatt“ an, zu Themen wie Sexualität – mein Körper, wie möchte ich leben – wo möchte ich wohnen, mit wem...

#### Beispiel einer Projektteilnehmerin:

Frau M. ist zum Zeitpunkt der Reduktion 49 Jahre alt. Sie kam mit 30 Jahren in das Wohnheim und übernahm im Rahmen der Tagesförderung stundenweise hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Als Diagnose wurde 1973 von einem Fachkrankenhaus "mittelgradige Oligophrenie bei psychosozialer Beeinträchtigung und hereditärer Belastung" aufgestellt. In der Vergangenheit reagierte Frau M. in Krisen sehr impulsiv mit Zerstörung von Gegenständen wie, Mobiliar, Fensterscheiben, Küchengeräte... Sie nahm an der Gefühlswerkstatt teil und plante im Vorfeld bereits doch noch einmal zu versuchen, in einer WfbM zu arbeiten. Ein erster Versuch in 1997 scheiterte nach etwa einem Jahr. Gern wollte sie auch in das Intensiv betreute Wohnen.

Sie entschied sich nach der Informationsveranstaltung zu diesem Projekt „Ich will mich“ an der Reduktion von Medikamenten teilzunehmen. Sie gehörte auch zum Personenkreis, die vom Facharzt vorgeschlagen worden war.

Die damalige Medikation 09/2009 :

Risperidal	0,5 mg	- 0	- 0,5mg	- 0
Neurontin	400mg	- 400mg	- 400mg	- 0
Dipiperon	40mg	- 0	- 40mg	- 0

Reduktionsbeginn mit Dipiperon im Oktober 2009, am 15. März 2010 ist der Gesamtprozess der Reduktion abgeschlossen. Während dieser Reduktion startet sie einen 2. Versuch, eine Beschäftigung in einer WfbM aufzunehmen und noch im gleichen Zeitraum in das Intensiv Betreute Wohnen einzutreten. Alle neuen Belastungen kann sie gut bewältigen, benötigt dazu aber intensive Eins-zu-Eins Gespräche. Sie spürt, ihre Anliegen werden ernst genommen, sie fühlt sich verstanden, obwohl sie von den neuen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern häufig noch missverstanden wird. Aber das hält sie aus, weil sie Unterstützung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erhält. Ende Mai 2011 bittet sie wieder um eine Tablette. Sie habe „Angst davor, wieder zu explodieren“. Weder im betreuten Wohnen noch in der Werkstatt sind Veränderungen zu erkennen, die darauf schließen ließen, doch ihr selbst scheint dies wichtig zu sein. Sie wünscht sich diese Tablette zur Nacht, sie sei so unruhig und wache immer auf. Es wurde erkundet, ob sie Angst habe zu verschlafen, oder ob sie etwas noch vom Tag beschäftige? Was kann für sie da hilfreich sein, Entspannungsangebote, Gespräche, Versicherung, dass sie morgens von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geweckt wird? Vom Mai bis September werden die Angebote umgesetzt. Sie bleibt bei ihrer Bitte. Im September 2011 verschreibt der Facharzt 200mg Seroquel zum Abend. Frau M. fühlt sich mit dieser Medikation gut und möchte daran nichts ändern.

Diese Gabe ist bis heute, Januar 2018, geblieben. Mittlerweile sind die Arbeit und das Leben im Intensiv betreuten Wohnen für sie selbstverständlich. Sie fühlt sich wohl und ist von ihren Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern anerkannt. Auf die Tablette am Abend will sie bisher noch nicht verzichten.

Das ist nur ein Beispiel, wenngleich ein sehr eindrückliches. Doch sind die Erfolge für jeden einzelnen Teilnehmer, für jede einzelne Teilnehmerin auf seine bzw. ihre ganz eigene Art bemerkenswert.

Hier nur noch kurz ein Beispiel. Da war Herr K., ein Mensch mit einer schweren geistigen Behinderung. Herr K. lief unruhig durch das Haus und hatte ununterbrochenen Speichelfluss. Seine Aussprache klang verwaschen. Man merkte, wie ihm der Speichelfluss missfiel und er ungehalten wurde, wenn man ihn nicht verstand. Mit Reduzierung der Medikamente jedoch verschwand der Speichelfluss, sein Gangbild veränderte sich und die Aussprache wurde verständlicher. Herr K. beteiligte sich jetzt an kleinen Gesprächen und kommentierte Situationen in seiner Wohngruppe. Sein Zugewinn an Lebensfreude stand ihm förmlich ins Gesicht geschrieben. Leider verstarb er bereits 2014, doch konnte er seine letzten Lebensjahre sichtlich genießen.

#### Wen braucht es?

Nicht alle Reduzierungen verliefen so reibungslos. Ein Teilnehmer kam in eine psychotische Krise mit erforderlicher Behandlung im Krankenhaus. Solche Situationen stellten das Projekt zwar nicht in Frage, doch auf den Prüfstand. Traten solche Krisen auf, wurden vorerst keine Reduktionen weiter geplant, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zu überfordern und um eventuell weitere Krisen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu vermeiden.

Hier waren dann für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interdisziplinäre Fallbesprechungen und Supervisionen hilfreiche Instrumente zur Klärung der anstehenden Problemlagen. Wichtig sind dabei die Fachkräfte von außen mit dem distanzierten Blick.

