



DIE KUNST, SICHERHEIT UND AUTONOMIE ZU GEWÄHRLEISTEN Risiken eingehen, Ziele erreichen

Sabine Hahn, Thomas Klie, Stefanie Becker

Betagte Bewohner in Alters- und Pflegeheimen haben ein erhöhtes Risiko für Zwangsmaßnahmen bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Pflegefachpersonen müssen sich der Herausforderung stellen, wie Sicherheit und Autonomie der Bewohnenden gewährleistet werden kann. Dieser Spagat macht eine Auseinandersetzung mit der bestehenden Evidenz und mit rechtlichen sowie ethischen Aspekten unumgänglich.

Die Lebenserwartung der Menschen ist im 20. Jahrhundert weltweit angestiegen und führt insbesondere zu einer Zunahme der absoluten Zahl und des Anteils hochbetagter Menschen in der Bevölkerung [1, 2]. In Gesellschaften des langen Lebens nehmen mit dem hohen Alter verbundenen Erkrankungsformen zu. Dazu gehören in besonderem Maße Erkrankungen aus der Syndromgruppe der Demenzen [3]. Gerade Menschen mit Demenz weisen einen erhöhten Versorgungsbedarf auf [4, 5] sowohl in der Pflege als auch in Betreuung und Teilhabe [6]. Gesetzgebung, professionelle Standards, aber auch die sich ver-

ändernden Ansprüche von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie deren Angehörigen, verlangen eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität. Durch Personalmangel und Ressourcenknappheit sind Pflegefachpersonen zusätzlich gefordert, diese Ansprüche zu erfüllen. Pflegefachpersonen tragen in besonderer Weise Verantwortung und müssen im Alltag Lösungen für anspruchsvolle Pflege- und Betreuungssituationen – gemeinsam mit Angehörigen sowie anderen Berufsgruppen – finden. Der Umgang mit Menschen mit Demenz stellt dabei stets eine fachliche, rechtliche und ethische Herausforde-

rung dar. Menschen mit Demenz haben ein höheres Risiko von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein, als andere Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen [7, 8]. Insgesamt beträgt die Prävalenz der Zwangsmaßnahmen in Alters- und Pflegeheimen zwischen 41% und 64% [9, 10].

Vermeintlicher Sinn von Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen werden durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften folgendermaßen definiert: „Als Zwangsmaßnahmen wer-



Fixierung:

Wirkung ungewiss.

den alle Eingriffe bezeichnet, die gegen den erklärten Willen oder gegen Widerstand eines Menschen – oder bei Kommunikationsunfähigkeit gegen den mutmaßlichen Willen – erfolgen. Auch weniger eingreifende Maßnahmen, wie z. B. jemanden zwingen, aufzustehen, Nahrung einzunehmen, oder an einer therapeutischen Sitzung teilzunehmen, sind Zwangsmaßnahmen. Sie sind prinzipiell analog zu behandeln“ [8: 4].

Mechanische und chemische Fixierungen. Wie Becker und Hahn [11] aufzeigen, umfassen Zwangsmaßnahmen im Alters- und Pflegeheim offensichtliche Handlungen wie das Anlegen von Körpergurten oder das Einschließen und weniger offensichtliche und somit nicht immer beachtete Maßnahmen. Zu diesen nicht sichtbaren Maßnahmen zählen Einschränkungen der persönlichen Autonomie, die nicht nur durch ein „Tun“ sondern oft auch durch das Unterlassen einer Handlung oder auch durch unangemessene Medikation, wie zum Beispiel Schlafmedikation oder

Psychopharmaka, geschehen. Gerade bei Menschen mit Demenz werden neben der körperlichen auch chemische Fixierungen durch Psychopharmaka häufig eingesetzt, um – so zumindest die Argumente – krankheitsbedingte Verhaltensauffälligkeiten günstig zu beeinflussen und die Sicherheit der betagten Menschen zu erhöhen. Die Person soll vor Sturz oder vor Verlassen der Einrichtung „geschützt“ werden.

