

# transferplus

..... Zwischen Freiheit und Sicherheit:  
Problemfall freiheitseinschränkende Maßnahmen .....



## Inhalt

Prof. Dr. Elke Donath Editorial - Zwischen Freiheit und Sicherheit: Problemfall freiheitseinschränkende Maßnahmen	3
Madeleine Viol ReduFix – ein Projekt zur Reduzierung von Fixierungen und bewegungseinschränkenden Maßnahmen	4
Susanne Karner et al. Sicherheit und Lebensqualität älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung - Das Projekt ReduFix ambulant	6
Karsten Nesittka Forensische Langzeitunterbringung in Norwegen	9
Dr. Heinz Kammeier Rechtliche Aspekte zu Freiheit und Sicherheit	12
Ricarda Wittkamp Entscheidungsfindung im Bereich von Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie	20
Sysett Twrdy Nullfixierung bei schwer demenziell erkrankten Bewohnern – Erfahrungen aus England	25
Adolf Johannes Kalfhues Freiheit trotz Sicherheit? - Einsatz von Informationstechnologie im Altenheim	29
Antonie Haut, Ralph Möhler „Mehr Freiheit wagen“ - Eine evidenzbasierte Leitlinie zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Altenpflege	35
Harald Haynert Freiheit und Sicherheit im Lichte der Ethik	40
Literatur / Allgemeine Hinweise / Impressum	47

## Editorial

### Zwischen Freiheit und Sicherheit: Problemfall freiheitseinschränkende Maßnahmen

Prof. Dr. Elke Donath, Leitung G-plus, Mathias Hochschule Rheine

„Die Freiheit der Person ist unverletzlich“ (Art. 2 II GG). Würde allein dieser Satz aus dem Grundgesetz Geltung finden, wäre die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Gesundheitswesen kein Problemfall, sondern eine Straftat. Um aber Menschen mit selbstgefährdendem Verhalten vor sich selbst und die Gesellschaft vor Menschen mit fremdgefährdendem Verhalten zu schützen, kann Sicherheit z. T. nur durch freiheitseinschränkende Maßnahmen gewährleistet werden. Fachkräfte im Gesundheitswesen sind entsprechend verantwortlich dafür, dem Patienten und der Gesellschaft in einem Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit gerecht zu werden. Doch gibt es Ansätze, um Sicherheit zu gewährleisten und dabei die Freiheit der Patienten vor allem mit psychischen Erkrankungen möglichst wenig einzuschränken? Und was können wir in diesem Zusammenhang aus dem Ausland lernen?

Diese und ähnliche Fragen sind Inhalt der folgenden Fachbeiträge, die sich der Thematik des Freiheitsentzugs im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven nähern: praktisch und theoretisch, juristisch und ethisch, in nationaler und internationaler Ausrichtung. Neben Experten aus Deutschland berichten Praktiker von ihren Erfahrungen rund um das Thema Freiheitseinschränkung, die sie im Rahmen des Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit und des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz in England, Norwegen und den USA gemacht haben. Beide Programme sind von der Robert Bosch Stiftung gefördert und ermöglichen Fachkräften im Gesundheitswesen an ausländischen Einrichtungen zu hospitieren und von den Kollegen im Ausland zu lernen.

Diese Ausgabe von transferplus dokumentiert das Symposium „Zwischen Freiheit und Sicherheit: Problemfall freiheitseinschränkende Maßnahmen“, das im Juni 2010 in Regensburg stattfand. Die Veranstaltung bot Akteuren aus dem Gesundheitswesen ein Diskussionsforum, um Möglichkeiten und Grenzen freiheitseinschränkender Maßnahmen aufzuzeigen und Antworten zu skizzieren, die nicht nur den wissenschaftlichen Diskurs fördern, sondern gezielt auch für die Gestaltung der Versorgungssituation durch Praktiker hilfreich sind.

Wir freuen uns, dass nun auch Sie an der Diskussion teilnehmen und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre – mit neuen Erkenntnissen, aber auch den einen oder anderen gedanklichen Stolperstein, durch den bisher nicht Hinterfragtes vielleicht in neuem Licht erscheint.



# ..... ReduFix – ein Projekt zur Reduzierung von Fixierungen und bewegungseinschränkenden Maßnahmen

..... *Madeleine Viol, Projektkoordinatorin ReduFix Praxis, Evangelische Hochschule Freiburg*

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) gehören zu den schwersten Eingriffen in die Menschen- und Freiheitsrechte und gelten im Umgang mit Sturzgefährdung und auffälligem Verhalten als allgemein umstritten. Das Projekt ReduFix und dessen Nachfolgeprojekt ReduFix Praxis unterstützen die Altenpflege in der Reduzierung von Bewegungseinschränkungen und Fixierungsmaßnahmen.

## 1. Einleitung

Ein wichtiger Aspekt von Würde und Lebensqualität sowie eine bedeutungsvolle Voraussetzung zur Sicherung von Teilhabe ist es, möglichst frei von bewegungseinschränkenden Maßnahmen leben zu können. Derzeit finden sich in Deutschland unterschiedliche Ansätze und wissenschaftliche Zugänge zur Thematik, die darum bemüht sind, fachliche Hinweise zu entwickeln, wie Mobilitätssicherung und -förderung als auch größtmögliche Sicherheit für sturzgefährdete Bewohner und Bewohnerinnen intelligent miteinander verbunden werden können. Der Expertenstandards zur Sturzprophylaxe (DNQP 2006) gehört ebenso dazu wie das Qualitätsniveau I „Mobilität und Sicherheit“ (Schäufele et al. 2007) und die evidenzbasierte Leitlinie zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (Meyer, Köpke 2007).

## 2. Stand des Wissens

FEM werden oft ergriffen, wenn nicht bekannt ist, wie einer drohenden Sturzgefahr, einem Weglaufrisiko oder herausfordernden Verhaltensweisen alternativ zu begegnen ist. Als fachliche Begründung der Fixierungsmaßnahmen steht die Sorge um Stürze und Furcht vor Haftungsfolgen („Aufsichtspflicht“) im Vordergrund (90% der Entscheidungen beruhen auf dieser Argumentationsgrundlage, Klie/Pfundstein 2004). Dabei existiert weltweit keine Studie, die einen positiven Effekt von Fixierungen belegt. Im Gegenteil: Die Sekundärfolgen und Risiken von FEM sind alarmierend (Strangulation, Inkontinenz, Immobilität, etc.) und werden in der täglichen Pflegepraxis nur unzureichend reflektiert. Von den Betroffenen werden Fixierungen als äußerst belastend empfunden.

## 3. Das Projekt ReduFix

Gefördert vom Generationenministerium BMFSFJ wurde von 2004 – 2006 das Modellprojekt ReduFix unter der Leitung des Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart und des Arbeitsschwerpunkts Gerontologie und Pflege an der Ev. Hochschule Freiburg durchgeführt. Die Studie wurde in 45 stationären Altenpflegeeinrichtungen in 3 Bundesländern durchgeführt (Koczy et al. 2005). Durch die Schulung von Mentoren der Einrichtungen sowie die prozessuale Einführung eines Entscheidungsprozesses konnte bei zwei Dritteln der Studienteilnehmern im Untersuchungszeitraum die Fixierungsmaßnahmen beendet oder die Zeit der Fixierung ohne Anstieg von sturzbedingten Verletzungen deutlich reduziert werden. Im Mittelpunkt stand die gemeinsame Suche nach und das Abwägen von Alternativen neben dem Einsatz von technischen Hilfsmitteln (Hüftprotektoren, Niedrigstellbetten, rutschfeste Socken, usw.) und der Umgebungsanpassung (vgl. Projektteam ReduFix 2007). Die Mentoren waren gefordert, das Wissen und die Handlungssicherheit in ihrer Einrichtungen weiter zu geben. Wie man erfolgreich FEM vermeiden und reduzieren kann sollte in der pflegerischen Alltagspraxis verankert werden. Während der Interventionsphase gab es zudem die Möglichkeit der telefonischen Beratung zu medizinischen, rechtlichen und pflegewissenschaftlichen Fragestellungen. Der Weg zu einer dem Einzelfall angemessenen Alternative zur Fixierungsmaßnahme führte über informierte Entscheidungsträger (Pflegekräfte, Heimleiter, Heimaufsicht, Betreuer), im Bereich der Altenhilfe aber auch über aufgeklärte Angehörige und geschulte Ehrenamtliche. Das Ergebnis des Projektes war Anlass, die gewonnenen Kenntnisse einer größeren Öffentlichkeit bekannt zu machen.

## 4. Die Nachfolge – ReduFix Praxis

Im Mittelpunkt des Nachfolgeprojekts ReduFix Praxis ([www.redufix.de](http://www.redufix.de)) steht der Transfer der im Projekt ReduFix gewonnenen Wissensbestände in die bundesweite Praxis und die Erweiterung der Interventionsmöglichkeiten bzw. der technischen Hilfsmittel. Der Praxistransfer wird über die Ansprache der einzelnen Bundesländer koordiniert, die das Projektangebot in unterschiedlicher Weise wahrnehmen und mitunter mit ihren eigenen Initiativen zum Thema FEM harmonisieren. ReduFix Praxis verfügt zudem über ein bundesweites Netzwerk an Multiplikatoren, die das Wissen um Alternativen zu FEM regional weiter tragen. Damit soll gewährleistet werden, dass möglichst viele Fach-, Leitungs- und Hilfskräfte im Rahmen von (Inhouse-) Weiterbildungen in Alten- und Pflegeheimen zur Reduzierung von FEM geschult werden. Die Thematik „Mobilität fördern und Freiheitseinschränkungen vermeiden“ ist dabei stets an der Praxis orientiert und berücksichtigt die individuellen Gegebenheiten. Ziel ist es, durch die Vermeidung von Fixierungen einen Beitrag zur Lebensqualität der Bewohner zu leisten und den „Stand der Künste“ überregional zu verbreiten.



# ..... Sicherheit und Lebensqualität älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung - Das Projekt ReduFix ambulant

..... S. Karner<sup>1</sup>, S. Behrend<sup>2</sup>, B. Borgloh<sup>1</sup>, T. Klie<sup>2</sup>, M. Krämer<sup>2</sup>, B. Schuhmacher<sup>2</sup>, D. Bredthauer<sup>1</sup>

Das Projekt ReduFix ambulant greift eine vernachlässigte Wirklichkeit in der häuslichen Versorgung älterer Menschen auf, nämlich die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen (FeM). Diese Thematik stellt nach wie vor eine weitgehende wissenschaftliche Dunkel- und Tabuzone dar.

## 1. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Häuslichkeit

Dass freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) von professionellen Helfern und pflegenden Angehörigen angewendet werden, basiert zunächst vor allem auf Erfahrungswissen und Annahmen. Kuhlmann und Nägele (2008) beschreiben den Facettenreichtum und die Vielschichtigkeit von Gewaltdelikten in der häuslich-familiären Situation. Sie stellen sowohl in der innerfamiliären, als auch in professionellen Pflegesituationen fest, dass Missachtung von Autonomie und Würde des Pflegebedürftigen sowie Formen der pflegerischen Vernachlässigung überwiegen. Als pflegerische Vernachlässigung nennen sie unter anderem die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, indem Pflegebedürftige eingesperrt oder ihnen unter Zwang sedierende Medikamente gegeben werden (Kuhlmann & Nägele 2008). Die genannten Maßnahmen stellen ohne Frage einen Eingriff in das Grundrecht auf Freiheit dar (BMFSFJ 2010). Insbesondere bei Personen mit demenziellen Erkrankungen, die einen erhöhten Mobilitäts- und Freiheitsbedürfnis haben können sowie zu selbst- und fremdschädigenden Verhaltensweisen neigen, besteht erhöhte Gefahr, dass FeM angewendet werden. Derartige Situationen versetzen Angehörige, aber auch professionelle Helfer in ein großes Dilemma bezüglich der Abwägung von Sicherheitsaspekten und Wahrung persönlicher Freiheitsrechte.

Einerseits möchten ihre Angehörigen sie davor schützen sich selbst zu gefährden, indem sie die beispielsweise die Wohnungstür abschließen, um das Weglaufen aus der eigenen Wohnung auf eine Hauptverkehrsstraße zu verhindern, oder indem sie durch das Anbringen von Bettgittern einen Sturz aus dem Bett vermeiden wollen. Fürsorge bedeutet andererseits auch, dass die grundgesetzlich garantierten Freiheitsrechte eines

Menschen und seine Bewegungsmöglichkeiten sowie das Recht auf Selbstbestimmung nicht eingeschränkt werden dürfen. Die geschilderte Problematik lässt erahnen, welche große Verantwortung hier auf Betroffenen und Entscheidungsträgern lastet.

## 2. Das Projekt ReduFix ambulant

Die Untersuchungen im Rahmen des Projektes ReduFix ambulant zielen darauf ab, Erkenntnisse über die Formen von FeM und deren Rechtfertigung zu gewinnen, aber auch Kenntnisse über Einstellungen und Haltung zum Umgang mit FeM in Erfahrung zu bringen. Intendiert ist neben einer Sensibilisierung im Umgang mit FeM, auch Handlungssicherheit in Bezug auf Rechtsfragen im Kontext von FeM in häuslichen Pflegearrangements und nicht zuletzt die Entwicklung adäquater Lösungsstrategien zur Prävention von FeM.

Das von 2009 bis 2012 laufende Projekt wird finanziert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter - Forschung an Fachhochschulen“. Ein interdisziplinär besetztes Forschungsteam der Fachhochschule Frankfurt/Main und der Evangelischen Hochschule Freiburg forscht und agiert jeweils in den regionalen Gebieten und untersucht die Problematik sowohl im urbanen als auch im ländlichen Raum. Insgesamt soll das Projekt einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit und Lebensqualität mit besonderem Fokus auf das Problemfeld Freiheitseinschränkungen häuslich Versorgter und ihrer Angehörigen leisten.

Die Gewinnung gesicherter Erkenntnisse über FeM in der häuslichen Pflege ist eine Voraussetzung, um dafür geeignete Interventionen zu planen und durchführen zu können. Angedacht sind u. a. Schulungs- und Beratungsmodule für Pflegedienste und pflegende Angehörige. Ein weiteres zentrales Ziel besteht darin, die Bevölkerung für das Thema zu sensibilisieren. Hier sind die Initiierung quartiersbezogener Netzwerke sowie der Anstoß und Ausbau nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Hilfsstrukturen geplant. Neben der Aufarbeitung von Rechtsfragen zur Förderung der Handlungssicherheit aller Beteiligten im Umgang mit FeM werden Möglichkeiten zur Implementierung von technischen Alternativen mit dem Ziel der Prävention von FeM avisiert.

## 3.1. Methodik

Im Rahmen des Projekts kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Neben der Durchführung von systematischen Literaturrecherchen zu unterschiedlichen Themen (z.B. Prävalenz, Risikofaktoren, Rechtsfragen, Technischeinsatz) werden auf regionaler Ebene Interviews mit Experten aus Medizin, Pflege, Angehörigenhilfe, gesetzlicher Betreuung sowie Medizinischem Dienst der Krankenkassen durchgeführt. Eine postalische

*1 FB4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Frankfurt/Main*

*2 Alter Gesellschaft Partizipation (AGP), Institut für angewandte Sozialforschung, Evangelische Hochschule Freiburg*

Befragung der jeweils regionalen Akteure wie Pflegedienste, Berater und gesetzliche Betreuer dient der Erhellung des Forschungsgegenstands aus Sicht der Professionellen. Zudem werden Fallstudien in Haushalten durchgeführt, um Einblicke in die Problematik FeM im Kontext häuslicher Pflege aus Sicht der Betroffenen zu erhalten.