Weiterhin galt es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während des gesamten Projektes zu begleiten, d.h. deren Sorgen und Vorbehalte ernst zu nehmen. Im routinemäßigen Alltag, der sich aus der Komplexität von verschiedenen Anspruchshaltungen und konkreten Erfordernissen zusammensetzt, geraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Eingliederungshilfe häufig in eine Überforderung. Supervision und pädagogisch-psycholo-



gische Fachberatung waren demzufolge für das Gelingen eines solchen Projektes unabdingbar. Transparenz auf allen Ebenen, von der Geschäftsführung bis hin zur Hauswirtschaft, ist auch eine Grundvoraussetzung.

Im Laufe des Projektes wurde die Gesprächsgruppe für die Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer aufgebaut. Wir empfehlen, Teilnehmerinnen und Teilnehmer ähnlicher Projekte, gleich von Beginn an eine solche Austauschmöglichkeit zu ermöglichen.

Die **wichtigsten Akteure** in diesem ganzen Projekt wurden bisher nur marginal erwähnt, ohne deren Mitarbeit gar nichts möglich gewesen wäre, nämlich die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, jedoch haben wir zwei Fachärzte, bei denen die meisten unserer Bewohnerinnen und Bewohner Patienten sind. Beide Ärzte konnten wir für das Projekt „Ich will mich“ gewinnen. Sie wurden bereits 2005 über unsere Idee informiert. Nach kurzer Irritation signalisierten sie sehr schnell ihre Bereitschaft, am Projekt mitzuwirken. Beide wurden gebeten, zu prüfen, welche ihrer Patienten sie aus ihrer Sicht für das Projekt vorschlagen würden. Jedoch waren Sie auch offen für Vorschläge unsererseits.

Frau Scheithauer; Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie schreibt im Abschlussbericht „Die Frage – Kann das gut gehen? – wurde bald von einer anderen Frage abgelöst – Warum eigentlich nicht?“

**Hier ein weiterer Auszug aus dem Abschlussbericht des Projektes „Ich will mich“ von Dr. Matthias Bernstein, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.**

„Das wichtigste diagnostische und therapeutische Instrument der Fachärzte für Psychiatrie stellt das Gespräch mit dem Patienten dar, was aber bei Menschen mit geistiger Behinderung nur eingeschränkt möglich ist. Dies kann bei den Therapeuten mitunter zur Hilflosigkeit oder Resignation führen... Vor dem Hintergrund dieses Dilemmas ist bisweilen die (oftmals noch) praktizierte, großzügige Psychopharmakotherapie zu verstehen.“

#### **Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer**

Den Bewohnerinnen und Bewohnern wurde das Projekt vorgestellt und die Bereitschaft zur Teilnahme erfragt. Personen, die den Zusammenhang nicht verstehen konnten, wurden in Zusammenarbeit mit den juristischen Betreuerinnen und den Kontaktbetreuern vorgeschlagen. Die Vorschläge wurden dann in den einzelnen Wohngruppen diskutiert und erst, wenn das Team der geplanten Reduktion mehrheitlich zustimmte, begann die Umsetzung.

#### **Was hat sich verändert**

Die Grundhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat sich verändert. Das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner und auch das der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird reflektiert und besprochen. Der Umgang mit den Menschen ist sensibler aber auch klarer geworden. Die Teams haben gemeinsam abgestimmte Handlungsansätze, welche regelmäßig besprochen und ggf. den aktuellen Bedürfnissen der betreffenden Menschen angepasst werden. Das schafft Sicherheit auf beiden Seiten.

Heute wird erst im letzten Schritt ein Facharzt oder eine Fachärztin konsultiert, wenn klar ist, die sozialpädagogische/heilpädagogische Arbeit hilft der Bewohnerin bzw. dem Bewohner in dieser Situation nicht. Liegen die Ursachen dann eventuell doch in einer hirnrorganischen/neurologischen Erkrankung? Die Dauer der Gabe wird kritischer hinterfragt. Reduzierungen werden weiterhin angestrebt.

#### **Zusammenfassung**

Es lohnt sich für alle Beteiligten, sich auf den Weg zu machen. Der Zugewinn an Lebensqualität für die Menschen mit Behinderungen wurde in diesem Projekt deutlich und es ist eine Freude, dies miterleben zu können. Es ist ein wichtiger Schritt zur Inklusion, zur Selbstentfaltung. Sie, die Menschen mit Behinderungen, müssen über Nebenwirkungen aufgeklärt und von uns als professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin unterstützt werden, ihre Einnahme kritisch hinterfragen zu dürfen. Sie haben das Recht auf Selbstbestimmung. Unterstützen wir sie dabei! Die Gabe von Psychopharmaka als Freiheitsentziehende Maßnahme wird zwar nur als Freiheitsentzug betrachtet, wenn sie ausschließlich zur Vermeidung von Weglauftendenzen eingesetzt wird, jedoch werden unter genauer Betrachtung Freiheiten eingeschränkt, wenn kein therapeutisches Ziel erreicht werden soll. Somit ist der Einsatz von Psychopharmaka noch einmal mehr kritisch zu hinterfragen.