Fixierungen können Unfallrisiko erhöhen. Wenig beachtet werden noch immer die Folgeschäden von Zwangsmaßnahmen. Verschiedene negative physiologische und psychologische Effekte bzw. Folgen wie beispielsweise Unruhe, Desorientierung, Abnahme der kognitiven Fähigkeiten, schwerwiegende Verletzungen, Dekubiti, nosokomiale Infektionen, Urin- und Stuhlinkontinenz sowie Depressionen konnten durch die Verwendung von Zwangsmaßnahmen nachgewiesen werden. Ebenso können sich gerade die Risiken, die eigentlich durch die Maßnahmen verhindert werden sollen wie Stürze und

Todesfälle, erhöhen [12]. Werden freiheitsbeschränkende Maßnahmen als notwendig erachtet und durch das Personal oft angewendet werden sie zur vermeintlich „guten Praxis“ und so zur Regel anstatt zur Ausnahme [12].

Komplexe Entscheidung. Die Entscheidung, freiheitsbeschränkende bzw. Zwangsmaßnahmen anzuwenden, ist sehr komplex und wird durch die individuellen Merkmale der Heimbewohner, die Charakteristika des Gesundheitspersonals, Einflussfaktoren der Umgebung sowie durch Faktoren der Institution beeinflusst [13]. Sie stehen dabei in einem fachlichen, rechtlichen und ethischen Spannungsfeld.

Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Autonomie

Die Pflege von alten und kranken sowie kognitiv eingeschränkten Menschen stellt Pflegende immer wieder vor die Frage, wie sie die Sicherheit der Betroffenen gewährleisten und gleichzeitig ihr Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung im Alltag

erhalten können. Zwischen der Pflicht, das Leben und die Gesundheit der überantworteten Menschen zu schützen sowie ihre Lebensqualität zu fördern und ihre Autonomie zu bewahren, besteht zwar kein Widerspruch, aber zumindest ein großes Spannungsfeld.

Zwangsmaßnahme als Ultima Ratio

So hat beispielsweise ein Amtsgericht im Jahr 2000 das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Sicherheit deutlich gemacht: „Ein menschwürdig betriebenes Alters- und Seniorenheim kann keine 100%-Sicherheit gegen die Gefahr von Stürzen garantieren“ [14]. Damit wird klar festgehalten, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen allein zur Vermeidung von Stürzen nicht gerechtfertigt ist. Pflegefachpersonen und weitere Gesundheitsfachpersonen sind somit gehalten, in jedem Fall eine sorgfältige fachlich begründete Entscheidung zu ermöglichen. Zudem müssen Zwangsmaßnahmen in der Pflege wie jeder andere Eingriff in die Grundrechte eines Menschen zwingend in jedem Fall dem geltenden Recht genügen. Das tun sie dann, wenn sie sich als Maßnahmen darstellen, die dem „State of the Art“ in der Pflege und Betreuung entsprechen – und alternativlos sind, d. h. die Zwangsmaßnahme ist die letzte Möglichkeit der Intervention, nachdem alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Unumgänglich ist zudem die in der Einführung erwähnten Risiken und Folgeschäden zu beachten.

Grundhaltung: Schwierige Situationen offenbaren Bedürfnisse

Eine zentrale Grundvoraussetzung für eine fundierte Reflexion und Beurteilung einer Situation ist, dass die Bedürfnisse der Betroffenen ernst genommen werden und mit entsprechender Sorgfalt, insbesondere bei nicht mehr auskunftsfähigen Personen, in einem kontinuierlichen Beobachtungsprozess erfasst werden. Eine Grundhaltung, die physisch und psychisch schwierige Situationen im Pflegeprozess primär als Teil der autonomen Lebensäußerungen und konkrete Anlässe zur Förderung von Lebensqualität und Wohnbefinden versteht (und nicht als Störung des

Ablaufs des Arbeitsalltags), gewährleistet, dass die jeweils individuellen Bedürfnisse der Betroffenen bekannt sind bzw. erkannt werden. Dadurch kann geprüft werden, in welchem Umfang auf die Bedürfnisse eingegangen werden kann. Hier werden und müssen immer Einzelfallentscheidungen getroffen werden.