Die aus den Literaturrecherchen sowie der empirischen Forschung gewonnenen Daten sollen Erkenntnisse zu Ausmaß, Erscheinungsformen und Begründungen bzw. Rechtfertigungsmuster des Einsatzes von FeM im häuslichen Bereich liefern.

### 3.2. Status Quo

Erste Ergebnisse aus der systematischen Recherche zeigen, dass die Studienlage zur Prävalenz von FeM, national wie international, sehr spärlich ist. Es gelang im Rahmen dieser systematischen Datenbankrecherche keine umfassende Studie zu finden, die explizit Prävalenz von FeM in häuslichen Pflegearrangements untersucht. Um dennoch einen vagen Anhaltspunkt über das Ausmaß von FeM zu bekommen, wurden Studien identifiziert und ausgewertet, die Items zu FeM enthielten. Auf Basis dieser Extraktion lassen sich Hinweise ableiten, dass die Anwendung von FeM, insbesondere die Gabe von sedierenden Medikamenten zur Unterdrückung des Bewegungsdrangs, häufig zum Einsatz kommt. Zum derzeitigen Stand werden weitere aus den Untersuchungen gewonnene Daten ausgewertet, so dass mit umfassenden Ergebnissen zum Abschluss der Projektlaufzeit im Frühsommer 2012 gerechnet werden kann.



## Forensische Langzeitunterbringung in Norwegen

..... *Karsten Nesittka, Fachkrankenpfleger, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt*

Wie gestaltet sich in Norwegen die Langzeitunterbringungen und welche Rolle hat die Pflege in der Sicherheitspsychiatrie? – Diese Fragen standen im Mittelpunkt einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Hospitation in Norwegen.

### 1. Einleitung

In meiner Einrichtung, dem Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), sind persönlichkeitsgestörte männliche Patienten nach § 63 StGB untergebracht. Neben Delinquenz sind die Probleme der Patienten in den meisten Fällen schwere seelische Abartigkeit, Therapieresistenz, Therapiedemotivation, Therapieintoleranz und Gemeinschaftsunfähigkeit. Im Vordergrund steht daher in erster Linie die Sicherung der Patienten, die die zentrale Problematik der Einzelnen weder verändert, noch verbessert. Der pflegerische Auftrag besteht darin, den untergebrachten Patienten eine ihrer Situation entsprechende bestmögliche Pflege zukommen zu lassen und die Unterbringung lebenswerter zu gestalten, indem der Patient ein höchstes Maß an Selbstbestimmung in der Unterbringung erlebt. Der Fokus des Pflege- und Erziehungsdienstes liegt somit darin, bisher unentdeckte Ressourcen zu unterstützen und die Nutzung vorhandener und erlernter sozialer Kompetenzen zu reaktivieren und zu fördern.

Durch die Einführung von Need Assessments (Pflegebedarfserhebung) in die pflegerische Arbeit soll vermehrt die Frage fokussiert werden, was ein psychisch kranker Straftäter braucht, der einen Großteil seines weiteren Lebens in der geschlossenen Einrichtungen verbringen wird. Durch rechtliche Zwänge und der zusätzlich erhöhten Freiheitseinschränkung der Patienten durch die Bürgerinitiative "Sicherheit vor Therapie" sieht sich die Pflege verstärkt mit der Frage konfrontiert, wie das Leben der Patienten in der Gefangenschaft ohne Therapieerfolg und Aussicht auf ein Leben in Freiheit lebenswerter gestaltet werden kann. Diese Fragen standen im Zentrum einer Hospitation in Norwegen, bei der ich eine ganz andere Form der Langzeitunterbringung kennenlernen durfte.

## 2. Langzeitunterbringung in Norwegen

Die Gruppe der Menschen, die in Norwegen einer Langzeitunterbringung (mindestens 6 Jahre) bedürfen, ist klein. Dies beruht insbesondere darauf, dass Menschen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung eine Straftat begehen, nur dann in der „Sikkerhetspsykiatri“ (Sicherheitspsychiatrie) untergebracht werden, wenn eine zusätzliche Differenzialdiagnose besteht, wie z. B. Suchtproblematiken, Schizophrenie, Psychosen. Andernfalls werden sie als Straftäter im Gefängnis versorgt. Dem gegenüber stehen Patienten mit klinischen Erkrankungen (Psychosen, Schizophrenien, Depressionen), die wiederum meist erfolgreich mit Medikamenten therapiert werden können und daher keine Langzeitunterbringung benötigen. Trotz der kleinen Gruppe an Patienten in der Langzeitunterbringung wird das, was wir Need Assessment nennen, nämlich die Fokussierung auf die Bedürfnisse der verurteilten Menschen, in der besuchten Einrichtung in Norwegen von Anfang an praktiziert.

In Norwegen geht man davon aus, dass Patienten nicht gesund werden können, wenn sie nur eingesperrt sind. Es gilt daher grundsätzlich, dass der psychisch kranke Mensch schnellstmöglich „in die Natur“ und in das soziale Gefüge zurück muss. Diese Maxime spiegelt sich auch bei den wenigen Patienten in der Langzeitunterbringung wider: Es wird sehr darauf geachtet, dass sie sich im Rahmen der norwegischen Sicherheitsmöglichkeiten (mindestens 2:1 Begleitung) im Freien beschäftigen. Sie gehen Arbeitstherapien nach oder halten sich einfach nur in der freien Natur auf. Ein Therapieangebot besteht beispielsweise darin, mit den Patienten bei jedem Wetter in den Fjord zu fahren, um zu angeln oder einfach einen Tag am Bootssteg zu verbringen, Boote zu reparieren und den Steg sauber zu halten. Auch der Garten und das Gelände rund um das Haus werden von den Patienten in Stand gehalten. Es geht um Harmonie und Entspannung, sowohl physisch als auch psychisch. Eine klare Struktur gibt der Tagesablauf vor, einschließlich Fernsehzeiten und Nachtruhe.

## 3. Pflege in der „Sikkerhetspsykiatri“

Der Team-Pool auf der Langzeitstation, auf der 5 Patienten untergebracht sind, umfasst 50 Mitarbeiter. Durch diesen hohen Personalschlüssel kann eine stete Präsenz der Pflegenden auf der Station gewährleistet werden. Diese Präsenz ist ein wichtiger Bestandteil der dortigen Sicherheit: Patienten werden im Prinzip immer begleitet, so dass eine Sicherheit auf der Station gewährleistet wird, die die mechanischen Sicherheitsvorkehrungen ersetzt. Lediglich der Freigang für Patienten, die noch nicht nach draußen begleitet werden dürfen, ist eingezäunt. Ausgänge werden grundsätzlich in einer 2:1-Begleitung durchgeführt, auch einfache Begleitungen innerhalb der Haussicherung. Neben pflegerischen und administrativen Aufgaben motivieren die Pflegenden die Patienten zu Aktivitäten, wie z. B. Kartenspiele, Schach, Backgammon, Wanderun-

gen, Sportangebote und unterstützen sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Körperhygiene und Putzen.

Der Stationsablauf ist sehr gut organisiert, so dass Informationen um und über den Patienten nicht verloren gehen können und zudem ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit herrscht. In den Bezugspflegegruppen werden einmal pro Woche die Entwicklung des Patienten besprochen sowie weitere Maßnahmen geplant. Die Tagesdokumentation wird täglich durchgeführt, neben den wöchentlichen Treffen der Pflegegruppen findet vierteljährlich eine Behandlungsteambesprechung statt. Durch diese Besprechungen soll zum einen der Informationsfluß sichergestellt und zum anderen das Handeln reflektiert werden.

## 4. Fazit

Der deutlichste Unterschied im Umgang mit Patienten in Langzeiteinrichtungen besteht im norwegischen Grundverständnis: Ein psychisch kranker Mensch gehört nicht eingesperrt. Diese Auffassung spiegelt sich auch im Personalschlüssel wider, der sich extrem von deutschen Verhältnissen unterscheidet. Sicherheit wird durch das Personal gewährleistet und nicht, wie bei uns, vor allem durch bauliche Maßnahmen. Dadurch erhält auch die Arbeit der Pflegenden mehr Sinn: Sie fungieren nicht als „Schließer“, sondern arbeiten auf die Resozialisierung der Patienten hin. Sie erarbeiten gemeinsam mit den Patienten lebenspraktische Fähigkeiten und Problemlösungsstrategien, so dass diese darauf vorbereitet werden, sich in einer Welt zurecht zu finden, in der Recht und Ordnung herrscht.

In Norwegen haben die Patienten auf ihrem Zimmer keinen Fernseher – ein Umstand, der in Deutschland als Minderung der Lebensqualität interpretiert werden würde. Die Norweger aber schaffen es durch eben diese Maßnahme, den Patienten in das Tagesgeschehen zu integrieren und in die Gemeinschaft einzubinden.

Kritisch sehe ich jedoch durchaus, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen hauptsächlich in den Justizvollzugsanstalten untergebracht sind und nach Verbüßen ihrer Haftstrafe entlassen werden. In Deutschland bildet diese Patientengruppe den höchsten Anteil an Langzeitpatienten.

Dennoch: Die Einblicke, die mir in die norwegische Sicherheitspsychiatrie gewährt wurden, haben mich sehr beeindruckt und sowohl fachlich wie persönlich stark bereichert. Es ist offensichtlich, dass man wesentlich mehr mit den Patienten machen kann, als wir es bisher hier in Deutschland tun. Umso mehr freut es mich, dass noch in 2010 zwei Mitarbeiter der norwegischen Gasteinrichtung nach Deutschland kommen, um sich mit den Kollegen hier über die Möglichkeiten und Potentiale in der Sicherheitspsychiatrie auszutauschen.



# ..... Rechtliche Aspekte zu Freiheit und Sicherheit

..... Dr. jur. Heinz Kammeier, Lehrbeauftragter für Recht im Gesundheitswesen an der Universität Witten/Herdecke

Wenn dieser Block des Themenheftes auf das Thema Maßregelvollzug fokussiert ist, richtet sich der Blick möglicherweise sehr schnell auf die dort untergebrachten Patienten. Sie gelten als gefährlich. Und manchmal realisiert sich ihre Gefährlichkeit auch in einer neuerlichen und schrecklichen rechtswidrigen Tat. In einem solchen Fall, so könnte man in Anlehnung an das Unterthema des Themenheftes „Problemfall freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ folgern, wird das Opfer für ein punktuelles Versagen des Maßregelvollzugs verantwortlich gemacht. Den Schutz – in Gestalt der Sicherheit der Allgemeinheit –, den der Maßregelvollzug mit seiner Ausrichtung auf die Besserung und die Sicherung der ihm zugewiesenen gefährlichen Personen erfüllen soll, konnte er dann nicht gewährleisten.

Ich möchte bei dieser Ausgangslage nun nicht zu kriminologischen Darstellungen von Zwischenfällen während des Vollzugs und zu Rückfällen nach der Entlassung Stellung nehmen. Ebenso wenig will ich mit Ihnen in Überlegungen zur praktischen Verbesserung der Sicherheitslage im Maßregelvollzug eintreten.

Mein Nachdenken richtet sich vielmehr auf die Gefährdungen, denen die Gesellschaft und jedes einzelne ihrer Mitglieder alltäglich und allerorten ausgesetzt ist, – nicht nur durch die Einrichtungen des Maßregelvollzugs, aber diese schon mit eingeschlossen. Und es führt zur Beschäftigung mit der Frage, ob und welche und gegebenenfalls wie weit gehende Ansprüche der Einzelne zum Schutz vor diesen Gefährdungen von Rechts wegen geltend machen und durchsetzen kann. Dabei wird der Spannungsbogen zwischen Freiheit und Sicherheit durchschritten.

## 1. Die Gewalt und der Staat

Auch wer nicht Kriminologe oder Jurist ist, weiß mehr oder weniger deutlich, dass wir als Bürger in unserer aktuell geltenden Rechtsordnung und in den Grenzen unseres Landes vergleichsweise moderat mit offen aggressiver Gewalt konfrontiert sind. Wir leben in Sicherheit. Und so haben wir kaum Veranlassung, über private Maßnahmen zu einem stärkeren Selbstschutz mit Waffen oder auf andere Weise nachzudenken. Zudem begrenzen die Normen des Zivil- und des Strafrechts die legalen Möglichkeiten der Bürger zur unmittelbaren und selbst durchführbaren Gefahrenabwehr.

Die Einschränkung der privaten Gefahrenabwehr ist das Ergebnis einer historischen Entwicklung. Hierfür stehen zwei Begriffe, die ich an dieser Stelle nur kurz nennen kann: Staats-Vertrags-Theorie und Staatliches Gewaltmonopol.

Es ist eine der Aufgaben des modernen Staates, die Sicherheit seiner Bürger zu gewährleisten. Aufgrund der Erfahrungen in der Zeit des Nationalsozialismus wurden in der bundesdeutschen Verfassung, dem Grundgesetz des Jahres 1949, die Grundrechte zunächst als Abwehrrechte gegen den Staat konzipiert. Sie begrenzen die Zugriffsmacht des Staates auf den einzelnen und gewähren diesem entsprechende materielle und formelle Abwehrrechte. Sie gewährleisten Freiheitsrechte. Grundrechtliche Schutzbereiche, grundrechtsgleiche Rechte und effektiver Rechtsschutz sind darüber hinaus zu Gewährsträgern bürgerlicher Freiheitsrechte geworden.

Jedoch zeigte sich sehr bald in der noch jungen Bundesrepublik, dass freiheitseinschränkende und -bedrohende Gefährdungen nicht nur vom Staat ausgingen. Auch wirtschaftlich mächtige Dritte, die diese ihre Macht – auf der Grundlage des geltenden einfachen Rechts – mit entsprechendem Nachdruck ausübten, konnten unter anderem zur Bedrohung von Handlungsfreiheit, Koalitionsfreiheit oder der wirtschaftlichen Existenz einzelner oder ganzer Gruppen führen. Angesichts dieser Gefahren war der Schutz der Bürger vor den Bedrohungen Dritter durch den Staat gefordert. Auch diesen Schutz hat der Staat gegenüber seinen Bürgern durchzusetzen<sup>1</sup>.

Unproblematisch erscheint in diesem Zusammenhang jedenfalls auf den ersten Blick die auch heute noch aus der Übertragung des Gewaltmonopols auf den Staat resultierende Verpflichtung, seine Bürger vor einer Gewaltausübung durch Dritte zu schützen, also vor dem Risiko, Opfer eines kriminellen Angriffs, zu werden. Nicht nur das Bundesverfassungsgericht, sondern auch andere<sup>2</sup> finden die verfassungsrechtliche Grundlage hierzu in der durch Art. 1 I 2 GG ausgedrückten „Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“, die Menschenwürde zu achten und zu schützen. Nur, lässt sich auf dieser doch recht schmalen verfassungsrechtlichen Basis auch eine „Staatsaufgabe Sicherheit“ konstruieren? Die Meinungen hierzu gehen auseinander<sup>3</sup>. Doch bevor ich auf diese zentrale Frage eingehe, gilt es den Blick etwas differenzierter auf einige andere Aspekte der staatlichen Schutzpflicht zu richten.

## 2. Die grundrechtliche Pflicht, Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit zu schützen (Art. 2 II GG)

In einigen ausgewählten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts soll im Folgenden kurz skizziert werden, wie und in welcher Weise die Pflicht des Staates, seine Bürger zu schützen, vom Grundgesetz her begründet wird.