Die Reduzierung von Psychopharmaka, gleichbedeutend einem Mehr an Lebensqualität, sollte im Interesse aller Akteure sein und ist im Sinne des Bundesteilhabegesetzes. Es bedarf tatsächlicher, sinnstiftender Angebote in einer Tagesstruktur, die auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Diese individuellen Betreuungsleistungen erbringen zu können, bedarf eines zusätzlichen Engagements der Kostenträger.



Team der Gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit (GFB) Hachenburg

## 14. IN UNS HAT SICH ETWAS BEWEGT - FREIHEITSSENSIBLE BEHINDERTEN- ARBEIT IN DER GFB

Interview: Madeleine Viol  
Gesprächspartnerin: Michaela Abresch,  
Beratung Gesundheit und Pflegequalität der Gemeinnützigen  
Gesellschaft für Behindertenarbeit (GFB) Hachenburg

**Hintergrund:** Im Rahmen der Schulungsinitiative „Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz“ war die „Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit“ eine der ersten Teilnehmer der Fachtage.

### Frau Abresch, wie hat sich der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen nach der Teilnahme an der Schulung verändert?

Abresch: Dadurch hat sich etwas bewegt – in mir und in uns. Unsere Teilnahme war so etwas wie eine Initialzündung. Wir haben unser Konzept zum Umgang mit FEMs in Frage gestellt und nach der Schulung komplett überarbeitet. Vorher ging es uns um den korrekten Umgang mit FEMs und danach war es uns ein Herzensanliegen, die Prävention von FEMs voranzubringen. Das ist ein ganz anderer Ansatz.

### Die Teilnahme an der Schulung war also der Auslöser für eine Korrektur des bisherigen Konzepts?

Abresch: Wie gesagt an der Auftaktveranstaltung der Schulungsinitiative des Sozialministeriums haben alle Gruppenleiter, ihre Vertretungen und die Einrichtungsleitungen teilgenommen. Wir haben uns danach in unserem Handeln hinterfragt und uns klar gemacht, dass wir einen anderen Ansatz benötigen. In der Folge hat sich eine Projektgruppe gebildet, mit allen Gruppenleitern und den Einrichtungsleitungen zur Überarbeitung unseres hausinternen Konzepts. Ich habe es geschrieben und mit Hilfe der Kolleginnen und Kollegen wurde es noch angepasst. Unsere Geschäftsführerin wollte dann, dass die Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter das Wissen in ihr eigenes Team tragen und dort wiederum schulen. Das war im Nachhinein ganz hilfreich, weil der, der schult

auch immer der Ansprechpartner für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist. In einer Art Schneeballprinzip wurde das Wissen weitergegeben und so konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sensibilisiert werden.

### Was war ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an Information wichtig?

Abresch: Es war immer wieder zu betonen, dass ein richterlicher Beschluss keine Verpflichtung ist, sondern eine Erlaubnis. Das hat auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen neuen Denkprozess in Gang gesetzt. Und sie haben bemerkt, dass mit dem Projekt ein anderes Denken auch gewünscht war – nämlich die Suche nach Alternativen vorran zu stellen. Das war vorher nicht da. Aber noch immer kämpfen wir im Alltag gegen die Annahme: „Wir müssen doch immer den Gurt nehmen, das dient doch dem Schutz!“ Aber auch ein Mensch mit Behinderung fühlt dabei etwas und darüber müssen wir reden, ob das was er fühlt unserem Selbstverständnis, unserem Menschenbild entspricht und was das mit der Beziehung zwischen uns und ihm macht. Es wird ja gerne als Fürsorge verstanden aber ist es das immer? Natürlich haben wir auch mal Bewohnerinnen oder Bewohner, bei denen in einer Situation des rechtfertigenden Notstandes eine FEM-Anwendung notwendig ist. Aber wir reflektieren jetzt darüber immer gleich und das verändert unser Handeln und begrenzt die Anwendung auf ein Minimum.

### Was würden Sie sich weiterhin für sich und Ihre Mitarbeiterin wünschen?

Abresch: Unsere Geschäftsführung steht voll hinter uns – von dort kam ja auch der Wunsch, wir sollen an der Schulungsinitiative teilnehmen. Das wir dran bleiben am Thema und das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das gut verinnerlichen, das wünsche ich mir. Es liegt aber auch in unserer Hand. Wir werden auf jeden Fall in jedem Jahr eine Schulung dazu anbieten. Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wir einstellen, erhalten im Rahmen ihrer Einarbeitung eine Schulung direkt am Anfang von mir. Das Thema Prävention von FEM ist ein fester Bestandteil unserer Einarbeitungs-Checkliste geworden.

### Wie geht es jetzt weiter bei Ihnen?

Abresch: Wir haben jetzt unser hausinternes Konzept an die Beratungs- und Prüfbehörde geschickt und um Rückmeldung gebeten. Da gab es gar keine Beanstandung. Als nächstes werden wir die Angehörigen informieren. Wir veröffentlichen jährlich eine Hauszeitung, die immer gegen Ende des Jahres versendet wird. Die bekommen alle unsere Kooperationspartner und auch Angehörige. Darin informieren wir über bestimmte Themen, die gerade aktuell sind und dazu gehört das Thema FEM.