Interdisziplinarität fördert professionelle Entscheidungen

Eine sorgfältige Abklärung solcher anspruchsvollen Situationen bedarf der interdisziplinären Auseinandersetzung und Meinungsbildung. Wo dies möglich ist, sollte das gemeinsame interdisziplinäre Ziel sein, mögliche Alternativen (z. B. enge Begleitung des Betroffenen, Ablenkung, Beschäftigung, Hilfe durch Dritte, etc.) zusammen zu tragen sowie die Risiken einer Nicht-Behandlung (z. B. mit Psychopharmaka) und der Bewahrung der Autonomie abzuwägen.

Kreative Ursachensuche. Grundsätzlich müssen zunächst alternative Maßnahmen im Pflegealltag auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Zuerst sollten mögliche Ursachen für die jeweilige Situation gesucht werden und wenn möglich behoben bzw. ausgeschlossen werden. Diese können sowohl bei der betroffenen Person (z. B. Schmerzen, Angst, Einsamkeit, Unverständnis für die Situation, Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Ausscheidung oder Medikamente) als auch im räumlichen Umfeld der Betroffenen zu finden sein (z. B. Position des Bettes, Dunkelheit, Zimmertemperatur, Lärm oder Geräuscharmheit, etc.). Es gilt herauszufinden, welche Maßnahmen die Situation in welcher Weise beeinflussen. Dabei ist meist Kreativität gefragt und das Nutzen von Spielräumen. Wichtig ist, dass dokumentiert wird, wie sich diese Maßnahmen psychisch und physisch auf die betroffenen Bewohner auswirken. Dabei ist Durchhaltevermögen (nicht zu schnelle Wechsel der Interventionen) und Fachwissen (klinische Einschätzung der Situation) gefragt.

Gemeinsam getragene Entscheidung. Erst wenn nachweislich alle für möglich erachteten alternativen Maßnahmen aus-

geschöpft sind, kann erneut im interdisziplinären Team eine weitergehende Entscheidung getroffen werden. Dabei sind – sofern möglich – die Meinung der betroffenen Person, ihre biographisch bekannten Haltungen oder Lebenseinstellungen und eine eventuell vorliegende Behandlungsvereinbarung zur berücksichtigen sowie die Sicht der Angehörigen einzubeziehen. Wird der Entscheidung für eine freiheitsbeschränkende Maßnahme oder Zwangsmaßnahme gefällt, muss ebenfalls ein Abwägungsprozess stattfinden. Dieser sollte immer die für die betroffene Person am wenigsten beeinträchtigende Maßnahme berücksichtigen.

Einrichtungsträger muss Reflexion ermöglichen.

Die Freiheitsbeschränkung oder Zwang stehen somit am Ende eines komplexen professionellen Reflexionsprozesses, der mögliche Alternativen und Risiken abwägt und die Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert. Gerade unter dem wachsenden Druck, dem sich die Pflegenden im Alltag zunehmend ausgesetzt sehen, muss auch insbesondere von Seiten der Führungspersonen sichergestellt werden, dass für eine solche interdisziplinär reflektierte Entscheidungsfindung ausreichend (zeitliche und auch kompetenzbezogene) Ressourcen zur Verfügung stehen. Zwingend sind die rechtlichen Grundlagen einzuhalten, welche eine engmaschige Überprüfung der Erforderlichkeit vorsehen.