Mitte der 70er Jahre hatte der Deutsche Bundestag ein Gesetz zur Neuregelung des Rechts zum Abbruch einer Schwangerschaft beschlossen<sup>4</sup>, das unter Verzicht auf die Strafbarkeit eines Abbruchs die sogenannte Fristenlösung vorsah. Dieses hatte das

Bundesverfassungsgericht zu prüfen und dabei festzustellen, ob der nasciturus vom Staat – auch gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter – zu schützen sei. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts lautete klar und eindeutig: „Die Schutzpflicht des Staates ist umfassend. ... [Sie] muß um so ernster genommen werden, je höher der Rang des in Frage stehenden Rechtsgutes innerhalb der Wertordnung des Grundgesetzes anzusetzen ist.“<sup>5</sup>

Zwei Jahre später, nach der Entführung des Arbeitgeberpräsidenten Hanns-Martin Schleyer, musste das Bundesverfassungsgericht erneut zur Frage der Schutzpflicht des Staates für bedrohtes Leben Stellung nehmen. Diese Entscheidung fiel ebenso präzise aus: „Art. 2 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG verpflichtet den Staat, jedes menschliche Leben zu schützen. Diese Schutzpflicht ist umfassend. Sie gebietet dem Staat, sich schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen; das heißt vor allem, es auch vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren.“<sup>6</sup>

Und noch in der vor wenigen Jahren ergangenen Entscheidung zum Luftsicherheitsgesetz<sup>7</sup> betonte das Bundesverfassungsgericht unter Bezug auf die vorgenannten Entscheidungen die Pflicht des Staates und seiner Organe zum Schutz jedes einzelnen. Diese Schutzpflicht gilt nicht nur in Bezug auf die biologisch-physische Existenz des Menschen und seiner körperlichen Integrität. Vielmehr gewährleistet Art. 2 II 1 GG das Recht auf Leben zugleich und konkretisierend als Freiheitsrecht<sup>8</sup>. Im diesem Sinne dürfte auch eine Entscheidung des EuGH<sup>9</sup> zu verstehen sein, nach der Art. 5 I 1 EMRK dem Staat eine positive Pflicht auferlegt, die Freiheit seiner Bürger zu schützen.

Diese vom Bundesverfassungsgericht in seiner Rechtsprechung entwickelte Konzeption einer grundgesetzlich begründeten staatlichen Schutzpflicht stößt in breiten Kreisen der Rechtswissenschaft auf weitgehende Zustimmung. Einige Aspekte hierzu können nur angedeutet werden. So soll bereits die „öffentliche Ordnung als Bestand von sozialen Regelkreisen“<sup>10</sup> ein Gegenstand staatlicher Gewährleistung sein. Staatliche Gewährleistungspflichten gelten darüber hinaus auch dem Schutz von Individualrechtsgütern<sup>11</sup>. Und soweit auf eine „objektive Wertordnung der Grundrechte“ bzw. auf „objektive Wertentscheidungen der Verfassung“<sup>12</sup> Bezug genommen wird, ist schließlich von der „Staatsaufgabe Sicherheit“<sup>13</sup> bzw. von „der öffentlichen Sicherheit, die zum grundsätzlichen Kern der originären Staatsaufgaben gehört“<sup>14</sup>, die Rede. In diesem Sinne soll der Staat seinen Bürgern vor allem auch Schutz vor Kriminalität und Gewalt schulden, denn die Sicherheit der Bevölkerung habe Verfassungswert<sup>15</sup>. Freiheit kann nur in geschützter Sicherheit wahrgenommen und gelebt werden!

Diese Schutzpflicht des Staates gilt aber nicht nur der Abwehr von Gefahren, die von Personen oder Institutionen ausgehen. Von ihr umfasst werden auch Gefährdungen aufgrund von Naturkatastrophen und risikobehafteter Techniken mit ihren möglicherweise schädigenden Folgen.

Die Furchtsamkeit eines Einzelnen oder bestimmter Gruppen von Bürgern ist rechtlich nicht relevant und kaum geeignet, die Höhe einer Gefahrenschwelle oder eines Risiko-

Pegelstandes zu bestimmen, Eingriffsmaßstäbe zu setzen und bindende Handlungspflichten des Staates auszulösen<sup>16</sup>. Vielmehr sind das Risiko und ihm entsprechend der Schutzbedarf aus der Perspektive der gefährdeten oder bedrohten Rechtsgüter zu ermitteln und zu bestimmen<sup>17</sup>.

Die hier in der Perspektive des Rechts in der Funktion als Tatbestandsmerkmal geforderten Wahrscheinlichkeitsberechnungen können wohl nur in seltenen Fällen im Vorhinein auf ihre Validität hin durch Experiment empirisch überprüft werden. Von daher muss sich die Bestimmung von Rechtsfolgen an Tatbestandsmerkmalen orientieren und auf sie verlassen, die letztlich auf Prognosen beruhen. Dies gilt erst recht für die Vorhersage menschlichen Verhaltens. Und ohne Prognosen wären im Bereich des Kriminalrechts<sup>18</sup> eine Vielzahl von Entscheidungen überhaupt nicht rechtlich verantwortlich zu treffen. Nach allgemein polizeirechtlichen Grundsätzen gilt die Schutzpflicht des Staates im Sinne der Gefahrenabwehr klassischerweise den Gefahrenquellen bzw. den Verursachern von Gefährdungen. In der Sprache des Polizeirechts: den bekannten oder zumindest potentiell erkennbaren Störern der Rechtsordnung<sup>19</sup>. Indem der Bürger angesichts von Gefährdungen auf Selbstschutz und Eigenmacht<sup>20</sup> verzichtet bzw. verzichten muss, erwächst dem Staat hier die Pflicht zum polizeilichen Einschreiten und zur Justizgewährleistung.

Grundsätzlich ist die Polizei zwar auf den Erhalt des „status quo“<sup>21</sup> beschränkt. Doch in Situationen, in denen insoweit begrenzt durchzuführende Maßnahmen zum Schutz gefährdeter Rechtsgüter, insbesondere wenn das Leben anderer Personen ausgelöscht zu werden droht, nicht ausreichen, darf der Staat in Ausübung seiner Schutzpflicht auch mit Waffengewalt unmittelbar auf Personen einwirken, bis hin zum so genannten finalen Rettungsschuss.

Allerdings bleibt angesichts von unter Umständen lange vorlaufenden und sich verdeckt anbahnenden Bedrohungssituationen zu fragen, ob die Schutz- und damit die Handlungspflicht des Staates erst dann eintritt, wenn die Störer offensichtlich erkannt sind und das Dunkelfeld von Vorbereitungshandlungen verlassen haben. Damit ist die Frage nach der Schutzpflicht oder der bloßen Zulässigkeit von Maßnahmen im Rahmen polizeilicher Prävention, insbesondere von Kriminalprävention, gegenüber Nicht- bzw. Noch-Nicht-Störern gestellt.

Zunächst waren es die Großtechnologien, die hinsichtlich zu befürchtender Gefährdungen Anlass gaben, über Schutzpflichten des Staates in einem weiten Bereich vor möglicherweise sich realisierenden Gefahren nachzudenken. Im weiteren Verlauf der kriminalpolitischen und gesetzgeberischen Diskussion traten dann Themen wie Organisierte Kriminalität, offensichtlich zunehmende Körperverletzungs- und Gewaltdelikt im öffentlichen Raum und die Gefahr terroristischer Anschläge in den Vordergrund. Hier schien es sinnvoll und aus der Natur der Sache heraus sogar unverzichtbar, durch präventive Maßnahmen der Schutzpflicht nachzukommen. Massenweise wurden Videokameras zur Überwachung von Personenverhalten im öffentlichen Bereich aufgebaut. Die

Möglichkeit der verdeckten Telefonüberwachung von Wohnräumen durch Polizei und Geheimdienste, der so genannte „Große Lausangriff“, wurde gesetzlich zugelassen. Durch das heimliche Abhören von privaten Telefonaten bei Nicht-Störern<sup>22</sup> oder von Selbstgesprächen im Krankenzimmer<sup>23</sup> wurde dann jedoch nach Auffassung von BVerfG und BGH der unantastbare Kernbereich privater Lebensgestaltung verletzt. Die Grenzen legitimen staatlichen Handelns aufgrund seiner Schutzpflicht waren mehr als deutlich erreicht. Nicht einmal überwiegende Interessen der Allgemeinheit können einen solchen Eingriff rechtfertigen. Weit überschritten<sup>24</sup> wurden diese Grenzen schließlich durch eine Auslegung der staatlichen Schutzverpflichtung, die die Tötung von unschuldigen Menschen, um des mutmaßlichen Schutzes anderer Menschen willen, im Luftsicherheitsgesetz vorsah.

Die freiheitsentziehenden Maßregeln mit ihrem die Öffentlichkeit schützenden Eingriff „auf Verdacht“ lassen sich noch dadurch legitimieren, dass die hiervon betroffenen Personen bereits als Verletzer erheblicher Rechtsgüter in Erscheinung getreten waren und Wiederholungsgefahr zu befürchten ist. Aber die anderen angesprochenen staatlichen Eingriffsmöglichkeiten erweisen sich als die „konsequenten Früchte eines Sicherheitsdenkens im Präventionsstaat“<sup>25</sup>, deren Stacheln den Genuss dieser „Früchte“ deutlich trüben und den beabsichtigten Zugewinn an Freiheit deutlich in Frage stellen. In Teilen des Luftsicherheitsgesetzes fallen sie durch ihre tiefe Verachtung der Menschenwürde als faules Obst zu Boden.

### 3. Schutzmaßnahmen als Eingriffe in Rechte Dritter

Indem der Staat anstelle des Bürgers die Gewährleistung für dessen Schutz und Sicherheit und Freiheit wahrnimmt, wird die ursprünglich unmittelbare Angriffs-Abwehr-Situation in ein Dreieck der Rechtsbeziehungen<sup>26</sup> überführt. Der Staat tritt als handelnder Part zwischen den in seinen Grund- und Freiheitsrechten gefährdeten Bürger und den Störer und weist letzteren in seine Schranken. Die Wahrnehmung der staatlichen Schutzpflicht zeigt dabei ihren Janus-Kopf-Charakter: Sie gewährleistet die Grundrechte, und sie begrenzt sie zugleich<sup>27</sup>. Insofern bringen die Schutzmaßnahmen des Staates fast immer auch Eingriffe in die ebenfalls grundrechtlich geschützten Rechtsgüter von Dritten mit sich. Von daher stellen die Grundrechte anderer die äußerste Grenze<sup>28</sup> zulässiger Schutzmaßnahmen dar. „Die grundrechtlichen Schutzpflichten sind nicht auf totale Sicherheit angelegt.“<sup>29</sup> Es wird zwangsläufig immer ein Restrisiko übrigbleiben. Ohne Risiko keine Freiheit!

Staatliches Handeln geschieht auf vielen Ebenen, wird durch zahlreiche Organe und Institutionen vollzogen. Um angesichts dieser Vielfalt und der sich hieraus ergebenden staatlichen Handlungsvollzüge den Grundrechtsschutz sowohl der Störer und Rechts-

brecher als erst recht der von Eingriffsmaßnahmen betroffenen Nicht-Störer zu sichern, enthalten bereits zahlreiche Normen des Grundgesetzes selbst die Bestimmung, dass in diese Rechte nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden darf. Es besteht insoweit ein Gesetzesvorbehalt. Danach ist es also Sache des demokratisch legitimierten Gesetzgebers<sup>30</sup>, die Beschränkung von Grundrechten und die Zulässigkeit von Eingriffen festzulegen. Er hat Art und Umfang des Schutzes zu bestimmen. Dies darf nicht der Verwaltung oder anderen staatlichen Organen<sup>31</sup>, auch nicht der Judikative<sup>32</sup>, überlassen bleiben.

Doch auch soweit das Grundgesetz und die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung Eingriffe in Grundrechte zulassen, darf nach Art. 19 II GG kein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden. Und da zahlreiche Grundrechte ihre Schutzwirkung erst in besonderer Weise durch die mit ihnen verbundene Menschenwürde des Art. 1 I 1 GG entfalten, ist hier äußerste Behutsamkeit bei der Zulassung von Eingriffen geboten. Niemand darf zum bloßen Objekt staatlichen Handelns<sup>33</sup> herabgewürdigt werden, auch dann nicht, wenn im Extremfall sein Tod möglicherweise zahlreiche andere Menschenleben retten könnte.

Die Dialektik von Freiheit und Sicherheit bringt es mit sich, dass jede nur auf Kosten der anderen<sup>34</sup> zu haben ist. Die Herstellung von Sicherheit und die Wahrung von Freiheit ergänzen sich nicht nur, sie stehen auch in einem notwendigen und insofern unauflösbaren Widerspruch<sup>35</sup> zueinander.

### 4. Zur Ausgestaltung der staatlichen Schutzpflicht

Der durch Wahlen demokratisch legitimierte Gesetzgeber hat die Aufgabe, den Willen der Bürger zu gestalten. Dies schließt die Pflicht ein, ihre Lebensverhältnisse und die möglichen Gefährdungen ihrer Grundrechte zu beobachten, um erforderlichenfalls Schutzmaßnahmen durch Gesetzgebung und praktisches Verwaltungshandeln treffen zu können, die Freiheit sichern. Hierbei ist dem Gesetzgeber eine Einschätzungsprärogative und ein Prognosespielraum<sup>36</sup> zuzubilligen. Er verfügt also über einen weiten – politisch z.B. durch Wahlen beeinflussbaren – Gestaltungsspielraum<sup>37</sup>, der grundsätzlich unbestimmt ist.

So stehen dem schützenden Staat eine Vielzahl von Handlungsoptionen offen. Sie reichen von präventiven, gewährenden, fördernden und leistenden Maßnahmen über Erlaubnisvorbehalte und Kontrollen bis hin zum Einsatz des Strafrechts als „ultima ratio“ der Repression<sup>38</sup>.

Die Wahrnehmung des Schutzes von Grundrechten kommt kaum ohne Eingriffe in Rechte und Freiheiten aus. Deshalb hat der Gesetzgeber in solchen Kollisionsfällen<sup>39</sup> eine Güterabwägung vorzunehmen. Er, wie auch nachgeordnet die Verwaltung, haben hierbei Ermessensentscheidungen<sup>40</sup> zu treffen. Hierbei sind Gesetzgeber und Verwaltung an die Beachtung des mit Verfassungsrang<sup>41</sup> ausgestatteten Verhältnismäßigkeits-

grundsatzes gebunden. Danach haben sich die in Erfüllung der staatlichen Schutzpflicht durchgeführten Eingriffe und Maßnahmen an den Maßstäben der Geeignetheit, der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne zu orientieren. Im Ergebnis kommt es schließlich darauf an, dass die staatlichen Regelungen, Vorkehrungen und Schutzmaßnahmen in ihrer Gesamtheit den angestrebten Erfolg effektiv<sup>42</sup> erreichen. Verfassungsrechtlich verboten ist dabei ein übermäßiger Eingriff in die Grundrechte Dritter.