# 15. DER PROZESS DER ENTFIXIERUNG IM HAUS SOONWALD – HALTUNG DER MITARBEITERINNEN UND FÜHRUNGSVERHALTEN SIND ZENTRAL

Pia Burkhard-Bicking, Steffi Kleinert

Im Haus Soonwald, einem psychischen und heilpädagogischen Wohnheim der Rheinischen Fachklinik Alzey, leben derzeit 26 Menschen mit psychischen und zumeist zusätzlich körperlichen Behinderungen (Alter zwischen 53 und 91 Jahren), deren Zahl im Rahmen Inklusion sich weiter reduzieren wird. Zu Beginn des Projekts vor 6 Jahren lebten noch 32 Menschen im Haus Soonwald, bei denen durch körperliche Beeinträchtigungen und fehlende Absprachefähigkeit Risiken entstanden, die zu Anfang des Projekts bei 37% aller Bewohner mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bedacht wurden. Über einen Prozess von 6 Jahren (2012 bis heute) konnte über vielfältige Wege eine Fixierungsquote von aktuell null erzielt werden; gleichbedeutend einem Zugewinn an Freiheit und Mobilität für die Bewohnerinnen und Bewohner. Dieser Beitrag wird einerseits den Prozess eines Teams darstellen, wie freiheitsentziehende Maß-

nahmen reduziert und über andere Wege Sicherheit sowie Freiheit für die Bewohnerinnen und Bewohner gewonnen werden konnte. Andererseits wird beschrieben, wie stabil Haltungen sind und welche große Bedeutung dem Führungsverhalten zukommt, Veränderungen mitarbeiterorientiert zu gestalten.

## Bestandsaufnahme im Haus Soonwald zu Projektbeginn

Zu Beginn des Projektes im Jahr 2012 wurden 12 der insgesamt 32 Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber sowie nachts fixiert (37%). Die Gründe für die Fixierungen lagen zumeist in Sturzgefährdungen und zu einem kleinen Teil (2 Menschen) in der Eigen- und Fremdgefährdung begründet. Die freiheitsentziehenden Maßnahmen waren in der Nacht Bauchgurte in Verbindung mit Bettgittern, bei 2 Menschen wurde zusätzlich ein Fuß

fixiert und bei einem weiteren Bewohner eine Dreipunkt-Fixierung angewendet. Tagsüber war zumeist der Gurt im Rollstuhl das Mittel der Wahl. Alle 12 zu dieser Zeit fixierten Bewohnerinnen und Bewohner erlitten dadurch eine komplette Immobilisierung, die lediglich für die Körperpflege, dem An- und Ausziehen sowie Toilettengänge unterbrochen wurde.

Viele der Bewohnerinnen und Bewohner vom Haus Soonwald sind seit Jahren und teilweise seit der Kindheit in Fixierungsmaßnahmen „einsozialisiert“. Damit einher geht eine gewisse Vertrautheit, teilweise sogar Abhängigkeit der Bewohner von der Fixierung. Teilweise erfuhren die Bewohnerinnen und Bewohner die oben beschriebenen Fixierungen seit über mehr als 2 Jahrzehnten.

## Wissenstand der Mitarbeiter zu Projektbeginn

Das Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Vorgesetzten zu diesem Thema entsprang zu Projektbeginn einem sehr kleinen Teil der Ausbildung, in der hauptsächlich juristische Aspekte beleuchtet wurden,

- dem Lernen am Modell der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort,
- den Pflichtfortbildungen zur richtigen Anwendung von Fixierungen durch den Hersteller der Gurte und
- dem Besuch von Fortbildungen zum Thema von einigen Mitarbeitern des Teams.

Dieser Wissenstand war demnach in Tiefe und Breite hoch heterogen im Team verteilt.

## Haltung zum Thema

Die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Haus Soonwald war traditionell auf die Aspekte Sicherheit und weniger auf die Aspekte Lebensqualität oder Selbstbestimmung hin ausgerichtet. Demnach wurden Entscheidungen über Maßnahmen auch häufig so gewählt, dass vermeintlich der Bewohnerin, dem Bewohner „nichts passiert“. Darüber hinaus bestanden sicherlich auch Befürchtungen der Mitarbeiterschaft, dass Ihnen selbst etwas passiert, wie z.B. Haftung oder

Strafe, in den Fällen in denen Bewohnerinnen und Bewohner zu Schaden kommen. Diese Befürchtungen spielten sicherlich auch eine bedeutende Rolle bei den Abwägungen pro oder contra freiheitsentziehender Maßnahmen.

## Maßnahmen des Projekts

Pflegerische Maßnahmen zu verändern, die bereits so lange in einer Einrichtung angewendet wurden, war ein anspruchsvolles Unterfangen. Im Prozess des Projekts wurde immer deutlicher, dass es neben dem neu zu erwerbendem Wissen und der Anschaffung von Hilfsmitteln auch der Hinwendung zur Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu diesem Thema bedurfte.

## 1. Externe Qualifikation interner Multiplikatoren

Zu Beginn des Projekts wurde nach Möglichkeiten der externen Fortbildung zum Thema gesucht. Das bundesweite Projekt ReduFix bot zu dieser Zeit eine Qualifikation für Multiplikatoren an, die darüber befähigt werden sollten, in ihren Einrichtungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst zu schulen und als Expertin, als Experte vor Ort zur Verfügung zu stehen. Die damalige Wohnbereichsleitung und deren Stellvertretung nahmen an dieser intensiven Schulung teil und banden das Wissen sowie die dort gewonnene Haltung in die nachstehenden weiteren Maßnahmen, wie Fortbildungen und Fallbesprechungen, ein.