Recht – Reflexionshilfe und verbindliche Legitimation

Fachwissen alleine reicht für eine ethisch tragfähige Entscheidungsfindung also nicht aus. Zwangsmaßnahmen berühren verfassungsrechtlich verbürgte Menschenrechte von Bürgern. Die besonders vulnerablen Bewohner von Alters- und Pflegeheimen benötigen diesen Schutz in besonderer Weise. Sie sind sowohl in Heimen als auch in der häuslichen Pflege in verschiedener Weise dem Risiko ausgesetzt „Opfer“ von Zwangsmaßnahmen zu werden: Wie schon erwähnt, zählen Medikationen ohne Einwilligung ebenso dazu wie abgeschlossene Haustüren in der Privatwohnung, aber auch die Durch-

führung von Pflegehandlungen gegen den Bewohnerwillen und die in diesem Beitrag besonders hervorgehobenen freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Zwangsmaßnahmen unter Legitimationsdruck

So sieht das schweizerische Erwachsenenschutzrecht (Art 382 ff ZGB), aber auch das deutsche Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) sowie das österreichische Sachwalterrecht neben den allgemeinen strafrechtlichen Bestimmungen [vgl. hierzu 14] besondere gesetzliche Regelungen vor, die insbesondere sogenannte freiheitsentziehende Maßnahmen von der Prüfung ihrer fachlichen Erforderlichkeit und der Einhaltung eines Verfahrens zu ihrer Legitimation abhängig machen [15] (vgl. div. Unterlagen zum Erwachsenenschutzrecht unter www.curaviva.ch). Gerade angesichts der fehlenden Evidenz für die Wirksamkeit freiheitsentziehender Maßnahmen und den vielfältig erbrachten Nachweis ihrer Schädlichkeit [16] geraten die im Pflegealltag immer

noch weit verbreiteten Freiheitsbeschränkungen unter Legitimationsdruck. Anders gesagt: ihre menschenrechtliche Problematik wird allen Beteiligten bewusster. Die rechtliche Bewertung von Zwangsmaßnahmen steht dabei im Einklang mit den pflegeethischen Prinzipien, die in der Selbstbestimmung und Autonomie der auf Pflege angewiesenen Menschen die zentralen anthropologischen Bezugspunkte der Fachpflege sehen.

Entscheidend – Kompetenz des Personals

Befunde zur extrem unterschiedlichen Häufigkeit (5–58%) von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Hamburger Pflegeheimen, bei gleichem Personalschlüssel und Bewohnendencharakteristiken, bestätigen ebenso wie die Befunde von Redufix (www.redufix.de), dass die Konzeption der Einrichtung, die Haltung der Pflegekräfte und ihre spezifische fachliche Qualifikation im Umgang mit Menschen mit Demenz die Anwendung beeinflussen und nicht der

jeweilige Personalbestand bzw. die Team-Zusammensetzung [17, 18]. Damit geraten rechtlich für die Bewertung der Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen die professionellen Einschätzungen der Fachpersonen bzw. die Alternativlosigkeit der jeweils ergriffenen freiheitsentziehenden Maßnahmen in den Vordergrund. Es stellt sich auch rechtlich die Frage, ob durch Hilfsmittel (Niederflurbett, Sensormatte, GPS, Hüftprotektoren o.ä.) der Einsatz von Zwangsmaßnahmen verhindert werden kann und ob konzeptionelle Anpassungen Erfolg versprechend sind (Nachtbetreuung, Mobilitätsförderung – auch durch Ehrenamtliche).

Mehr Wissen, weniger Zwangsmaßnahmen

Zunehmend relevant wird, ob Schulungen, etwa nach anerkannten Programmen (z.B. www.redufix.de) durchgeführt wurden, die nachgewiesenermaßen zu einer Absenkung von Zwangsmaßnahmen führen [18]. Die Beachtung der Standards des Deut-