## 5. Objektive Schutzpflicht – subjektiver Schutzanspruch?

Nach dem bisher Gesagten dürfte klar sein, dass dem Staat eine in den Grundrechten verankerte Pflicht zum Schutz seiner Bürger vor von Dritten ausgehenden Gefahren obliegt. In so weit hat er ihre Sicherheit zu gewährleisten. Nur reicht diese Feststellung manchem besorgten Bürger nicht aus, sich beruhigt im Sessel zurückzulehnen und sich wirklich im Vertrauen auf den ihn umsorgenden Staat sicher fühlen zu können. Und so fragt er sich angesichts seiner bleibenden Furcht davor, das Opfer eines kriminellen Angriffs zu werden, ob er nicht möglicherweise ganz konkret bestimmbare Handlungen des Staates zur Gewährleistung seiner Sicherheit verlangen kann.

Bezogen auf den Bereich des Maßregelvollzugs können sich solche Fragen und Forderungen zum Beispiel darauf richten, keine Maßregelvollzugsklinik im eigenen unmittelbaren Wohnumfeld dulden<sup>43</sup> zu müssen, keinem Patienten in einem bestimmten Radius um die Klinik herum Ausgang ohne Aufsicht zu gewähren, oder Ausführungen nicht unter einer bestimmten Quote an Begleitpersonal<sup>44</sup> zu gestatten.

Überlegungen hinsichtlich eines möglichen subjektiven Rechtsanspruchs auf ganz bestimmte Schutzmaßnahmen haben von dem objektiv-rechtlichen Charakter der Grundrechte und der aus ihnen abzuleitenden Schutzpflicht auszugehen. Sie bedürfen, da sie immer zugleich in Grundrechte Dritter eingreifen, der Konkretisierung durch das Gesetz. Einer in dieser Weise – letztlich durch Ermessensausübung – zu konkretisierenden Schutzpflicht können grundsätzlich keine subjektiven Schutzrechte oder -ansprüche korrespondieren!

Dennoch lässt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Einklagbarkeit bestimmter Leistungen zur Gefahrenabwehr zu. Zu einem echten konkretisierbaren subjektiven Rechtsanspruch<sup>45</sup> verdichtet sich die staatliche Schutzpflicht damit dennoch nicht.

## 6. Fazit

Der Anspruch auf Schutz und Sicherheit vor gefährlichen Mitmenschen, den die Verfassung dem Bürger gewährt, beschränkt sich grundsätzlich auf die Einhaltung

und Sicherung von Mindeststandards<sup>46</sup>. Eine Risikovorsorge unterhalb einer rational bestimmbaren Gefahrenschwelle ist verfassungsrechtlich nicht geboten<sup>47</sup>. Wie das Grundgesetz keine unbegrenzte Freiheit garantiert, so ist ihm ebenso wenig ein Anspruch auf absolute Sicherheit zu entnehmen. Freiheit und Sicherheit sind miteinander abwägungsbedürftig<sup>48</sup>. Die grundgesetzliche Entscheidung lautet auf ein gewisses Maß an Risiko und gegen einen Sicherheitsstaat. Sozialadäquate Risiken sind dem Bürger, der in einem sozialen Gemeinwesen und nicht einsam und allein auf einer Insel lebt, zumutbar und müssen von ihm hingenommen werden<sup>49</sup>.

Die Angaben zu den Fußnoten sind bei den Literaturhinweisen zu diesem Themenheft unter [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org) aufgeführt.



# ..... Entscheidungsfindung im Bereich von Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie

..... Ricarda Wittkamp, MScN, St. Alexius-/ St. Josef-Krankenhaus, Neuss

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist im psychiatrischen Klinikalltag nicht immer vermeidbar. Umso wichtiger ist es daher, dass Entscheidungsträger gut auf die schwierige Situation vorbereitet sind, um das Maß von angewendetem Zwang so gering wie möglich zu halten. Im Neusser St. Alexius-/ St. Josef-Krankenhaus erarbeitet eine Arbeitsgruppe derzeit eine „Klinikinterne Leitlinie zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen“.

## 1. Einleitung

Freiheit wird in der Regel verstanden als die Möglichkeit, ohne Zwang zwischen verschiedenen Alternativen auswählen und entscheiden zu können und benennt allgemein einen Zustand der Autonomie eines handelnden Subjekts. Im Gegensatz dazu steht der Zwang, die nachdrückliche Beeinflussung der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit durch verschiedene Einflüsse.

Soziologie und Psychologie lassen von gesellschaftlicher wie individueller Seite keinen Zweifel daran aufkommen, dass die Ausübung von Zwang im menschlichen Zusammenleben kaum oder gar nicht vermeidbar ist. Da im stationären psychiatrischen Krankenhausalltag viele Menschen auf engstem Raum zusammen kommen und einige psychische Störungen mit Impulsivität, Kontrollverlust, Fremd- und/oder Eigenaggression einhergehen, liegt es nahe, dass auch hier Zwang in unterschiedlichster Form ausgeübt wird. Umso wichtiger ist es daher, dass Entscheidungsträger gut auf die schwierige Situation vorbereitet sind, um das Maß von angewendetem Zwang so gering wie möglich zu halten.

Im St. Alexius-/ St. Josef-Krankenhaus wird zurzeit durch eine Arbeitsgruppe eine „Klinikinterne Leitlinie zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen“ erstellt, durch die die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Einrichtung reduziert werden soll. Die Leitlinie setzt hierbei mehr auf Aufklärung und Befähigung der Mitarbeiter, als auf enge Vorgaben und Regeln, da die individuelle Entscheidungsfindung in einer Situation kaum zu vereinheitlichen ist. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zur Entscheidungsfindung bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen vor.

## 2. Anlässe für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie

Zwangsmaßnahmen jeglicher Form stellen in jedem Fall einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönlicher Freiheit eines Menschen dar. Obwohl das Vermeiden von Zwang in der Psychiatrie vorrangiges Ziel ist, sind Zwangsmaßnahmen als ultima ratio nicht immer zu umgehen. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stellen sie manchmal die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit dar, um größeren Schaden abzuwenden.

Anlässe zur Anwendung der klassischen Zwangsmaßnahmen sind beispielsweise: Selbstschutz eines Patienten, fremdaggressives Verhalten, selbstschädigendes Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen, akute Sturzgefahr, erhebliche Sachbeschädigung oder erhebliche Beeinträchtigung anderer Patienten.

## 3. Grundlagen für die Entscheidungsfindung

### 3.1. Rechtliche Grundlagen

Die für psychiatrische Kliniken relevanten Rechtsvorschriften im Bundesland NRW finden sich u. a. im Strafgesetzbuch, im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) und im Betreuungsrecht.

#### „Recht auf Krankheit“ vs. „Recht auf Behandlung“

Bei der Anwendung dieser Gesetze kann der Grundsatz in den Vordergrund gestellt werden, dass jeder Mensch ein Recht hat, unvernünftige Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu treffen und sich in Grenzen selbst Schaden zuzufügen, solange keine erhebliche Selbstgefährdung besteht. Ein weiterer zu beachtender Grundsatz bei der Entscheidung über Zwangsmaßnahmen ist die Wahrung der Verhältnismäßigkeit. Der drohende Gesundheitsschaden muss stets so gewichtig sein, dass er den mit der beabsichtigten Unterbringungsmaßnahme verbundenen Freiheitseingriff zu rechtfertigen vermag. Dem „Recht auf Krankheit“ steht das „Recht auf Behandlung“ gegenüber. Nicht einwilligungsfähige Patienten dürfen nicht grundsätzlich von Heilbehandlungen oder Untersuchungen ausgeschlossen werden, weil ansonsten ihre gesundheitliche Versorgung und damit ihr Wohl an ihrer mangelnden Einsichts- oder Urteilsfähigkeit scheitern würde.

#### Rechtfertigender Notstand

Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen (Sicherungsmaßnahmen) und Zwangsbehandlungen können im Notfall zur unmittelbaren Gefahrenabwehr auf der Rechtsgrundlage des so genannten rechtfertigenden Notstandes (§34 StGB) zulässig sein. Ein

Notstand liegt dann vor, wenn eine schwerwiegende Gefahr für den Betroffenen oder andere Personen dringend abgewendet werden muss.

### *Psych KG NRW*

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten regelt die öffentlich-rechtliche Unterbringung eines psychisch Kranken, die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen und eine mögliche Zwangsbehandlung. Diese Maßnahmen werden durch zwei Prinzipien legitimiert: Sie sollen der Gesundheitsfürsorge des Patienten dienen und eine Gefahr für den Betroffenen und/oder für die öffentliche Sicherheit und Ordnung abwehren.

### *Betreuungsrecht*

Voraussetzung für eine Unterbringung nach BtG ist nicht nur eine erhebliche Selbstgefährdung, sondern auch die Notwendigkeit einer Heilbehandlung, solange der betroffene Betreute diese Notwendigkeit als Folge einer psychischen Erkrankung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes ist notwendig.

### *3.2. Ethische Grundlagen*

Für die systematische Bearbeitung ethischer Problemfelder sowie für die Beurteilung moralischer Dilemmata im klinischen Alltag stellen die amerikanischen Autoren Tom L. Beauchamp und James F. Childress (1979) vier medizinethischen Prinzipien vor, nach denen die Entscheidungsfindung in unserer Klinik abgewogen werden sollte:

1. Respekt der Autonomie des Patienten (respect for autonomy): jeder Person steht das Recht zu, seine eigenen Ansichten zu haben, Entscheidungen zu fällen und Handlungen zu vollziehen, die den eigenen Wertvorstellungen entsprechen.
2. Schadensvermeidung (nonmaleficence): Das Prinzip der Schadensvermeidung macht deutlich, dass dem Patienten keinen Schaden zufügen werden soll. Dieses Prinzip gerät häufig in Konflikt mit dem dritten Prinzip, dem Prinzip der Fürsorge:
3. Fürsorge (beneficence): Das Wohl des Patienten soll gefördert werden und die Behandlung dem Patienten nützen.
4. Gerechtigkeit (justice): Als viertes Prinzip fordert das Prinzip der Gerechtigkeit eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen.

Beauchamp und Childress (1979) geben keine Rangordnung der Prinzipien vor – somit bleibt die Abwägung der Prinzipien der Entscheidung im Einzelfall überlassen.

Eine Besonderheit psychiatrischer Interventionen besteht darin, dass diese nicht nur zur Behandlung einer psychischen Störung dienen, sondern im Einzelfall aber auch zum Zwecke einer Sicherung bzw. einer Gefahrenabwehr erfolgen. Dies gilt insbesondere für freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Fixierung, Isolierung), die allenfalls im begründeten Einzelfall als therapeutisch eingeordnet werden können. Zwangsmaßnahmen in

einer psychiatrischen Klinik, die zur Abwehr einer unmittelbar drohenden Selbst- oder Fremdgefährdung eines Patienten dienen, können ethisch in der Regel gut begründet werden.

Zwangsmaßnahmen erfolgen in einer psychiatrischen Klinik aber nicht nur zur unmittelbaren Gefahrenabwehr. Bei einigen Patienten besteht über eine Notfallsituation hinaus eine fortgesetzte Gefahr fremd- oder autoaggressiver Handlungen. Liegt eine Eigen- oder Fremdgefährdung aber nicht unmittelbar vor oder muss vielleicht erst nach Beendigung der stationären Behandlung erwartet werden, werden ethische Prinzipien wie Autonomiegewährung und Schadensvermeidung abgewogen werden müssen.

## **4. Instrumente zur Entscheidungsfindung**

Im klinischen Alltag werden sowohl allgemeine Instrumente zur Entscheidungsfindung von Zwangsmaßnahmen eingesetzt, als auch spezielle Methoden, auf die die Mitarbeiter geschult werden können. Zu den allgemeinen Instrumenten zählen z. B. die Patientenbeobachtung in Bezug auf Aggressivität, interprofessionelle Kommunikation in Übergaben, Visiten, Supervisionen und Teambesprechungen, eine gemeinsame Haltung, die z. B. durch Deeskalationstrainings, Fortbildungen etc. erzeugt wird, sowie Fallbesprechungen.

Im Weiteren werden weitere spezielle Instrumente vorgestellt, die in unserem Krankenhaus Anwendung finden:

### *4.1. Nachbesprechungen von allen Zwangsmaßnahmen*

Die Nachbereitung von erfolgten Zwangsmaßnahmen, insbesondere infolge von aggressivem Verhalten durch Patienten, ist wesentlicher Inhalt der tertiären Prävention. Zielsetzung ist die Reflektion über den Vorfall und kritische Überprüfung des Vorgehens in der akuten Situation. Sie soll Verständnis für die Situation wecken und eine emotionale Entlastung für alle Beteiligten herbeiführen. Durch das Benennen von erkennbaren Anhaltspunkten für sich anbahnendes aggressives Verhalten des Patienten sollen die Mitarbeiter sensibilisiert werden. Sie dient außerdem der Überprüfung der Wirksamkeit bisheriger Strategien zur Vorbeugung aggressiver Zuspitzung und der Vereinbarungen zum künftigen Umgang mit sich anbahnender Eskalation und deren Einbeziehung in die Behandlungsvereinbarung.

Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ist verpflichtend bei Fixierungen sowie Zwangsmedikation unter Zuhilfenahme des Notfallteams. Sie soll ebenfalls erfolgen, wenn beim Patienten oder bei Mitarbeitern sowie sonstigen betroffenen Personen der Wunsch danach besteht oder dies ratsam erscheint.

#### 4.2. Behandlungsvereinbarungen

Behandlungsvereinbarungen sind eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Patienten und Vertretern der Klinik, die die vom Patienten gewünschten Behandlungsmaßnahmen im Falle einer Wiederaufnahme festlegen (auch medikamentöse Behandlung und ggf. nicht vermeidbare Zwangsmaßnahmen). Das Gespräch wird wenige Wochen nach der Entlassung geführt und nach getroffener Vereinbarung erhält der Patient einen Krisenpass, in dem die Eckdaten festgehalten werden. Die Vereinbarung ist verbindlich, allerdings kein einklagbarer Vertrag (die ärztliche Gesamtverantwortung erfordert immer eine Beurteilung der aktuellen Situation bei Aufnahme). Inhalte, die in der Behandlungsvereinbarung besprochen und festgelegt werden, sind:

Die in der Behandlungsvereinbarung besprochenen und festgelegten Inhalte sind u. a. Kontaktdaten von Vertrauenspersonen, Wunschstation und Mitarbeiter, die bei der Aufnahme gerufen werden sollen, Unterstützende Maßnahmen in der Aufnahme (z. B. „In Ruhe gelassen werden“, „Möglichst nicht alleine sein“, „rauchen“, „Fernsehen“), gewünschte oder abgelehnte Medikamente in einer Notfallversorgung, als akzeptabel bewertete Zwangsmaßnahmen und ggf. die soziale Situation und Dinge, die bei Aufnahme für den Patienten erledigt werden müssen (z. B. sind Haustiere zu versorgen?).

#### 4.3. Ethische Fallbesprechungen

Eine Ethische Fallbesprechung, basierend auf den vier medizinischethischen Prinzipien, ist eine Methode zur Bearbeitung von ethischen Fragestellungen, die sich aus dem Umgang mit Patienten ergeben. Die Sichtweisen der unterschiedlichen Berufsgruppen und das damit vorhandene Expertenwissen werden genutzt mit dem Ziel, eine ethisch sorgfältig begründbare Handlungsweise zu finden.

Eine Ethische Fallbesprechung kann von jedem Teammitglied einberufen werden, wenn ein ethisches Problem wahrgenommen wird und in den üblichen Besprechungen nicht geklärt werden kann. Ethische Fallbesprechungen werden von ausgebildeten Moderatoren begleitet, die die Neutralität der Besprechung gewährleisten sollen.