## 2. Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden in einer Team-Fortbildung mit den Inhalten des ReduFix-Projektes vertraut gemacht. Diese Fortbildung erkannte freiheitsentziehende Maßnahmen als multifaktorielles Geschehen an, dass nur interprofessionell zu lösen ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Wissens um die anderen relevanten (Berufs-)Gruppen (Ärzte, Richter, Betreuer), um deren Handlungsbereiche und Zuständigkeiten im Rahmen der Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen. Der Hauptteil der Fortbildung lag auf der Vermittlung von Wissen um die Folgen freiheitsentziehender Maßnahmen sowie Alter-

nativen zur Reduzierung. Die Fortbildung wurde durch einen externen Dozenten unter Unterstützung durch die hauseigenen Multiplikatoren durchgeführt.

### 3. Führungsverhalten – Sicherheit und Orientierung schenken und vorleben

Die intensive inhaltliche Schulung der Führungskräfte ist bei der Veränderung einer Maßnahme, die stark an die Veränderung einer Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gebunden ist, sehr wichtig. Nur darüber können die Führungskräfte mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern inhaltlich bewerten und entscheiden sowie darüber hinaus auch die notwendige Sicherheit schenken, beim Betreten neuer und teilweise unbekannter Wege.

### 4. Fallbesprechungen – gemeinsam Maßnahmen entwickeln

Die methodengeleitete Arbeit an Fällen ist ein wirksamer Weg zur Erarbeitung von gut begründeten, teilweise mutigen Praxisinterventionen. Die multiperspektivische Fallarbeit wurde im Projekt immer wieder zur Bearbeitung von Fällen, in denen ein Bewohner oder eine Bewohnerin von einer Fixierung betroffen bzw. darüber nachgedacht wurde, angewandt. Die Tiefe und Breite, in der ein Fall innerhalb dieser Besprechungsform bearbeitet werden kann, schafft die Möglichkeit einer veränderten Betrachtung und der Ausarbeitung alternativer Maßnahmen. Auf dieser Basis wurden konkrete Entfixierungspläne für die Bewohnerinnen und Bewohner entwickelt. Die gemeinsame und vertrauensvolle Verständigung über einen Fall und die notwendigen pflegerischen Maßnahmen schenkt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Team Sicherheit, basierend auf der Idee einer gemeinsam getragenen Verantwortung.

### 5. Anwendung von Hilfsmitteln

Derzeit steht eine Vielzahl an Alternativen zur Verfügung, um Sicherheit und zugleich Freiheit zu ermöglichen. Diese waren dem Team jedoch nur vereinzelt bekannt. Die Teilnahme an der Fortbildung sowie der Besuch der Altenpflegemesse in Nürnberg verschaffte dem Team einen guten Überblick über das Hilfsmittelangebot. Nach Rücksprache und guter Begründung dem Heimleiter gegenüber wurden einige, teilweise sehr teure, Hilfsmittel angeschafft und in die tägliche Arbeit integriert (RCN-Walker, Niedrigbetten, Sensormatten, Sturzmatten, Hüftprotektoren, Bewegungsmelder, etc.). Darüber hinaus wurden Hilfsmittel zur Probe bestellt, um deren Praxistauglichkeit und Wert für die Bewohner bestimmen zu können.

### 6. Sensibilisierung der entscheidungsrelevanten Akteure

Im Entscheidungsprozess für oder wider einer freiheitsentziehenden Maßnahme sind neben den Pflegekräften weitere (Berufs-)Gruppen involviert: Betreuer, Ärzte, Richter und nicht zuletzt die Betroffenen selbst. Demnach bedurfte es zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen der Einbindung dieser Personen in den Prozess der Veränderung. Auch die Betreuer und Ärzte mussten über die Folgen freiheitsentziehender Maßnahmen sowie über Alternativen, über Sicherheit und Freiheit ermöglicht werden kann, informiert werden. Teilweise mussten intensive Diskussionen geführt werden, gerade dann, wenn Bewohnerinnen und Bewohner bereits seit Jahren oder Jahrzehnten Fixierungen hatten. Von Seiten des Amtsgerichts wurde die Idee des Projekts etwa ab Anfang 2014 unterstützt, da ein neuer Amtsrichter tätig wurde, der sich dem Werdensfelder Weg<sup>13</sup> verschrieben hat, einem juristischen Weg, der ebenfalls die Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen zum Ziel hat.