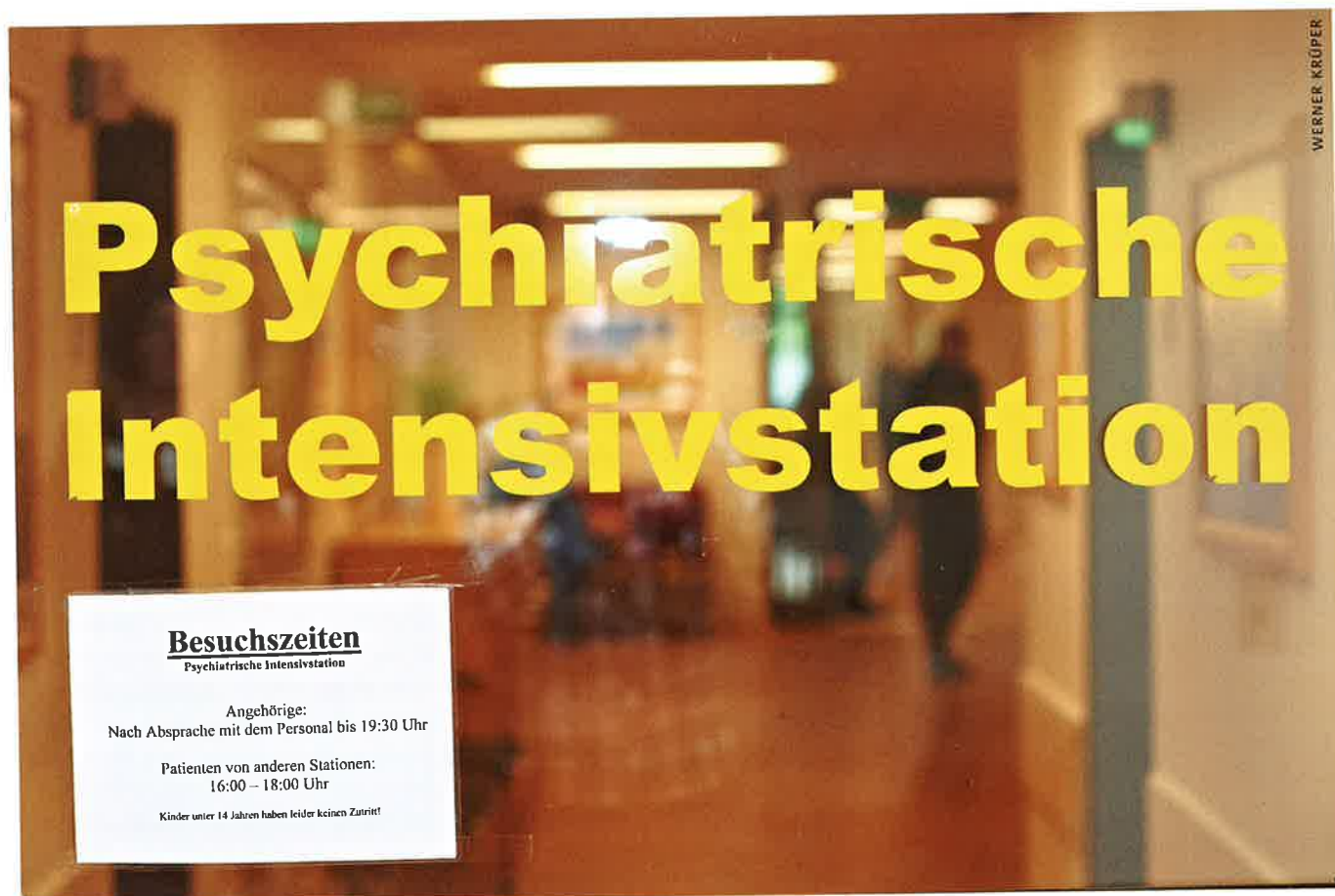


Abb. 1.1 Mehr Schulung. Weniger Einsatz von Zwangsmaßnahmen.

schen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege zur Sturzprophylaxe gehören ebenso zu den jeweils zu prüfenden fachlichen Maßstäben wie die Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (Qualitätsniveau I – Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit Dementiellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen; BUKO QS 2008, http://www.buko-qs.de/cms/front_content.php?idart=73).