#### 5. Schlussfolgerung

Die Entscheidungsfindung zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen kann nicht durch Institutionen vollständig vereinheitlicht oder gar vermieden werden. Es ist daher von großer Bedeutung, dass die Mitarbeiter in der Entscheidungssituation nicht alleine gelassen werden und gut vorbereitet sind. Die Aufgabe einer psychiatrischen Einrichtung muss es daher sein, ethische und rechtliche Rahmenbedingungen zu thematisieren und die Mitarbeiter zu befähigen, auf dieser Grundlage und mit ausgesuchten Instrumenten Entscheidungen zu treffen.



## Nullfixierung bei schwer demenziell erkrankten Bewohnern – Erfahrungen aus England

Syseth Twrdy, Dipl. Pflegewirtin (FH), Heim- und Pflegedienstleitung, Pflegeheim „Am Pfarrgarten“ der Diakonie Altenhilfe Hanauerland gGmbH, Willstätt

Welchen Mittel und Methoden werden angewendet, um bei schwer und schwerst demenziell erkrankten Bewohnern ohne Fixierungsmaßnahmen auszukommen und eine Nullfixierung zu realisieren? Diese Frage stand im Mittelpunkt einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Hospitation in England, die ich mit einem Kollegen im März 2010 in meiner Funktion als Pflegedienstleitung für das Altenpflegeheim Sonnenhaus Geng e. V. durchführte.

### 1. Einleitung

Wir, das Altenpflegeheim Sonnenhaus Geng e.V., sind eine Pflegeeinrichtung der Altenhilfe in privater Trägerschaft mit 72-jähriger Geschichte. In unserer Einrichtung leben 80 Bewohner, zwei Drittel davon leiden an einer Form der Demenz. Wir erleben in unserem Haus die ganze Bandbreite der Auswirkungen von Demenzen, wie Orientierungslosigkeit, nächtliche Unruhe, Weglauftendenzen, Aggressionen, Abwehrverhalten usw. Die Mitarbeiter unseres Hauses haben es sich im Jahr 2009 zum Ziel gemacht, die Fixierungsrate auf Null zu reduzieren (siehe Infokasten: Freiburger Erklärung vom 23.07.2009). Dies ist uns leider nicht vollständig gelungen, 4% unserer Bewohner werden weiterhin nachts mittels Bettseitenteilen fixiert.

Die Freiburger Erklärung orientiert sich an England, wo nach Angaben der Verfasser keine mechanische Fixierung angewendet wird. Da wir ebenfalls eine Nullfixierung für unsere Bewohner anstreben, um ihnen einen menschenwürdigen Lebensabend zu ermöglichen, entstand die Idee, in England zu hospitieren. Ziel war es zu erfahren, durch welche Methoden eine Nullfixierung realisiert wird und wie die Pflegenden mit unruhigen und sturzgefährdeten Bewohnern umgehen. Diese Erfahrungen wollten wir im Anschluss an die Hospitation soweit möglich in unsere Einrichtung übertragen. Außerdem sollen Pflegenden anderer Einrichtungen von unserem Wissen profitieren, indem wir Schulungen und Fortbildungen zu diesem Thema anbieten.

Vorbereitend auf die einwöchige Hospitation in Leeds und Umgebung entwickelten wir einen Fragekatalog, der uns als Leitfaden bei den Besuchen in den verschiedenen

Einrichtungen dienen sollte. Im Rahmen der Hospitation besuchten wir fünf Pflegeeinrichtungen vier verschiedener Träger. Neben der Besichtigung der Einrichtungen hatten wir immer auch Gelegenheit, mit den Mitarbeitern zu sprechen und unsere Fragen zu stellen. Die englischen Kollegen waren alle sehr freundlich und auskunftsfreudig. Von zwei Einrichtungen wird zudem ein Gegenbesuch nach Deutschland angestrebt.

## 2. Ergebnisse der Hospitation

### 2.1. Verständnis von Fixierung in England

Alle Gesprächspartner versicherten uns, dass sie keinerlei Fixierungen anwenden. Als wir jedoch nach der Verwendung von Bettseitenteile fragten, erhielten wir in drei Einrichtungen ein „Yes“ zu hören: „Diese dienen jedoch nicht der Fixierung, sondern der Sicherheit des Bewohners!“ Die Aussage macht deutlich, dass der Begriff „Fixierung“ in England bzw. in den von uns besichtigten Einrichtungen anders als bei uns definiert wird. Dies hatte natürlich auch zur Folge, dass die Ergebnisse und Erkenntnisse in Bezug auf die erhofften Maßnahmen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen der Hospitation nicht in dem Maße ausgefallen sind, wie wir im Vorfeld erwartet hatten. Dennoch konnten wir einige hilfreiche Anregungen kennenlernen und mitnehmen.

### 2.2. Hinweise auf Maßnahmen zur Minimierung der Fixierungen

#### Wohnraumgestaltung

Die Einrichtung hatte in manchen Häusern einen sehr wohnlichen Charakter und erinnerte kaum an eine Pflegeeinrichtung. Wenn das Wohn- und das Esszimmer ein Raum waren, wurden durch entsprechende Farb- und Möbelgestaltung die beiden Bereiche visuell eindeutig kenntlich gemacht. Diese Konzeption ermöglichte die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft, die die Bewohner beobachten und bei auftretenden Problematiken direkt eingreifen konnte.

Es fiel auf, dass viele Bewohner in normalen Betten schlafen, die weder höhenverstellbar sind noch Bettseitenteile haben. Bettseitenteile werden nur gezielt bei Bewohnern angewendet, die in einem Pflegebett versorgt werden müssen.

In den Einrichtungen der großen Träger waren deutlich mehr Bettseitenteile in Anwendung als bei anderen Einrichtungen. Darüber hinaus sind hier aber auch Niederflurbetten eingesetzt worden. Tagsüber saßen die Bewohner häufig in bequemen Ohrensesseln im Wohnzimmer oder in ihren Zimmern. Rollstühle wurden ausschließlich zum Transfer benutzt.

### Personalstruktur und Umgang mit nächtlicher Unruhe

Durch einen wesentlich höheren Personalschlüssel in England von z. B. sieben Pflegekräften bei 60 Bewohnern, können die Bewohner bei nächtlicher Unruhe individuell betreut werden. Sie bekommen je nach Wunsch auch Speisen und Getränke. Eine Einrichtung hielt zu diesem Zweck sogar eine bebilderte Speisekarte vor. Dieser auch am Tage zu findende, im Vergleich zu Deutschland hohe Personalschlüssel ermöglicht insgesamt eine intensivere und individuellere Betreuung der Bewohner. Fixierungen können dadurch insbesondere bei herausforderndem Verhalten eingeschränkt werden, denn es kann direkt auf den Bewohner reagiert werden.

### Umgang mit Stürzen

In allen Einrichtungen wird mit Bezugspflegekräften gearbeitet, die regelmäßig (monatlich bis einmal jährlich) Fallbesprechungen durchführen. Kommt es zu einem Sturz findet in der Regel ebenfalls eine kleine Fallbesprechung statt. Das Sturzprotokoll ist standardisiert und wird von der Pflegekraft ausgefüllt, die den Bewohner gefunden bzw. den Sturz beobachtet hat. Im Anschluss wird der Bewohner etwa 24 Stunden überwacht und die Ergebnisse dokumentiert. Das Dokumentationssystem ist sehr umfangreich, aber nur bei den großen Trägern standardisiert.

### Irritierende Beobachtungen

Die Flure in den Einrichtungen waren in der Regel sehr eng und nicht immer mit Handläufen versehen. Alle Türen, z. T. sogar die Zimmertüren sind elektronisch gesichert und können nur mit einem Code geöffnet werden. Man kann als Bewohner mit Demenz oder als Gast kein Haus ohne Hilfe eines Mitarbeiters betreten oder verlassen. Zudem waren zum Teil Beistelltische (nicht fahrbar) direkt vor dem Bewohner platziert, die diese am Aufstehen hinderten.

## 3. Kritische Betrachtung

Es ist schwierig, sich an englischem Beispiel der Nullfixierung zu orientieren, wenn die Begrifflichkeit der „Fixierung“ nicht einheitlich ist. Nach deutschem Recht handelt es sich bei der Anwendung von Bettseitenteilen sehr wohl um eine Fixierung. Auch das Verstellen des Weges oder das Hindern am Aufstehen ist in Deutschland eine Fixierungsmaßnahme. Man kann also auch in England nicht von einer Nullfixierung sprechen. Trotzdem ist es erstaunlich, wie viele Bewohner eben doch in einem normalen Bett schlafen können, ohne aus ihm heraus zu fallen. Vielleicht sollte man in den Einrichtungen in Deutschland darüber nachdenken, sich weniger am Krankenhaus sondern mehr an den Wohnungen der Bewohner zu orientieren. Hierzu gehören normale Betten (oder Niederflurbetten) und Ohrensessel für alle Bewohner.

Die Freiburger Erklärung vom 23.07.2009 hat das Ziel eine „Nullfixierung“ zu erreichen. Durch die Unterzeichnung erklären die Akteure, sich auf die Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Baden-Württemberg zu verpflichten. Einsehbar ist sie unter [www.redufix.de](http://www.redufix.de).

Die Einrichtung von Nachtcafes sollte ebenfalls forciert werden, natürlich im Einklang mit einer entsprechend besserer Besetzung. Hier ist es sicher ausreichend, wenn nur eine Fachkraft von entsprechenden Hilfskräften unterstützt wird. Das englische Beispiel zeigt deutlich, dass die nächtliche Unruhe abgefangen und die daraus resultierenden Stürze reduziert werden können.

Bei der Errichtung neuer Häuser bzw. beim Umbau von Altbauten sollte daran gedacht werden, den Ess- und Wohnbereich in einem Raum, aber visuell voneinander abgegrenzt, einzurichten. Dies ermöglicht den Pflegenden eine kontinuierliche Anwesenheit und Betreuung inkl. Beobachtung und Aktivierung der Bewohner (beispielhaft hierfür die Häuser der 4. Generation, Hausgemeinschaften).

Zur besseren Orientierung insbesondere der dementen Bewohner sollte man auch in Deutschland ausschließlich farbige Toilettensitze einbauen. Sie verhindern wesentlich Stürze beim Toilettengang.

#### 4. Transfer der Erkenntnisse

Die Ergebnisse wurden den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Altenpflegeheims Sonnenhaus Geng e.V. vorgestellt. Zukünftig sitzen unsere Bewohner weniger im Rollstuhl sondern vermehrt auf Pflegesesseln und Stühlen. Außerdem werden die Nachtwachen sensibilisiert, auf die Bedürfnisse der Bewohner auch in der Nacht einzugehen. Bei unserem Eigentümer werden wir anregen, bei Umbaumaßnahmen auf farbige Toilettensitze umzurüsten. Ein Farbkonzept für die Einrichtung soll in naher Zukunft erarbeitet werden.

#### 5. Fazit

Die Hospitation hat uns eine Menge neuer Anregungen gebracht, die auch über das eigentliche Thema hinausgingen. Die Zeit war jedoch etwas knapp bemessen, so dass uns nur ein kurzer Einblick in die Abläufe der Häuser möglich war. Wir wissen nun, dass wir uns in unserer Einrichtung auf einem sehr guten Weg befinden, auch wenn wir eine Nullfixierung noch nicht erreichen können. Rückblickend können wir feststellen, dass es ganz gut war, nicht nur eine Einrichtung besucht zu haben. Wir haben zahlreiche Parallelen aber auch große Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen gefunden und konnten uns, trotz der Kürze der Zeit, einen guten Einblick verschaffen.



## Freiheit trotz Sicherheit? – Einsatz von Informationstechnologie im Altenheim

Adolf Johannes Kalfhues, Einrichtungsleitung,  
Sozialwerk St. Georg e. V., Ascheberg

Der Einsatz von Informationstechnologien im Altenheim stand im Zentrum einer Hospitation in den USA, die 2005 im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit durchgeführt wurde. Inzwischen sind erste Ergebnisse in Deutschland umgesetzt worden. Die Potentiale dieser intelligenten Assistenzsysteme werden im Folgenden aufgezeigt.

### 1. Herausforderung demographischer Wandel

Der demographische Wandel stellt viele Länder vor große Herausforderungen und wird die bestehenden Sozialversicherungssysteme, den Arbeitsmarkt und das Bildungssystem in den kommenden Jahren spürbar verändern. Zukünftig werden immer mehr Menschen einen Assistenzbedarf haben, seien es alte, pflegebedürftige, kranke Menschen oder Menschen mit Behinderung. Doch wie können die bestehenden Sozial- und Hilfesysteme auf dieses „mehr“ an Belastung reagieren? Was sind sinnvolle Lösungsansätze, um einerseits den Assistenzbedürftigen, aber auch den Angehörigen und Betreuenden gerecht zu werden? Angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen wie z. B. verschärfte Budgetsituation und sinkendes Fachkräfteangebot, kann auf die steigende Nachfrage nach Assistenz nur mit einer Anpassung und Weiterentwicklung der Dienstleistung durch die Sozialwirtschaft begegnet werden.

Die dargestellte Problematik macht verschiedene Zukunftsszenarien denkbar, wie beispielsweise die permanente Beaufsichtigung von Menschen mit Assistenzbedarf durch mehr Pflegekräfte im eigenen häuslichen Umfeld, der Bau von mehr Pflegeheimen für mehr Menschen mit mehr Pflegebedarf oder – radikal weitergedacht – die verstärkte Medikamentenverabreichung und Fixierung von Menschen durch weniger Pflegekräfte im eigenen häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim.

Dem gegenüber steht jedoch die Frage, ob in Zukunft nicht mehr persönlicher Freiraum und weniger invasive Einschränkung gewährleistet sein sollen und mehr Menschen bei besser eingesetztem Betreuungs- und Pflegepersonal in der eigenen Häuslichkeit oder in stationären Einrichtungen betreut werden sollen. An dieser Stelle setzen die sog. assistierenden Hilfestellungen – Ambient Assisted Living (ALL) – an, deren Einsatz und Nutzen für Hilfebedürftige in Abbildung 1 dargestellt sind.