### Fallbeispiel 1

#### „Und alles drohte zurück zu fallen“

Im Folgenden soll kurz ein Fallbeispiel dargestellt werden, dass die Zerbrechlichkeit neuer Wege und die Bedeutung von Führung zur Sicherung von Nachhaltigkeit und Motivation der Mitarbeiter deutlich werden lässt:

Ein Bewohner, nennen wir ihn Herrn Schneider, besitzt seit seiner Geburt eine Tetraspastik und lebt seit 1972 im Haus Soonwald. Ab etwa 1996 versuchte Herr Schneider nachts das Bett zu verlassen, was aufgrund seiner körperlichen Einschränkung mit einer Sturzgefahr aus dem Bett einhergeht. Dem Sicherheitsgedanken folgend, wurde Herr Schneider insgesamt über 16 Jahre zunächst mit den damaligen hohen Bettgittern und zu späterer Zeit mit niedrigeren Bettgittern und einem zusätzlichen Bauchgurt fixiert. Das Anlegen des Gurtes zur Nacht wurde mit Gegenwehr von Herrn Schneider beantwortet. Die pflegerische Maßnahme an sich hatte jedoch über viele Jahre „Erfolg“ im Sinne von nicht stattgefundenen Stürzen.

Zu Beginn des Projekts wurde als Entfixierungsmaßnahme ein Niedrigbett für Herrn Schneider angeschafft, um die mögliche Fallhöhe auf etwa 35 cm und damit die Verletzungsgefahr erheblich zu reduzieren. Exakt in der ersten Nacht dieser neuen Maßnahme fiel Herr Schneider so unglücklich aus dem Bett, dass seine Nase gebrochen war. Die Mitarbeiter, die dies erahnten, fühlen sich bestätigt und forderten die Rückkehr zur „alten Methode“.

In dieser frühen Phase des Projekts standen plötzlich alle kleinen, ersten Errungenschaften in Gefahr und die alten Routinen bahnten sich wieder ihren Weg. An diesem Scheideweg war das Führungsverhalten durch die Wohnbereichsleitung und deren Stellvertreterin sehr bedeutend. Einerseits bedurfte es der Führung in Hinblick auf die Ängste und Sorgen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Geschehene. Zudem musste der Glaube daran gestärkt werden, dass der Nasenbeinbruch nicht das Niedrigbett ab absurdum

führt und zugleich die alten Maßnahmen bestätigt, sondern es einer weiteren Ergänzung in Form einer Sturzmatte vor dem Bett bedurfte. Mut und Zuversicht authentisch vorzuleben, pflegefachlich gut zu begründen und zugleich die Ängste zu akzeptieren, war eine große Herausforderung für die Führungskräfte.

Seit dieser Ergänzung des Niedrigbettes um die Sturzmatte konnte Herr Schneider die Freiheit empfinden und leben, selbstbestimmt das Bett in der Nacht zu verlassen, ohne sich dabei zu verletzen.

### Erkenntnisse und Erfolge des Projekts

Aktuell existiert in Haus Soonwald keine einzige freiheitsentziehende Maßnahme. Alle Maßnahmen konnten im Rahmen des Projektes reduziert werden. Vor dem Hintergrund:

- der langen Sicherheits-Tradition im Haus,
- den langen Fixierungserfahrungen der meisten Bewohnerinnen und Bewohner,
- den Routinen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- der damals geringen Ausstattung mit Hilfsmitteln und
- der Stabilität von Haltungen

ist diese Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als sehr großer Erfolg zu bewerten. Alle Ziele des Projekts konnten damit erreicht werden. Neben der Reduzierung bzw. Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen wurden zwangsläufig die Bewegungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner immens vergrößert und deren Selbstbestimmung stärker gewahrt. Dieser Weg konnte dadurch ermöglicht werden, dass neues und evidenzbasiertes Wissen einem traditiertem Denken und Handeln gegenübergestellt werden konnte. Nicht minder wichtig war jedoch, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren Sorgen ernst zu nehmen und durch Führungsverhalten für neue Wege zu motivieren und dabei Sicherheit zu schenken. Das Einbringen von neuem Wissen und einer neuen Haltung in bewohnerbezogene Fallbesprechungen bildete

<sup>13</sup>Auf Initiative des Betreuungsrichters Kirch des Amtsgerichts Garmisch-Partenkirchen wurde im Jahr 2007 der Werdensfelder Weg zur Vermeidung freiheitsentziehender Automatismen begründet. Über den Einsatz von pflegerisch erfahrenen Verfahrenspflegern, seitens des Amtsgerichts, wurde das Ziel verfolgt freiheitsentziehende Maßnahmen zu reduzieren.

die Grundlage für das Team von Haus Soonwald, für jeden einzelnen Menschen einen gemeinsam getragenen Weg zu erarbeiten.

### Fallbeispiel 2

#### „Dem Wunsch zu stürzen wird entsprochen“

Eine Bewohnerin vom Haus Soonwald, nennen wir sie Frau Wüst, fiel häufig aus dem Bett. Es war ihr ausgesprochener Wunsch aus dem Bett zu fallen, den sie auch so artikuliert. Auch aus dem Rollstuhl, den sie tagsüber nutzte, fiel sie häufig. An vielen Stellen des Körpers entwickelten sich Hämatome, Schürf- und Platzwunden. Besuche zur Kontrolle im Krankenhaus waren die Regel. Damals verfügte das Haus Soonwald noch über wenige Hilfsmittel in Hinblick auf die Reduzierung der Sturzgefahren. Dem stimmigen Wunsch Stürzen zu wollen entsprach auch die Betreuerin (Schwester von Frau Wüst), forderte aber „lasst Euch was einfallen“. Seitens der Mitarbeiter wurde versucht, sie verbal vom Wunsch des Sturzes abzubringen und ihr stattdessen andere Beschäftigungsangebote zu unterbreiten, was nur selten gelang. Über die Zeit nahm der Allgemeinzustand sowie die Mobilität ab.