Auch der Einsatz einer persönlichen Assistenz (bzw. eins zu eins Betreuung) bei Bewohnern mit einem besonderen Leidensdruck (etwa Retraumatisierung) bei Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen muss in Betracht gezogen werden [19]. Daher werden allgemeine Abwägungen etwa nach der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen den juristisch-fachlichen Ansprüchen nicht (mehr) gerecht. Das Ergreifen von Zwangsmaßnahmen, insbesondere von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, stellt immer, wie schon erwähnt, die Ultima Ratio dar.

Zwangsmaßnahmen müssen legitimiert sein

Die Rechtslage hinsichtlich der Legitimation freiheitsbeschränkender Maßnahmen unterscheidet sich in den deutschsprachigen Ländern zum Teil erheblich. Während in der Schweiz auch die schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zum Ergreifen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen berechtigt (Art. 382 ff. ZGB), ist es etwa in Deutschland betreuungsrechtlich untersagt, zum Schutze Dritter (bis auf aktuelle Notstandssituation) Zwangsmaßnahmen, insbesondere freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu ergreifen. Auch besteht in Deutschland keine Aufsichtspflicht gegenüber Menschen mit Demenz, die etwa Heime für Unfallfolgen von Heimbewohnern verantwortlich macht [20].

Unterschiedliche Legitimationsverfahren

Auch hinsichtlich der Verfahren zur Legitimation von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bestehen erhebliche Unterschiede: während in der Schweiz das Heim die Entscheidung trifft – und dem Betroffenen

erklären und bekannt machen muss – mit der Möglichkeit, die Erwachsenenschutzbehörde anzurufen, ist in Deutschland die Entscheidung stets vom gesetzlichen Betreuer unter Einschaltung des Betreuungsgerichts erforderlich. Die vorgeschriebenen Verfahren reflektieren jeweils die Gefahren einer Routine im Klinik- und Pflegeheimalltag, die Menschenrechte übersieht. Sie veranlassen die Pflegefachpersonen ebenso wie die Kader- und Führungskräfte in den Institutionen dazu, ihre Logik und ihre Argumente für die Legitimation von Zwangsmaßnahmen, insbesondere freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu überprüfen.

Entscheidungsfindung als interdisziplinärer Teamprozess

Um die notwendige Reflektion in einem professionellen Pflegeprozess zu gestalten und fest im Pflegealltag zu implementieren, sind die Definition und Dokumentation eines Entscheidungsprozesses als Standard ein wichtiges professionelles Instrument. Dieses kann dann auf die jeweils individuelle Situation angewendet werden. Wird die Entscheidungsfindung als interdisziplinärer Teamprozess verstanden, so ist gewährleistet, dass auch mögliche negative Auswirkungen, z.B. durch nicht erfolgte Freiheitsbeschränkung oder Fixierung, nicht als Folge mangelnden professionellen Handelns verstanden werden. Denn die Professionalität der Handlung oder der unterlassenen Handlung besteht ja gerade darin, dass immer wieder im Einzelfall, nach sorgfältigem Abwägen aller anderen Möglichkeiten auch das Risiko einer „negativen“ Folge für die Betroffenen (z.B. ein Sturz mit Frakturfolgen) weniger gewichtet wird, als die Einschränkung von Autonomie und Selbstbestimmung eines Menschen. Fixierungsmaßnahmen aus Haftungsangst sind – wie dieser Artikel aufzeigt – nicht nur unprofessionell sondern auch rechtlich nicht tragfähig. Sorgfaltsmaßstab für eine haftungsrechtliche Inanspruchnahme ist die Beachtung fachlicher Standards. Wurden diese eingehalten und kommt es gleichwohl zu einem Zwischenfall, haften weder Heim noch Pflegepersonal. Umgekehrt kann jede unberechtigte freiheitsbeschränkende Maßnahme straf- und haftungsrechtliche Konsequenzen haben und Schmerzensgeldansprüche der Betroffenen auslösen.

haben und Schmerzensgeldansprüche der Betroffenen auslösen.