*Die Ethik der Acht-samkeit charakterisiert, ausgehend vom „Care“-Gedanken, den Umgang mit Menschen mit Assistenzbedarf durch eine auf gegenseitigem Respekt basierende Moralvorstellung. Sie verpflichtet den Einzelnen dazu, dafür Sorge zu tragen, dass soziale Dienstleistungen das Bedürfnis nach Unterstützung in dem Maß erfüllen, wie es den Anforderungen und Wünschen des Betroffenen entspricht und ihn einbezieht, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können.*

<b>Unterstützende Maßnahme</b>	<b>Nutzen für Bewohner/Klient/Patient</b>
Bewegungs- und Verhaltensmonitoring	Größtmögliche Bewegungsfreiheit Freiheitseinschränkende Maßnahmen entfallen Erhöhung von Sicherheit und Wohlbefinden Abwendung von Gefahren für Klient und Mitbewohner
Unterstützung durch Medizintechnik	Unbemerkte, nicht invasive Datenerfassung Erhöhung der vitalen Sicherheit durch Alarmmeldesystem bei Abweichung vom Toleranzbereich Keine nächtlichen Störungen zur Vitalwertkontrolle notwendig
EDV- gestützte Dokumentation	Erhöhung der Betreuungsqualität Erhöhung der Betreuungsquantität
Orientierungshilfen	Erhöhung des Sicherheitsgefühls innerhalb des Wohnbereiches Angstminimierung Erhöhung der Lebensqualität Schutz vor Mitbewohnern Schaffung einer „Normalität“ innerhalb der Wohngruppe
Facility Management	Gleichbleibende angenehme Raumtemperatur Vermeidung von Überhitzung bzw. Unterkühlung Keine Verbrennungs- oder Verbrühungsgefahr Sichere Haushaltsführung und Nutzung der Haushaltsgeräte

## 2. Ambient Assisted Living (AAL) - Intelligente Assistenzsysteme

Um auch zukünftig eine gute Zusammenarbeit aller an der Betreuung von Hilfebedürftigen Beteiligten zu gewährleisten und die Personalressourcen so effizient wie möglich für die Pflege und Betreuung bzw. Assistenzleistung zu nutzen, müssen neue Organisationsformen und Kommunikationsnetzwerke geschaffen und etabliert werden. Dies jedoch nicht mit dem Ziel, Personal oder Budget zu reduzieren, sondern um das noch zur Verfügung stehende Personal für den Kernprozess, die Erbringung von Assistenzleistung, einzusetzen. Durch die Einführung von intelligenten Assistenzsystemen (AAL) können beispielsweise immer wiederkehrende Dokumentations-, Beobachtungs-, Kontroll- oder Abrechnungsaufgaben durch technische Lösungen ersetzt werden. Weitere Ressourcen können durch die Einführung einer dezentralen Informations- und Kommunikationsstruktur und die damit verbundene Minimierung der Wegezeiten durch technische Assistenz geschaffen werden. So kann die Einführung technischer Assistenzsysteme die steigende Nachfrage nach Assistenzleistung für ein selbstbestimmtes Leben bei fallender Fachkraftquote kompensieren.

### 2.1. Technische Basis: Ambient Support Network

Die technologische Basis von Ambient Assisted Living ist ein „intelligentes“ IT-gestütztes Ambient Support Network (Umgebungsunterstützungsnetzwerk) von Hintergrundsystemen, das über verschiedene Sensoren Informationen sammelt, diese verarbeitet und funktionell auf die Umgebung einwirkt. Neben den grundlegenden Bedürfnissen nach häuslicher Pflege, Sicherheit und Geborgenheit, bezieht Ambient Assisted Living auch andere Elemente wie Kommunikation, Monitoring der Umgebung und Haustechnik mit ein. Das technische Netzwerk verwendet Informationen aus der häuslichen Umgebung und interpretiert diese auf Grundlage der persönlichen und individuellen Datenvorlage. Aus den vorliegenden Daten, z. B. nächtliche Unruhe, längere Inaktivität oder bei Abweichungen vom morgendlichen Aufstehritual, vergessene Herdabschaltung lassen sich Handlungsinformationen (Zustandsmeldung, Maßnahme, Dokumentation) und assistierende Alltagshilfen wie z. B. automatisierte Herdabschaltung (vgl. Lützu-Hohlbein 2005) bereitstellen. Das System ist somit eine Form von Umgebungshilfe, vergleichbar einer Gehhilfe, eines Airbags oder ABS.

### 2.2. Mehr Zeit für das Wesentliche

Ein weiteres Ziel des AAL: Es ermöglicht den Pflegenden mehr Zeit für das Wesentliche. Denn eine erhebliche Herausforderung hinsichtlich der Bürokratie und des damit verbundene Aufwandes bei gleichzeitig knapper Personalressource stellt die Dokumentation sozialer Dienstleistungen dar. Neben den beweissichernden und abrechnungstechnischen Funktionen sollte diesem Prozess auch eine wesentliche inhaltliche Funktion im Sinne einer qualitätssichernden Analysemöglichkeit zukommen. Dies scheitert aber vielfach daran, dass mit Papier und Bleistift aus dem Gedächtnis dokumentiert werden muss. Die gesetzlichen Vorgaben zwingen das Pflegepersonal derzeit, einen erheblichen Anteil der Zeit in das Umfeld von Dokumentation und Abrechnung zu investieren. Diese „pflegerisch verlorene Zeit“ schafft nicht nur Frustration beim Personal, sondern stellt auch einen erheblichen Kostenfaktor dar – im Umkehrschluss liegt hier eine große Produktivitätsreserve.

## 3. Praxisbeispiel Sozialwerk St. Georg in Ascheberg

Das Dokumentationssystem des Sozialwerks St.Georg, eine Teil-Komponente eines umfassenden Ambient Assisted Living-Konzeptes, setzt genau an dieser Stelle an. Gemeinsam mit dem Fraunhofer-Institut IMS wurde im Wohnverbund Katharinenstift des Sozialwerk St.Georg e.V. in Ascheberg ein EDV-System entwickelt, das die Dokumentation und Dokumentationsauswertung wesentlich vereinfacht und effizienter gestaltet.

Abb. 1 (links)

Sinnvolle und notwendige assistierende Hilfestellungen im Rahmen der Alltagsbewältigung in der eigenen Häuslichkeit oder in einer stationären Einrichtung

### 3.1. Konzeption

In Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung wurden folgende Anforderungen an das Technik-Konzept erarbeitet:

- Erhebliche Reduzierung der durch die Dokumentation verursachte Aufwandsbelastung in der Klientenbetreuung
- Senkung der Fehlerquote in der Dokumentation durch einfache Bedienung und Kausalprüfung
- Elektronische Speicherung der Daten, um Trends zu analysieren und weitergehende Auswertungen für den Betreuungsprozess zu ermöglichen
- Einfache Bedienung der Gebäudetechnik durch das Personal (Übersicht über den Status im Haus, wie z. B. geöffnete Fenster, eingeschaltete Beleuchtung, Einstellung von Raumtemperaturen in den Klientenzimmern, Programmierung von Zeitprofilen, Zentralfunktionen)
- Teilhabe am Fortschritt bei der Entwicklung von Assistenzfunktionen durch einfache Anpassung und Erweiterbarkeit des Funktionsumfangs

Das Technikkonzept basiert auf einer Gebäudeleittechnik-Ausstattung der Immobilie, die den zentralen Zugriff auf zimmerspezifische Licht- und Heizungssteuerung, Fensterkontakte, Bewegungsmelder etc. ermöglicht und durch Installation von Bedienterminals der Dokumentation und der Gebäudesteuerung bzw. der Information dient.

Beim bestehenden Verfahren der Dokumentation lassen sich zwei wesentliche Faktoren identifizieren, die die Klientenbetreuung behindern:

- Zeitaufwand für die Erstellung der Dokumentation.
- Zum Erstellen der Dokumentation muss der Mitarbeiter sein Betreuungsumfeld, den Wohnbereich oder die Station verlassen, da diese aus Datenschutzgründen in einem speziellen Raum der Einrichtung vorgenommen wird.

### 3.2. Umsetzung und Bedienung

Diesen Aspekten wurde durch die Installation einer ausreichenden Anzahl von Touch-Screen-Terminals mit einer speziell entwickelten Software zur Dokumentation in den Fluren und Wohnbereichen der Einrichtung Rechnung getragen. Der maximale Abstand der Betreuungskraft/Pflegekraft zum Terminal beträgt dadurch nur noch wenige Meter, wodurch eine schnelle Erreichbarkeit garantiert wird (siehe Abb. 2 und 3). Auch die Bedienung gestaltet sich denkbar einfach. Der Mitarbeiter meldet sich am Terminal an, wird so identifiziert und erhält kontextabhängig einen Vorschlag für die zu bestätigende Pflegeleistung eines Klienten.

Im zugehörigen Dokumentationsprogramm ist für jeden Klienten das individuelle Pflegeprofil in einer Datenmaske hinterlegt. Die Inhalte umfassen alle Leistungsbereiche der grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten, die bisher durch das handschriftliche Protokoll abgebildet wurde. Den Vorschlag können die Mitarbeiter einfach verändern und per Druck auf den Touch-Screen „unterschreiben“. Gleichzeitig erhält der Mitarbeiter Informationen über Besonderheiten, die z. B. andere Mitarbeiter über



Abb. 2 und 3:  
Beispiele für die Platzierung der Terminals zur Dokumentation

den Klienten hinterlegt haben. Das Terminal dient somit gleichzeitig der Kommunikation und Information. Integriert ist ebenfalls ein Rufsystem und ein Alarmdienst, über den die Mitarbeiter bei Notsituationen weiteres Personal in der weitverzweigten Einrichtung herbeirufen können.

Das Personal kann das System ohne umfangreiche Schulung oder einem unverhältnismäßigen Zeitaufwand im täglichen Umgang bedienen. Die Integration der Gebäudefunktionstechnik in die Touch-Screen-Terminals macht es möglich, dass Raumtemperaturen, Zeitschienen etc. erstellt werden können. Fehlbedienungen führten in der Vergangenheit zu hohen Energiekosten. Wie bei der Dokumentation lassen sich einfache Bedienmenüs aufrufen, mit denen der Mitarbeiter die Parameter in wenigen Sekunden ändern kann.

### 3.3. Erste Ergebnisse

Die laufende Erprobungsphase trifft auf hohe Akzeptanz beim Personal, da es an der Entwicklung direkt und dauerhaft beteiligt ist. Erste Erfahrungen zeigen, dass sich die Wegezeiten in der Einrichtung um ca. 15% verringern. Durch die technisch unterstützte EDV-Dokumentation ist 10-15% Zeitersparnis pro Mitarbeiter/Dienst möglich. Darüber hinaus eröffnet die digitalisierte Dokumentation erstmals die Möglichkeit, Dokumentationsdaten EDV-technisch betreuungsrelevant auszuwerten. Hierin liegen erhebliche Potenziale einer auswertungsbezogenen Verbesserung der Betreuungs- und Pflegeplanung, die unmittelbar und direkt den Klienten zugute kommt.

### 3.4. Erweiterungspläne

Die weitere Entwicklung des Systems zielt darauf ab, die Gebäudeinformation (Klientenaktivität im Gebäude) in die Dokumentation einfließen zu lassen und damit der Bezugsbetreuung zugänglich zu machen. Beispielsweise lassen sich Kausalzusammenhänge von Zimmerbelegung und Medikamentengabe oder Aktivitäten verknüpfen. Des Weiteren soll das System dazu dienen, Echtzeitinformationen der jeweiligen Wohngruppen über Situations- und Gebäudezustände abzubilden.

## 4. Rahmenbedingungen

Damit die Chancen von Ambient Assisted Living-Lösungen zur Sicherung der Betreuungs- und Pflegequalität auch zukünftig gewahrt werden können, müssen eine Vielzahl von Themen vernetzt, formuliert und adressiert werden. An dieser Stelle seien nur einige Beispiele aus der Komplexität der Wirkungszusammenhänge hervorzuheben:

- Gesundheits- und Sozialpolitik müssen sich stärker für die Überwindung der Umsetzungsbarrieren einsetzen – Rechtsfragen, Haftungsfragen, Datenschutz, etc. sind vielfach noch ungeklärt.
- Verbraucherschutz muss im Sinne von Verbraucherwunsch verstanden werden.
- Ingenieurwissenschaften müssen sich stärker mit den tatsächlichen Anwendungskontexten auseinandersetzen. Eine technologiegetriebene Herangehensweise führt nicht zum Erfolg.
- Mitarbeiter sozialer Dienstleistungsunternehmen müssen mit der erforderlichen Anwenderkompetenz ausgestattet werden. Es bedarf neuer Leitbilder für die Assistenten im Sinne der „Ethik der Achtsamkeit“ (vgl. Schulz-Nieswandt 2009).

Ambient Assisted Living hat zum Ziel, ein selbstbestimmtes Leben im Alter oder mit Behinderung zu fördern. Für die Akzeptanz assistierender Technologien ist jedoch entscheidend, dass technische Assistenz für und mit den unterstützungsbedürftigen Menschen implementiert wird. Wenn Leitbilder im Sinne der „Ethik der Achtsamkeit“ berücksichtigt werden, kann der Einsatz von Informationstechnologie helfen, die Herausforderungen der Zukunft mitzugestalten und dauerhaft menschliche Zuwendung und Wärme in der Betreuung und Pflege zu gewähren.



## „Mehr Freiheit wagen“ - Eine evidenzbasierte Leitlinie zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Altenpflege

Antonie Haut, MScN, Ralph Möhler, MScN, Dipl. Pflegewirt (FH)  
Department Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Im Rahmen eines 3-jährigen Projektes der Universitäten Hamburg und Witten/Herdecke wurde die international erste evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege entwickelt. Ihre Entwicklung und Evaluation werden im Folgenden vorgestellt.

### 1. Hintergrund

Die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen hat in den letzten Jahren einige öffentliche Aufmerksamkeit erfahren. Bücher mit plakativen Titeln wie „Abgezockt und totgepflegt“ (Breitscheidel 2005) oder „Alt und abgeschoben“ (Fussek & Loerzer 2005) berichten von vernachlässigten, fixierten und sedierten Pflegeheimbewohnern. Auch im Fernsehen wurde über den „quälenden Alltag in deutschen Altenheimen“ berichtet, von Bewohnern, die „festgebunden und ruhig gestellt“ werden (Report Mainz 2004). Seit den 1980er Jahren beschäftigt sich die internationale Forschung verstärkt mit dem Thema FEM sowie mit Ansätzen zu ihrer Vermeidung (Evans et al. 2002). Wissenschaftler fordern einen Paradigmenwechsel hin zu einer Pflege ohne FEM (Capezuti et al. 2007, Flaherty 2004). Die Definition von mechanischen FEM bezieht sich auf alle Materialien und körpernahen Maßnahmen, die eine Person daran hindern, freie Körperbewegungen in eine Position ihrer Wahl durchzuführen und die von ihr nicht selbstständig entfernt werden können (Evans et al. 2002). Beispiele dafür sind Bettgitter, Gurte, Stecktische und festgestellte Bremsen an Rollstühlen. Die Zulässigkeit der Anwendung von FEM in Pflegeeinrichtungen in Deutschland ist durch die folgenden gesetzlichen Grundlagen bestimmt: Höchste Priorität hat der durch das Grundgesetz (Art. 2, Abs. 2) geregelte Schutz der persönlichen Freiheit; laut Strafgesetzbuch (§ 239) ist Freiheitsberaubung strafbar und demnach Freiheitsentziehung nur mit richterlicher Entscheidung zulässig (GG, Art. 104) sowie nach Abwägung aller Alternativen (BGB, Betreuungsrecht). Demzufolge sind FEM als letztes Mittel der Wahl anzuwenden und – sofern die betroffene Person nicht

selbst einwilligen kann – von einem Betreuer zur richterlichen Genehmigung durch ein Vormundschaftsgericht zu beantragen.

Die Häufigkeit von FEM in Pflegeheimen schwangt international zwischen 2% und 70% (Feng et al. 2009). Die unterschiedliche Prävalenz ist mit hoher Wahrscheinlichkeit durch verschiedene Definitionen von FEM bedingt, die unterschiedlichen Erhebungsmethoden, die Unterschiede in den Pflegesettings sowie durch verschiedene gesetzliche Regelungen und Pflegetraditionen bzw. -kulturen (Hamers et al. 2005). Einer aktuellen Studie mit 2367 Bewohnern in 30 Altenheimen in Hamburg zufolge liegt in Deutschland die Prävalenz von FEM in Altenheimen bei 26,2% Bewohnern mit mindestens einer FEM am Stichtag (Meyer et al. 2009). Zu den am häufigsten beobachteten Maßnahmen zählen Bettgitter (24,5%). Gurte im Stuhl oder Bett (2,7%), Stuhl mit Stecktisch (2,1%) und andere Maßnahmen (2,3%) waren vergleichsweise selten. Die Häufigkeit von FEM in den einzelnen Einrichtungen variiert zwischen 4% und 59%, wobei diese Unterschiede sich nicht mit bewohner- oder personalspezifischen Merkmalen begründen ließen.