Im Zuge der beschriebenen Veränderungen im Haus Soonwald in Hinblick auf die Reduzierung von FEM wurde auch in mehreren Fallbesprechungen über Frau Wüst gesprochen. Ziel war, ihr das so bedeutende Stürzen nicht nehmen zu wollen, sondern die Sturzfolgen stark zu reduzieren. Es wurde ein Helm, ein Niedrigflurbett und zudem einen zweiteiligen Motorradanzug für Frau Wüst angeschafft. Letzterer diente dazu, dafür zu sorgen, dass Frau Wüst diesen nicht selbst ausziehen konnte und darüber milderten die eingenähten Protektoren die Sturzfolgen. Diese Maßnahme wurde streng überwacht, wären doch Überhitzung oder Druckstellen durch den Anzug denkbar gewesen. Dies konnte sich aber nicht bestätigen. Über diesen etwas nonkonformen Weg ist es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vom Haus

Soonwald gelungen, dem Freiheits- und Bewegungsrecht einer Bewohnerin zu entsprechen und weitere Gesundheitsgefährdungen von ihr abzuwenden.

# LEITFRAGEN FÜR DAS ALTERNATIVGESPRÄCH

Christine Seebohm,  
André Hennig

## Zentrale Fragen

- Was möchte der Bewohner, was möchte die Bewohnerin?
- Welches ist sein oder ihr mutmaßlicher Wille in dieser Sache?

## Risiken müssen konkret und nicht abstrakt sein

- Was wird ganz konkret passieren, wenn die FEM entfernt wird/nicht verwendet wird?
- Was führt zu der Überlegung Freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden?

## Verstehenshypothesen bilden

- In welchen Situationen entsteht das Verhalten?
- Ist die Biografie weitumfänglich bekannt und besprochen?
- Was wissen wir aus der vorherigen Wohngruppe über den Bewohner, über die Bewohnerin?
- Warum handelt/empfindet der Bewohner, die Bewohnerin so?

### Auf der Ebene:

- der Lebensgeschichte
  - dem emotionalen Entwicklungsstand
  - der Lebens-/Arbeitssituation
  - des Systems (Werte, Rollen, Strukturen)
  - der sozialen Grundbedürfnisse (Bindung, Teilhabe, Beschäftigung, Sexualität)
  - der körperlichen Grundbedürfnisse (Schmerzfreiheit, Vitalzeichen, Stuhl, Harn, Sexualität)
- Welche Veränderungen wirkten in den letzten Wochen auf den Bewohner (z.B. Medikation, Infektion, Krankenhausaufenthalt)?

## Suche nach Ausnahmen

- Wann zeigt der Bewohner, die Bewohnerin das Verhalten nicht?
- Welche Bedürfnisse sind dann befriedigt?
- Wie können diese Situation vermehrt oder verlängert werden?

## Die Abwägung oder „und dann passiert etwas“

- Welches sind die Folgen von FEM?
- Was passiert auf der psychischen, sozialen und körperliche Ebene durch die FEM?
- Welchen „Preis bezahlt“ der Bewohner, die Bewohnerin für die geistige oder körperliche Bewegungseinschränkung?

## Alternativen erdenken

- Was braucht der Bewohner bzw. die Bewohnerin?
- Wie können notwendige Persönlichkeitsentwicklungen befördert und „nachbeelert“ werden?
- Wie kann die Lebens- und Arbeitssituation bedürfnisorientierter gestaltet werden?
- Wie kann das den Menschen umgebende System verändert werden?
- Wie können soziale und körperliche Bedürfnisse anders, besser oder intensiver befriedigt werden?
- Mit welchen Fähigkeiten des Bewohners, der Bewohnerin (z. B. kognitive, motorische, soziale, emotionale, soziale Fähigkeiten) lässt sich das Thema positiv beeinflussen?
- Wie sollten wir uns verändern?
- Macht eine neue medizinische oder psychologische Betrachtung Sinn?
- Welche andere fachliche Unterstützung (z.B. Facharzt, Supervision, Fortbildung etc.) kann noch eingebunden werden, um eine FEM zu verhindern?

- Wie können wir weitere biografische Informationen über den Bewohner, über die Bewohnerin erhalten?
- In welcher Form bedarf es einer Einbindung der Angehörigen bzw. der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer im Hinblick auf die Anwendung von Alternativen?
- Was noch, was noch, was noch?

## Weitere Fragen bei Entscheidung für FEM

- Welche Alternativen wurden bisher angewendet, über welchen Zeitraum und wurden diese dokumentiert?
- Welches sind die notwendigen Sicht- und Kontrollzeiten?
- Ist in der Teilhabe – oder Pflegeplanung die handlungsleitende Anwendung und Dauer der FEM aufgenommen?
- Muss ein Antrag beim Amtsgericht zur Verlängerung der eingesetzten FEM gestellt werden?