Pflege soll gestalten, um Ziele zu erreichen

Ein professioneller Umgang mit Risiken, die häufiger zu Zwangsmaßnahmen in der Pflege führen, reflektiert in besonderer Weise die menschenrechtliche Position der Bewohner sowie die Verantwortung der professionellen Pflege und anderer Gesundheitsfachpersonen. Sie besteht nicht darin, Sorge zu tragen, dass „nichts“ passiert und den Fachpersonen keine Vorwürfe gemacht werden können, sondern dafür, dass die unterschiedlichen Pflege- und Behandlungsziele erreicht und miteinander in Beziehung gesetzt werden, etwa „für Sicherheit sorgen“ und „Mobilität und Autonomie fördern“. Es ist Ergebnis professioneller Kunst, wenn in der Interaktion in Kooperation mit allen Verantwortungsträgern (Betroffenen, Beiständen, Betreuenden, Ärzten, Angehörigen, Therapeuten) mittels der Gestaltung des Pflege- und Behandlungsprozesses, die Ziele erreicht werden. Ein professioneller und zugleich „erwachsener“ sowie von Fachwissen geprägter Umgang mit dem Recht [21] sieht das Recht und seine für die Pflege relevanten Wertungen und Verfahren nicht als Fremdkörper sondern als Reflexionshilfe für das professionelle und berufsethisch begründete Vorgehen. Folgende Fragen, welche die verschiedenen fachlichen und ethischen Dimensionen aufwerfen, können nutzbringende Entscheidungshilfen darstellen:

- **individualethisch:** Wie bewerte ich als Pflegefachperson mein Handeln, wenn ich zu Zwangsmaßnahmen greife?
- **beziehungsethisch:** Welche Folgen haben Zwangsmaßnahmen für die Beziehung zwischen mir und den auf Pflege angewiesenen Menschen?
- **organisationsethisch:** Wie gehen wir in unserem Heim mit Zwangsmaßnahmen um? Welche Leitbilder und Prozeduren werden davon berührt?
- **sozialethisch:** Welche Anthropologie offenbaren wir in Zwangsmaßnahmen in Bezug auf Menschen mit Demenz und ihrem selbstverständlichen Einsatz in der Praxis ihnen gegenüber?

Generell ist zu reflektieren ob Abwägungen zwischen Freiheit und Sicherheit nicht in paternalistische Rollen- und Institutionsverständnisse eingebettet sind. Dies ist immer wieder eine der bedeutendsten Erkenntnisse eines juristisch und ethisch reflektierten Risikohandlings im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen. Nicht dass auf Zwangsmaßnahmen immer verzichtet werden kann, aber ihre besondere Begründungs- und Legitimationsbedürftigkeit in fachlicher, rechtlicher und ethischer Hinsicht und deren Akzeptanz stellt sich als wichtiger Meilenstein auf dem Weg der Professionalisierung der Pflege dar.

Literatur

- 1 Christensen K et al. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 2009 (374): 1196–2089
- 2 Vaupel JW. Biodemography of human ageing. *Nature*, 2010, 46(4)
- 3 Höpflinger F, Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, ed. s. Gesundheitsobservatorium, 2003, Bern: Huber, 2003
- 4 Zurn P et al. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2(1)
- 5 Smits M, Slenter V, Geurts J. Improving Manpower Planning in Health Care, in 23rd Bled eConference eTrust: Implications for the Individual, Enterprises and Society, 2010, June 20–23, 2010; Bled, Slovenia: 144–154
- 6 Kickbusch I, Ospelt-Niepelt R, Seematter L. Alter und Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern; Huber 2009: 123–146
- 7 Evans LK, Cotter VT. Avoiding Restraints in Patients with Dementia. *American Journal of Nursing*, 2008, 108(3): 40–49
- 8 McBrien B. Exercising restraint: Clinical, legal and ethical considerations for the patient with Alzheimer's disease. *Accident and Emergency Nursing*, 2007, 15(2): 94–100