Von Pflegenden am häufigsten genannte Gründe zur Anwendung von FEM beziehen sich auf die Gewährleistung von Sicherheit und Schutz des Bewohners, insbesondere vor Stürzen und Verletzungen (Evans et al. 2002). Weitere Gründe sind der Umgang mit herausforderndem Verhalten seitens der Bewohner wie Umherwandern oder verbaler und physischer Aggressivität. Außerdem wird die Anwendung von FEM mit personal- und organisationsorientierten Gründen erklärt, wie Haltungen, Einstellungen und gesetzliche Verantwortung des Personals, aber auch Strukturmerkmale wie Personalschlüssel und -qualifikation. Die Haltungen und Einstellungen des Personals gegenüber FEM sind von Ambivalenz (Notwendigkeit vs. ethische Bedenken) und der jeweiligen Kultur des Landes sowie Institution gekennzeichnet. Entgegen der vermeintlichen Annahme liegt bisher kein Nachweis vor, dass FEM vor Stürzen und Verletzungen schützen. Vielmehr zeigen Studien, dass durch Verzicht auf FEM kein Anstieg von Stürzen zu verzeichnen ist. Darüber hinaus sind FEM assoziiert mit unerwünschten Wirkungen wie Immobilität, Dekubitus und Inkontinenz. Strangulationen und Verletzungen bis hin zu Todesfällen sind vereinzelt beschrieben (Pedal et al. 1996, O'Keefe 2004). Demzufolge kann die Forderung aus wissenschaftlicher, pflegefachlicher und ethischer Sicht nur lauten, FEM zu vermeiden. Ihr Nutzen ist nicht belegt, ihr Schaden jedoch sehr wohl.

Mit dem Ziel einer FEM-freien Pflege sind weltweit verschiedene Interventionsprogramme zur Reduktion von FEM auf ihre Wirksamkeit hin untersucht worden. Zumeist handelte es sich um Schulungen für Pflegenden. Aus den widersprüchlichen Ergebnissen dieser Studien lässt sich schlussfolgern, dass Schulungsprogramme es sehr wahrscheinlich nicht gänzlich vermögen, FEM dauerhaft und wirksam zu reduzieren. Es bedarf weiterer Maßnahmen institutioneller und politischer Art, aber auch anderer Alternativen zur Reduktion von FEM. Hamers et al. (2009) weisen auf die Berücksichtigung von länderspezifischen kulturellen und rechtlichen Aspekten hin. Zur Überwindung

von Praxisvariationen und zur Förderung wissenschaftsbasierter Versorgungsprozesse können Leitlinien wirkungsvolle Instrumente sein (Woolf et al. 1999). Da weder national noch international eine evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von FEM in Altenpflegeeinrichtungen vorliegt, ist eine solche, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007-2010), in Kooperation der Universitäten Hamburg und Witten/Herdecke entwickelt und evaluiert worden. Ziel war es, eine evidenzbasierte Praxisleitlinie zu entwickeln, die nachhaltig wirksam und sicher die FEM-Häufigkeit senkt, die Unterschiede zwischen den Einrichtungen minimiert, sowie diese im Rahmen einer Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie zu evaluieren.

## 2. Entwicklung der evidenzbasierten Leitlinie

Die Entwicklung der evidenzbasierten Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheits-einschränkenden Maßnahmen in der Altenpflege folgt den international anerkannten Methoden der Leitlinienentwicklung (Köpke et al. 2008). Zu wesentlichen Merkmalen des methodischen Vorgehens gehören der Einbezug der Betroffenenpräferenzen, eine interdisziplinäre Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG), die externe Begleitung durch ausgewiesene Leitlinienexperten, die Sichtung und systematische Bewertung von Studien sowie die Verabschiedung der Empfehlungen im Rahmen eines formalen Vorgehens. Der LEG gehörten Vertreter aus relevanten Schlüsselgruppen und -disziplinen an, bestehend aus 16 Experten aus den Bereichen Pflegewissenschaft und -praxis, Geriatrie, Allgemeinmedizin, Jura, Betreuung, Ethik und Menschenrechte, Leistungserbringer, Kostenträger, Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht. Ein neutraler Moderator leitete die fünf Treffen der LEG. Die Betroffenenperspektiven wurden während des gesamten Leitlinienentwicklungsprozesses berücksichtigt durch die vorausgehende Befragung von Betroffenenvertreter-Verbänden, Vertretung einer Selbsthilfe-Vereinigung von Angehörigen dementiell Betroffener in der LEG sowie Fokusgruppen mit Betroffenen und Anwendern zur Diskussion der ersten Leitlinien-Version.

Ausführlicher zum methodischen Vorgehen: Zunächst erhielten die LEG-Mitglieder eine 1½-tägige Schulung zu den Methoden der evidenzbasierten Pflege und Leitlinien-Entwicklung. Dann stellte die LEG alle in der Leitlinie zu bearbeitenden relevanten Themen, Fragestellungen und Ergebnisparameter zusammen. Entsprechend der Schlüsselfragen wurden von den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Universitäten Hamburg und Witten/Herdecke systematisch Studien gesichtet und in ihrer Qualität bewertet. So wurde gefragt, welche Beweise für oder gegen FEM sprechen, welche Gründe für FEM genannt werden und mit welchen Maßnahmen FEM verhindert werden können. Auf Grundlage des erarbeiteten und in seiner Qualität beurteilten Stand des Wissens konsentierten die LEG Empfehlungen für die Praxis im Rahmen eines formalen Verfahrens. Nach ihrer Fertigstellung begutachteten externe Experten, Angehörige und Pflegenden in Fokusgruppen

die Leitlinie und ihre Implementierungsinstrumente (Informationsbroschüren für Pflegende, Angehörige und Betreuer) hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Anwendbarkeit. Ein Leitlinienreport dokumentiert dezidiert das methodische Vorgehen und begründet auch jedwede Abweichungen vom geplanten Vorgehen der Leitlinienentwicklung. Die Leitlinie beinhaltet 24 Empfehlungen zu Maßnahmen zur Vermeidung von FEM. Für 16 Maßnahmen wurde aufgrund mangelnder Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen. Die LEG konsentiert, 7 Maßnahmen in Erwägung zu ziehen. Nur für eine Maßnahme, und zwar Schulungsprogramme, sprach die LEG eine eindeutige Empfehlung aus. Weitere Informationen zur Leitlinie und ihren Implementierungsmaterialien sind in Kürze auf einer Homepage kostenfrei zugänglich (<http://www.leitlinie-fem.de>).

### 3. Evaluation der evidenzbasierten Leitlinie

Um festzustellen, ob die Implementierung der Leitlinie tatsächlich sicher und wirksam FEM zu reduzieren vermag, wurde eine Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie durchgeführt (Haut et al. 2009). Auf Basis der Leitlinie wurde eine edukative Intervention entwickelt. Diese beinhaltete ein 90-minütiges Informationsprogramm für alle Pflegenden sowie ein 5-stündiges Schulungsprogramm für sogenannte FEM-Beauftragte bzw. Multiplikatoren der jeweiligen Einrichtungen, inklusive Bereitstellung verschiedener Materialien wie Leitlinie, Informationsbroschüren, Poster, Stifte und Notizblöcke. Ziel der Schulungen war es, den Pflegenden Strategien zur Vermeidung von FEM zu vermitteln, etwa durch eine Haltungsänderung, Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen, Einbezug von Angehörigen und Präsenzkräften oder Anpassung von Umgebungs- und Tagesstrukturen. Pflegende wurden vor allem ermutigt, Bettgitter und Gurte wegzulassen, individuelle Alternativen zu finden und sich auf ihre Stärken und Ressourcen zu fokussieren.

An der Studie nahmen 36 Altenheime mit über 4000 Bewohnern aus Hamburg und Nordrhein-Westfalen teil. Die Einrichtungen mussten eingangs das Kriterium eines FEM-Vorkommens von mindestens 20% erfüllen. Es erfolgte die zufällige Zuteilung der Einrichtungen zu zwei Gruppen. Die 18 Heime der Interventionsgruppe (IG) erhielten die Leitlinien-basierte Intervention, die 18 Heime der Kontrollgruppe (KG) eine kurze Standardinformation zu FEM. Ziel der Intervention war die Reduktion von FEM, gemessen an der Anzahl der Bewohner mit mindestens einer FEM nach sechs Monaten. Alle Einrichtungen verpflichteten sich dem Ziel der Reduktion von FEM. Die Erhebung der FEM erfolgte mittels direkter Beobachtung zu Beginn der Studie, nach drei und nach sechs Monaten, jeweils an drei Zeitpunkten eines Tages. Darüber hinaus wurden Bewohner- und Einrichtungsmerkmale, Stürze, sturzbedingte Verletzungen, Legitimationen von FEM und psychotrope Medikationen ermittelt.

Die Datenauswertung ist derzeit (August 2010) noch nicht abgeschlossen und die Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht. Beide Studiengruppen sind hinsichtlich der

Einrichtungs- und Bewohnermerkmale vergleichbar. Es lassen sich keine Unterschiede bezüglich der Legitimationen von FEM feststellen. Die Intervention führte zu einer signifikanten Reduktion der Anzahl der Bewohner mit mindestens einer FEM um 6,5% (Cluster-adjustiertes 95% Konfidenzintervall (KI): 0,6-12,4%) nach sechs Monaten ( $p=0,032$ ). Im Vergleich zur Ausgangserhebung sank die FEM-Häufigkeit in der IG von 31,5% (95% KI: 26,1-37) auf 22,6% (95% KI: 18,4-26,8) im Vergleich zur KG mit 30,6% (95% KI: 25,6-35,5) bei Studienbeginn und 29,1% (95% KI: 25-33,3) bei Studienende. Außerdem stürzten in der IG tendenziell weniger Bewohner: in der IG waren es 23,1% (95% KI: 19,1-27,1) und in der KG 26,1% (95% KI: 21,1-31,1). Auch die sturzbedingten Frakturen waren in der IG tendenziell reduziert mit 1,4% (95% KI: 0,8-2,9) im Gegensatz zur KG mit 1,9% (95% KI: 1,1-2,6). Der Unterschied der Studiengruppen bei den Stürzen und sturzbedingten Verletzungen ist nicht statistisch signifikant.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine sorgfältig vorbereitete, aufwändige leitliniengestützte Intervention FEM in Altenheimen reduzieren kann. Hierbei kommt es nicht, wie in der Praxis häufig befürchtet, zu einem Anstieg von Stürzen und Verletzungen, sondern tendenziell sogar zu ihrem Rückgang. Trotz der statistisch signifikanten Reduktion von FEM bleibt die tatsächliche klinische Bedeutung des Ergebnisses zu diskutieren, da weiterhin ausgeprägte Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen vorlagen.



# Freiheit und Sicherheit im Lichte der Ethik

Harald Haynert, MScN, Institut für Ethik und Kommunikation,  
Department Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Freiheitsentziehende bzw. sicherheitsgewährende Maßnahmen sind Konfliktsituationen, in denen immer die ethische Dimension mitgedacht werden muss. Der folgende Beitrag widmet sich entsprechend einer ethischen Betrachtung freiheitseinschränkender Maßnahmen.

## 1. Einleitung

Glücklich werden wir nicht unbedingt, wenn wir uns an den moralischen Maßstäben der Gemeinschaft orientieren und danach handeln. Glücklich werden wir auch nicht unbedingt, wenn wir ethisch korrekt handeln, also als moralische Personen ethische Argumentationspositionen kennen und sie auf praktische Situationen anzuwenden wissen. Ethik kann uns im Alltag allerdings als Orientierung dienen, so dass unser Handeln immer gleichermaßen von Menschlichkeit und Fachlichkeit geprägt ist. Denn nicht nur in den Heilberufen ist Fachlichkeit ohne Menschlichkeit inhuman und damit unethisch (Haynert & Schnell 2009:4ff.).

Von dem Philosophen Arthur Schopenhauer (1788-1860) stammt die Ansicht, dass Ethik und Moral dann beginnen, wenn mir am anderen Menschen etwas gelegen ist. Handlungen, die ich nur um meinetwillen ausübe, sagt er, seien egoistischer Natur (Schopenhauer 1976:43). Ethik und Moral sind also gelebte und praktizierte Sorge um einen anderen Menschen, im Fall der Heilberufe die Sorge um kranke, pflegebedürftige, behinderte oder alte Menschen, für die wir verantwortlich sind, weil sie unserer Hilfe bedürfen (Schnell 2008:19).

Die Frage nach Ethik stellt sich im heilberuflichen Alltag immer dann, wenn in Konfliktsituationen schwerwiegende Entscheidungen zu treffen sind. Die Anwendung von freiheitsentziehenden bzw. sicherheitsgewährenden Maßnahmen sind solche Konfliktsituationen (Payk 1996:74). Entscheidungsträger werden in Konfliktsituationen mit verschiedenen Fragen konfrontiert:

- Worin liegt meine Verantwortung?
- Welche Selbstbestimmungsrechte hat der Bewohner, welche habe ich?
- In welcher Weise bin ich meinen Kollegen, den Angehörigen und der Institution verpflichtet?

All diese Fragen münden in der einen, Ethik begründenden Frage: **Was soll ich tun?**

Grundlegend für die Beantwortung dieser Frage sind neben dem Berufsverständnis vor allem unsere Grundhaltung, unser Menschenbild sowie unsere handlungsleitenden Werte. Da uns diese im Alltag in der Regel nicht bewusst sind, weil wir sie nie benennen müssen oder wir keine Zeit finden, sie kritisch zu reflektieren, ist Ethik so wichtig. Ethik ist die Disziplin die uns hilft,

- unsere Grundhaltung gegenüber bedürftigen kranken, pflegebedürftigen, alten und behinderten Menschen zu reflektieren,
- eine Vorstellung davon zu erhalten, was den Menschen als Menschen auszeichnet und ihn von anderen Lebewesen unterscheidet,
- handlungsleitende Werte zu erkennen, zu verstehen und in Worte zu fassen, um unsere Entscheidungen daran auszurichten.

## 2. Ethik als Lebensentwurf und Schutzbereich

Unter Ethik als Handlungsweise und Reflexion versteht man grundsätzlich alle Situationen, in denen Menschen einander Achtung, Würde und Schutz gewähren. Diese allgemeine Grundhaltung liegt unterschiedlichen Ethiken zugrunde. So wird in der christlichen Ethik, der jüdischen Ethik, in der antiken Ethik und in anderen speziellen Ethiken jeweils um die Beschreibung dieser allgemeinen Grundhaltung gerungen (Haynert & Schnell 2009:381ff.). Wenn man die Geschichte der Ethik von der Antike bis zur Gegenwart anschaut, kann man feststellen, dass die meisten Ethiken den Menschen von seinen so genannten optimalen Möglichkeiten her denken. Zu diesen zählen Jugend, Gesundheit, Verstand, Autonomie. Der junge, gesunde, rationale und autonome Mensch erscheint als Ausgangspunkt jeder ethischen Handlung und Reflexion. Indem diese Bevorzugung und Gleichsetzung des gesunden Menschen mit dem ethisch relevanten Menschen geschieht, wird der kranke, pflegebedürftige, behinderte alte Mensch aber aus dem Achtungs- und Schutzbereich des Ethischen ausgeschlossen (ebd.).

Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die an der Universität Witten/Herdecke entwickelte, gelehrte und praktizierte nichtexklusive Ethik des bedürftigen Menschen im Schnittpunkt von Philosophie, Pflegewissenschaft und Medizin. Nichtexklusivität bedeutet: kein Mensch darf aus dem Achtungs-, Würde- und Schutzbereich des Ethischen herausfallen; auch und insbesondere nicht kranke, pflegebedürftige, behinderte oder alte Menschen, die der Hilfe bedürfen. Ihnen gilt nicht nur das Interesse dieser Ethik, sie und ihre Bedürfnisse sind gleichsam Ausgangspunkt des ethischen Reflektierens. Im Gesundheitswesen wird der ethische Schutzbereich durch die Beziehung zum bedürftigen Menschen und durch anonyme Institutionen, wie Alten- und Pflegeheime gewährleistet. In der konkreten Begegnung, also von Angesicht zu Angesicht, werden wir als Heilberufler in die Verantwortung genommen, ethisch korrekt und fachlich angemessen mit und an bedürftigen Menschen zu handeln. Ethisch angemessenes Handeln beinhaltet neben einem spezialisierten Menschenbild vor allen Dingen auch ethisches

und professionsbezogenes Fachwissen sowie die Auswahl geeigneter Handlungen. Die Auswahl setzt einen Entscheidungsfindungsprozess voraus, dessen Ergebnis die bestmögliche Handlung ist. Bei der Auswahl aus verschiedenen Handlungsoptionen leiten uns Werte. Werte sind wie Leuchttürme: Wie das Licht Schiffen den Weg zeigt, zeigen Werte Menschen die Richtung für ihr Handeln an. Für ein Schiff ist ein Leuchtturm auch nicht das Ziel seiner Fahrt, sondern ein Orientierungspunkt auf dem Weg. Genauso sollten Werte gesehen werden: Sie bieten uns Orientierung und eine Reflexionsfläche im Alltag, wenn wenig Zeit zum Nachdenken bleibt. Der Alltag ist nämlich dadurch gekennzeichnet, dass alles selbstverständlich und unreflektiert erfahren und gelebt wird. Das Atmen, der Herz- und der Lidschlag stellen Aktivitäten dar, die uns nicht bewusst sind und die wir uns auch oft gar nicht bewusst machen. Ebenso ist es mit vielen Alltagshandlungen, die uns über die Zeit vertraut, zur Gewohnheit, die einfach Alltag geworden sind. Auch sie hinterfragen wir nicht mehr.

In diesen Situationen helfen Werte,

- weil sie ein theoretisches Werkzeug sind, die den Prozess der Entscheidungsfindung unterstützen und unser Handeln begründen helfen und
- weil sie Rechtfertigungs- und Argumentationshilfen sind.

Zwei der bedeutendsten modernen Werte in Zeiten des Terrors und der Globalisierung sind Freiheit und Sicherheit (Berlin 2006). Freiheit und Sicherheit sind Begriffe und Werte, gebunden an die Möglichkeit des menschlichen Subjektes selbstbestimmt zu sein. Beide Begriffe benennen allgemein einen Zustand der Autonomie einer Person - ein wichtiger Aspekt, der bei allen aktuellen Diskussionen um freiheitsentziehende Maßnahmen unterschlagen wird.

Das griechische Wort Autonomie bedeutet (griechisch = autos =) selbst und (griechisch = nomos =) bestimmt. Damit ist gemeint, dass Menschen als Mitglieder einer Gesellschaft selbst bestimmen können und sollen, was sie tun und unterlassen wollen. Gleichwohl beinhaltet der Begriff aber auch eine Einschränkung der zuvor zugeschriebenen Selbstbestimmung und Freiheit, da auch die geltenden Normen, Moralvorstellungen sowie alle anderen strukturierenden Rahmenbedingungen mitgedacht werden müssen.

In seiner Schrift über den Anfang der Menschheitsgeschichte erklärt Kant, dass der Mensch geradezu zur Autonomie verurteilt ist. Er sei nämlich von der Natur und anderer fremder Leitung freigesprochen und müsse sich deshalb selbst Regeln und Gesetze geben. Autonomie als Möglichkeit und Ziel! Die Autonomie der Person ist zudem ein unverzichtbarer Wert. „Allein der Mensch als Person betrachtet, [...] besitzt eine Würde“ (Kant 1982b, 569). Die Person hat diese wiederum aufgrund ihrer Teilhabe an der Menschheit. „Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur“ (Kant 1982a, 69). Mit dieser Aussage ist zugleich der Stellenwert der Autonomie benannt: Sie ist die Basis der Menschenwürde, durch die der Mensch als Gegenstand von Achtung gilt und vor Missachtung und Entwürdigung in Freundschaft,

Familie und anonymer Gesellschaft geschützt ist. Dies gilt auch für den Bereich der pflegerischen Versorgung und biomedizinischen Behandlung (Haynert & Schnell 2009)!

Freiheit und Sicherheit gilt es nun auf Grundlage dieses Autonomiebegriffes zu denken. Da die meisten aktuellen Diskussionen aber eben nicht dieser Argumentation, sondern alten, meist begrenzten Freiheitsbegriffen folgen, werden nun die wichtigsten Argumentationspositionen begriffsgeschichtlich entfaltet.

### 3. Versuche über Freiheit

#### 3.1. Antike

Die Problemfelder des antiken Freiheitsbegriffes werden im Wesentlichen durch das Spannungsverhältnis von Freiheit und Schicksal bestimmt. Das kosmologische Denken der Stoa ist dadurch geprägt, dass alles in der Natur von den ewigen Gesetzen des Logos beherrscht wird. Der Kosmos ist eine Kugel, innerhalb derer Stadtstaaten existieren. Innerhalb der Städte wiederum leben Menschen, „die gleich unter Ihresgleichen sind“ (Sokrates 1997:26), aber anders als die „Barbaren“ (ebd.).

Freiheit besteht darin, dass die Menschen ihren Ort im Kosmos verstehen und sich ihrer Natur gemäß zu entwickeln haben. Versinnbildlicht wird das antike Freiheitsverständnis durch das Gleichnis vom an einen Wagen gebundenen Hund. Der Hund hat die Möglichkeit, freiwillig hinter dem Wagen herzulaufen oder aber er wird hinter hergezogen werden. Diesem Gleichnis zufolge äußert sich die Freiheit des Einzelnen in dem richtigen Verständnis seiner Situation sowie in der Einsicht und Zustimmung zu den alles beherrschenden (Natur-)Gesetzen.

#### 3.2. Mittelalter

Die antike Deutungsweise von Wahlfreiheit und Schicksal erfährt mit dem Einfluss des christlichen Denkens eine Umdeutung zwischen der göttlichen Allmacht einerseits und der Willensfreiheit des Menschen andererseits. In seinen freiheitstheoretischen Abhandlungen wendet sich Augustinus gegen die Stoa und definiert Freiheit als die Willensfreiheit, „Gutes oder Böses“ (Augustinus 1987:56) zu tun. Zwar könne Gott alle menschlichen Handlungen vorhersehen. Dieser Umstand hebe aber keineswegs die Willensfreiheit des einzelnen Menschen auf, die sich in jeder konkreten Handlung zeigt. Freiheit bedeutet nun, sich bewusst zu entscheiden. Dabei können sich getroffene Entscheidungen aber im Nachhinein auch als schlecht, Freiheit als Unfreiheit erweisen. „Fehler geschehen halt“ (ebd.).

#### 3.3. Neuzeit

Vor dem Hintergrund naturwissenschaftlicher Weltmodelle erfährt der Freiheitsbegriff eine systematische Umgestaltung, die sich gleichermaßen auf subjektive wie objektive

Aspekte menschlichen Seins beziehen. Die neuzeitlichen Fragestellungen zielen vor allen Dingen auf den ultimativen Bestimmungsgrund der Freiheit der einzelnen Person, auf die negative Freiheit in Handlungssituationen sowie auf die positive Freiheit in der eigenen Lebensführung.

In der Argumentationsposition von Thomas Hobbes, die auch viele heutige Diskussionen um Freiheit und Freiheitsentzug dominiert, wird die Freiheit auf negative Art und Weise „als Fehlen körperlicher oder geistiger Einschränkungen“ beschrieben (Hobbes 1983:92). Hobbes' Freiheitsbegriff rekuriert dabei aber ausschließlich auf den physischen Körper, da er konstatiert, in der Metaphysik und Philosophie werde ein falscher Begriff der Willensfreiheit diskutiert. Der Begriff der Willensfreiheit könne nicht auf die Freiheit des Willens schließen, sondern lediglich auf die Nicht-Beeinflussung des Willens. Deshalb sei auch zu beachten, „dass Freiheit immer nur in Bezug auf Körper gegeben sei“ (ebd.).

Ähnlich, aber ungleich abstrakter definiert David Hume seinen Freiheitsbegriff. In seiner Analytik der menschlichen Freiheit in Handlungssituationen kommt er zum Schluss, „dass niemals die Beeinflussung durch Andere ausgeschlossen werden kann“ (Hume 1981:172). Selbst im günstigsten Falle sei der Mensch noch durch seine Neigungen oder Lebensumstände direkt beeinflusst. Weil zwischen den Handlungen, Bedingungen und Motiven eine dauerhafte Verbindung herrsche, sei es möglich zwischen den Bedingungen und den menschlichen Handlungen Aussagen zu treffen. Diese Denkart findet auch heute noch ihren Widerhall in Gutachten und Prognosen.

### 3.4. Aufklärung

Im Zeitalter der Aufklärung gehen Rousseau und Kant von einem unauflösbaren Zusammenhang von Freiheit und allgemeinen Menschenrechten aus. Die Menschen seien zwar frei geboren, aufgrund zivilisatorischer Fehlentwicklungen kommt es allerdings zu sozialer Ungerechtigkeit. „Erst durch die Erweiterung der persönlichen Freiheit durch politische Selbstbestimmung im Rahmen eines Gesellschaftsvertrages“ (Kant 1981:198) könne ein für alle Menschen gerechter und freier Raum geschaffen werden. Diese Argumentationsposition ist Basis allen juristischen und leitlinientreuen Denkens.

### 3.5. Moderne

Freiheit als Wert der Moderne wird in der Regel als die Möglichkeit verstanden, ohne Zwang zwischen verschiedenen Möglichkeiten auswählen und entscheiden zu können. Mit Kant (2004) und vor allen Dingen Berlin (2006) können zwei Formen von Freiheit unterschieden werden:

- Negative Freiheit (Freiheit von etwas) bezeichnet einen Zustand, in dem keine von anderen Menschen ausgehenden Zwänge ein Verhalten erschweren oder verhindern.
- Positive Freiheit (Freiheit zu etwas) bezeichnet einen Zustand, in dem die Möglichkeit der passiven Freiheit auch tatsächlich genutzt werden kann oder nach

noch weitergehender Auffassung einen Zustand, in dem die Möglichkeit tatsächlich genutzt wird.

Die negative Bestimmung von Freiheit wird in Bezug auf innere und äußere Hindernisse und Zwänge gewonnen. Sie deckt sich im Wesentlichen mit dem Begriff der Handlungsfreiheit. Die positive Freiheit unterstellt dem Handelnden Willens- und Wahlfreiheit. Der Handelnde ist danach die Entscheidungsinstanz und kann und muss sich in persönlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Belangen selbst bestimmen.

In fast allen aktuellen Diskussionen über Freiheit, Freiheitsentzug oder -einschränkung wird nur vom Zustand der negativen Freiheit her gedacht: Wovon, so die Ausgangsfrage, wolle oder müsse man frei sein?

Das Projekt ReduFix (siehe Artikel Viol und Karner) geht eben dieser Frage nach. Indem zunächst bestimmt wird, was freiheitsentziehende Maßnahmen sind und wie sie wirken oder auch nicht wirken, wird eine Null-Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen angestrebt. Dabei wird allerdings vergessen, dass Gewalttätigkeit ein freiheitsstiftendes Element sein kann, wenn sie Schutz bietet und im Sinne der Autonomie als gesellschaftliche legitimierte Intervention zugelassen wird. Es wäre unethisch einem suizidalen Patienten Schutz durch Freiheitsentzug abzuspochen. Vielmehr entspricht es der Verantwortungsübernahme der Selbstsorge und professionellen Sorge alle möglichen Mittel einzusetzen, um Gefährdungssituationen auszuschließen. Dennoch darf auch dabei nie vergessen werden, dass es darauf ankommt, wie am und mit dem Menschen gehandelt wird.

Das Praxisleitlinien-Projekt (siehe Artikel Haut/Möller) nimmt diese Idee auf und folgt der zweiten Unterscheidungsform des Freiheitsbegriffes, der positiven Freiheit. Mit dem Slogan „Freiheit zu wagen“ wird auf die individuelle Verantwortung der Heilberufe hingewiesen, neben ihrem impliziten Wissen auch explizites Wissen als Handlungsgrundlage einzusetzen und stellvertretend für den bedürftigen Menschen tätig zu werden. Wohl wissend, dass freiheitsentziehende Maßnahmen so wenig wie möglich eingesetzt werden sollten, wird ihre ethische Funktion nicht negiert. Freiheit bedeutet hier, selbstständig die Verantwortung zu übernehmen und nach bestem Wissen zu handeln. Nur so kann den bedürftigen Menschen ein möglichst großer Freiheitsraum ermöglicht werden.

## 4. Freiheit und Sicherheit

Sicherheit bezeichnet einen Zustand, der frei von unvermeidbaren Risiken der Beeinträchtigung ist oder als gefahrenfrei angesehen wird. Allgemein wird Sicherheit jedoch nur als relativer Zustand der Gefahrenfreiheit angesehen, der stets nur für einen bestimmten Zeitraum, eine bestimmte Umgebung oder unter bestimmten Bedingungen gegeben ist (Berlin 2006). Die Anschläge vom 11. September haben leider gezeigt, dass sämtliche Sicherheitsvorkehrungen zu Fall gebracht werden können, die sich nicht

beeinflussen oder voraussehen lassen. Sicherheit kann also niemals bedeuten, dass Beeinträchtigungen vollständig ausgeschlossen sind, sondern nur, dass sie hinreichend unwahrscheinlich sind.

Demgegenüber steht der Wunsch nach größtmöglicher Sicherheit einerseits und möglichst weitgehender individueller Freiheit andererseits. Dieses Spannungsverhältnis löst sich auch wieder auf, wenn der Autonomiebegriff wörtlich genommen wird: Ich bin erst dann selbstbestimmt, wenn ich die Freiheit der Anderen respektiere, denn um mit dem Ruhrgebiets-Philosophen und Musiker Marius Müller-Westernhagen zu sprechen: „Freiheit, ist das einzige was zählt“.

## Literatur / Allgemeine Hinweise

Literaturhinweise der einzelnen Beiträge finden Sie unter [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

## Impressum

### Herausgeber

G-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen  
Alfred-Herrhausen-Strasse 50  
58455 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

G-plus ist ein Projekt der  
UWH Forschungsgesellschaft mbH  
Alfred-Herrhausen-Strasse 50  
58455 Witten

Koordination des Bandes  
Nina Kolbe

Redaktion  
Nina Kolbe, Monika Hörr

Konzeption und Gestaltung  
Axel Boesten, Essen  
[www.axel-boesten-plus-x.de](http://www.axel-boesten-plus-x.de)

Bildnachweis  
Abbildung Titel: ©iStockphoto.com/Floortje

Druck  
Offsetdruck Klaus Dieckhoff, Witten  
[www.dieckhoff-druck.de](http://www.dieckhoff-druck.de)

Auflage  
500 Exemplare

November 2010

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