## AUTOREN DIESER BROSCHÜRE



**Michaela Abresch**  
Gemeinnützige Gesellschaft für  
Behindertenarbeit (GFB)

Beratung Gesundheit und Pflegequalität  
Auf dem Gleichen 10  
57627 Hachenburg

Home: [www.gfb-hachenburg.de](http://www.gfb-hachenburg.de)  
Email: [michaela.abresch@gfb-hachenburg.de](mailto:michaela.abresch@gfb-hachenburg.de)



**Steffi Kleinert**  
Dipl.-Sozialpädagogin, Stellvertretende  
Heimleiterin/Pädagogische Leiterin

Psychiatrische und heilpädagogische  
Heime der Rheinessen-Fachklinik Alzey

Home: [www.rheinessen-fachklinik-alzey.de](http://www.rheinessen-fachklinik-alzey.de)  
Email: [s.kleinert@rfk.landeskrankenhaus.de](mailto:s.kleinert@rfk.landeskrankenhaus.de)



**Gabriele Rochow**  
Pharmazie-Ingenieurin (FH), Dipl. Sozialpädagogin  
(FH), M.A. Sexualpädagogik und Familienplanung,  
Marte Meo Practitioner

Pädagogische Leiterin von 1996 bis 2018 im Be-  
hindertenwohnheim Regenbogenhaus in Magde-  
burg, Ruhestand und freiberufliche Tätigkeit

Email: [garo@posteo.de](mailto:garo@posteo.de)



**Madeleine Viol**  
Dipl. Sozialpädagogin, Gerontologin,  
Kunsttherapeutin, ReduFix Koordinatorin des AGP  
Freiburg – Alter.

Gesellschaft.Partizipation; Institut für angewandte  
Sozialforschung der Ev. Hochschule Freiburg

Home: [www.redufix.de](http://www.redufix.de)  
Email: [viol@redufix.de](mailto:viol@redufix.de)



**Pia Burkhard-Bicking**

Fachkrankenschwester für Psychiatrie  
Pflegerische Bereichsleitung der  
Psychiatrische und heilpädagogische Heime  
Rheinessen Fachklinik Alzey

Home: [www.rheinessen-fachklinik-alzey.de](http://www.rheinessen-fachklinik-alzey.de)  
Email: [p.burkhard-bicking@rfk.landesspital.de](mailto:p.burkhard-bicking@rfk.landesspital.de)



**André Hennig**

Diplom-Pflegewirt (FH), Pädagoge, Coach (FH),  
ReduFix-Multiplikator

Geschäftsführer von inverso. – Weiterbildung,  
Beratung und Coaching im Gesundheitswesen

Home: [inverso-mainz.de](http://inverso-mainz.de)  
Email: [hennig@inverso-mainz.de](mailto:hennig@inverso-mainz.de)



**Julika Hahn**

Integrative Heilpädagogik (B.A.); Klinische Sozial-  
arbeit (M.A.); ehemals Sozialdienst Psychiatrische  
Institutsambulanz Katzenelnbogen

Home: [www.fachklinik-katzenelnbogen.de](http://www.fachklinik-katzenelnbogen.de)  
Email: [info@fachklinik-katzenelnbogen.de](mailto:info@fachklinik-katzenelnbogen.de)



**Christine Seebohm**

Organisations- und Qualitätsentwicklung in  
Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Systemische Beraterin, Pflegemanagement,  
Qualitätsmanagerin und TQM-Auditorin im  
Sozial- und Gesundheitswesen, Fachexamen  
Intensivmedizin und Anästhesie, exam. Gesund-  
heits- und Krankenpflegerin, Fachbuchautorin

Home: [www.seebohm-qs.de](http://www.seebohm-qs.de)  
Email: [seebohm@seebohm-qs.de](mailto:seebohm@seebohm-qs.de)



**Dr. Martin Jochheim**

Psych. Berater (DGfB); Supervisor (DGSv);  
Ausbilder (GwG); Konsulent

Geschäftsführer von bso. beratung in sozialen  
organisationen und des Hessischen Konsulen-  
tendienstes (beides gemeinsam mit Marianne  
Martin)

Home: [bso-hessen.com](http://bso-hessen.com); [konsulenten-hessen.de](http://konsulenten-hessen.de)  
Email: [martin.jochheim@bso-hessen.com](mailto:martin.jochheim@bso-hessen.com)



**Marianne Martin**

Dipl. Sozialarbeiterin, Supervisorin,  
Enneagrammlehrerin

Geschäftsführerin von bso. beratung in sozialen  
organisationen und des Hessischen Konsulen-  
tendienstes (beides gemeinsam mit Dr. Martin  
Jochheim)

Home: [bso-hessen.com](http://bso-hessen.com); [konsulenten-hessen.de](http://konsulenten-hessen.de)  
Email: [marianne.martin@bso-hessen.com](mailto:marianne.martin@bso-hessen.com)



**Prof. Dr. habil. Thomas Klie**

Jurist und Gerontologe, Professor an der  
Evangelischen Hochschule in Freiburg (BrsG.)

Institutsleiter AGP Sozialforschung, nebenberuf-  
lich Rechtsanwalt in Freiburg und Berlin; Projekt-  
leiter ReduFix

Home: [www.redufix.de](http://www.redufix.de)  
E-Mail: [klie@eh-freiburg.de](mailto:klie@eh-freiburg.de)





Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAPHIE

Bauhofstraße 9  
55116 Mainz

[www.msagd.rlp.de](http://www.msagd.rlp.de)