- 9 Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005, 38(1): 19–25
- 10 Bredthauer D et al. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005, 38(1): 10–18
- 11 Becker S, Hahn S. Auch Nichtstun schränkt ein. Freiheitsbeschränkung und Zwang: Bewegungsfreiheit oder Stillstand? *NOVAcura*, 2011 (1): 2–4
- 12 Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 41(3): 274–282
- 13 Karlsson S et al. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001, 49(12): 1722–1728
- 14 Klie T. Rechtskunde, das Recht der Pflege alter Menschen. 9. überarb. Auflage. Hannover: Vincentz, 2009
- 15 Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis. 2. Aufl. Heidelberg, C.F. Müller, 2012
- 16 Bredthauer D, Klie T, Viol M. Entscheidungsfindung zwischen Sicherheit und Mobilitätsförderung. Die Suche nach dem Königsweg. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 2009, 1(09)
- 17 Meyer G, Köpke S. Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? *Pflege und Gesellschaft*, 2012, 17: 36–44
- 18 Koczy P et al. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home. *Journal of American Geriatrics Society*, 2011, 59(2): 334–339
- 19 Klie T. Nachts nicht fixieren, sondern assistieren. *Altenheim*, 2012, 51(03): 54–55
- 20 Klie T. Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen und die Debatte um die „Aufsichtspflicht“. *Pflegerecht*, 2008, 12(08): 366–374
- 21 Klie T. Lehrbuch Altenpflege Rechtskunde: Das Recht der Pflege alter Menschen, 5. Auflage. Hannover: Vincentz, 1996

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0032-1321920
 Psych Pflege 2012; 18: 177–182
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619



Sabine Hahn
 ist Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Dipl. Pflegeexpertin und Master in Nursing Science. Zurzeit promoviert sie an der Universität Maastricht (NL). Sie leitet die angewandten Forschung und Entwicklung / Dienstleistung Pflege der Berner Fachhochschule und verfügt neben einer langjährige Praxiserfahrung in der psychiatrischen Pflege über fundierte Erfahrung in Lehre und Forschung. Sie vertritt die psychiatrische Pflege in nationalen und internationalen Gremien und ist Mitorganisatorin verschiedener Kongresse.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch



Thomas Klie
 ist seit 1988 Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule (EH) Freiburg und Privatdozent an der Adria Universität Klagenfurt sowie an der

IFF Wien. Er arbeitet zudem nebenberuflich als Rechtsanwalt. Studium der Ev. Theologie, Soziologie und Rechtswissenschaft, Er habilitierte 2010 an der Universität Klagenfurt, IFF Wien. Er leitet das Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung (ZZE) an der EH, ist Leiter des AGP (Alter. Gesellschaft. Partizipation – Institut für angewandte Sozialforschung im FIVE e.V.) an der EH und Verantwortlicher für die Kontaktstudien-gänge im IFW der EH: Palliative Care, Case Management, Berufsbetreuung. Seine Forschungsschwerpunkte sind Soziale Gerontologie und Pflege, Zivilgesellschaft, Rechtssachenforschung.

Kontakt: klie@eh-freiburg.de



Stefanie Becker
 ist Prof. Dr. phil, Dipl.-Psychologin und Dipl.-Gerontologin und lebt seit 2010 in Bern. Sie promovierte an der Universität Heidelberg, wo sie bis 2010 psycho-gerontologische

Forschungsarbeiten vor allem zu den Themen „Lebensqualität“, „Demenz“, „Ambient Assisted Living (AAL)“ und „Psychosoziales Training im Alter“ durchführte. Aktuell leitet sie an der Berner Fachhochschule das Institut Alter, das neben der Bearbeitung aktueller Forschungsfragen auch Aus- und Weiterbildung sowie Dienstleistungsangebote im Bereich gerontologisch relevanter Fragestellungen entwickelt und anbietet (www.alter.bfh.ch).

Kontakt: stefanie.becker@bfh.ch

Kontaktadresse

Sabine Hahn
 Berner Fachhochschule
 Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung/Dienstleistung
 Murtenstrasse 10
 CH-3008 Bern
sabine.hahn@bfh.ch