

## **Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes**

*Irene Berlach-Pobitzer, Reinhard Kreissl, Christa Pelikan, Arno Pilgram*

Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz

Wien, Juni 2005

## **Inhalt:**

### **Teil 1: Interviews und Beobachtungen vor Ort**

|  |    |
|--|----|
| Auftrag und Fragestellung der Studie   | 2  |
| Datenbasis und methodisches Vorgehen   | 4  |
| Theoretische Vorüberlegungen   | 5  |
| Heime als Handlungsfeld  | 6  |
| Die Akteure  | 6  |
| Das Problem der Perspektivendifferenz  | 9  |
| Der gemeinsame Bezugspunkt   | 9  |
| Zentrale Probleme des ‘second code’  | 9  |
| Typologie der analysierten Heime und allgemeine Befunde  | 12 |
| Phänomenologie der Freiheitsbeschränkung – Problemgruppen<br>und Maßnahmen, Rechtfertigungsdiskurse und Alternativen                       | 16 |
| Zu spezifischen Problemen von Freiheit und Zwang in Behinderteneinrichtungen   | 27 |
| ‘Kompression der Morbidität’ – Umbruch in der Landschaft der Pflegeheime   | 29 |
| Risikoorientierung, Flexibilität, Kommunikation – Determinanten für die Praxis<br>freiheitsbeschränkender Maßnahmen                        | 31 |
| Risikoorientierung   | 31 |
| Flexibilität   | 34 |
| Kommunikation  | 36 |
| Zur Bedeutung des Heimaufenthaltsgesetzes aus der Sicht der Praxis   | 39 |
| Das Heimaufenthaltsgesetz als strategische Ressource –<br>zwischen Sicherheit und Risikoorientierung, Freiheitswahrung und Fürsorgepflicht | 52 |
| Annex: Quantitativer Überblick über die untersuchten Heime (das Sample)  | 55 |
| Heimmerkmale und die Verwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen  | 59 |

### **Teil 2: Teilnehmende Beobachtung von Informationsveranstaltungen in den Bundesländern – Erwartungen und ihre Bearbeitung im Vorfeld der Implementation des Gesetzes**

|   |    |
|---|----|
| Methodischer Ansatz   | 64 |
| Bedeutung und Wirkung von Informationsveranstaltungen für die Praxis          | 65 |
| Systematische Zusammenfassung der Beobachtungsbefunden                        | 66 |
| Die Wahrnehmung des Gesetzes  | 66 |
| Die Erwartungen im Hinblick auf die Veranstaltung                             | 67 |
| Die Kenntnisse im Bereich, in dem das Gesetz zur Anwendung kommt              | 68 |
| Die Rollendefinition der verschiedenen Akteure                                | 68 |
| Erwartungen im Hinblick auf die Position des gesetzlichen Bewohnervertreeters | 69 |
| Tabellenanhang  | 69 |
| Summary   | 75 |

## **Teil 1: Interviews und Beobachtungen vor Ort**

### **Auftrag und Fragestellung der Studie**

Dem Bundesministerium für Justiz als Auftraggeber der Studie stellt sich im Zusammenhang mit dem Heimaufenthaltsgesetz eine doppelte Aufgabe. Es hat die Voraussetzungen für eine möglichst wirksame Implementation des Gesetzes zu schaffen und es hat den Parlamentarischen Auftrag, die Einführung des Heimaufenthaltsgesetzes und dessen Auswirkungen wissenschaftlich zu dokumentieren und zu analysieren.

In Hinblick auf den Parlamentsauftrag erwartet sich das Bundesministerium für Justiz von der Studie zweierlei (vgl. Pkt. 1 und 2 des Verkauftrags):

a/ eine differenzierte Häufigkeitsabschätzung für Freiheitseinschränkungen (bei unterschiedlichen Heimtypen und Bewohnerschaften) auch schon zum Zeitpunkt vor Inkrafttreten des Gesetzes,

b/ eine Erfassung der unterschiedlich sensiblen Beurteilungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (in Abhängigkeit von Rahmenbedingungen und „Pflegekulturen“),

in Hinblick auf die Vorbereitung der Implementation wünscht das BMJ ferner (vgl. Pkt. 3 des Verkauftrags):

c/ die Identifikation günstiger Bedingungen für die Etablierung von Kommunikationsstrukturen unter den an der Umsetzung des Heimaufenthaltsgesetzes beteiligten Akteursgruppen.

Soll das Heimaufenthaltsgesetz intentionsgemäß sowohl rechtsschutzwirksam als auch durch die Einrichtung der Bewohnervertretung verfahrenspräventiv bzw. verfahrensökonomisch wirksam werden, so gilt es, in der Implementationsphase des Gesetzes auf den Aufbau von Kommunikationsbeziehungen vor allem zwischen Heimen und Bewohnervertretung zu achten. Die Durchführung einer Studie wie die vorliegende interveniert selbst in diesen Prozess. Sie soll ihn nicht beeinträchtigen und bietet sogar Gelegenheit, ihn positiv zu beeinflussen. Vom Auftreten eines außen stehenden „Dritten“ (eines wissenschaftlichen Beobachters) und der Schaffung einer zusätzlichen Plattform für den Erfahrungsaustausch in Form des gemischten Konsultativgremiums für das Forschungsprojekt gehen selbst Impulse aus. Um den Prozess zu unterstützen und nicht nur, weil ein Dokumentationssystem über Freiheitsbeschränkungen in den Heimen noch nicht existiert und erst installiert werden muss, wurde von einer anonymen und bürokratisch belastenden statistischen Massenerhebung abgesehen und eine qualitativ ausgelegte Erhebung gewählt. In persönlicher Kommunikation, in Interviews mit VertreterInnen und MitarbeiterInnen von Heimeinrichtungen sollte das herrschende „Verständnis“ von Problemen und ihrer Bewältigung durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen sowie des kommenden Gesetzes hinterfragt werden.

Mit Hilfe von ausführlichen Interviews sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Kategorien werden in der Pflegepraxis in den verschiedenen Einrichtungen (Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen für Behinderte, Krankenanstalten) zur Beschreibung und Klassifikation der Bewohner im Hinblick auf den Problemkomplex Freiheitsbeschränkung verwendet?
- Welche Formen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommen in der Praxis wie häufig zum Einsatz?
- Welche Rolle spielen freiheitsbeschränkende Maßnahmen im pflegerischen Alltag der unterschiedlichen Einrichtungen und welches Problembewusstsein (Erklärungen, Begründungen) hinsichtlich solcher Maßnahmen existiert hier?
- Dabei war besonderer Wert auf die Erwartungen der Praxis im Hinblick auf das bevorstehende Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetz zu legen. Die auffindbaren Differenzen sollten in einer Typologie unterschiedlicher Pflegeregime dargestellt werden.

Die Ergebnisse, welche der nachfolgende Bericht liefert, sollen und werden – so ist zu hoffen – zunächst einmal der aufzubauenden Heimbewohnervertretung dienen können, die pflegerische Praxis und Handlungslogik kennen zu lernen und sie darauf vorbereiten, Hinweise auf Problemfelder und Verständigungsbedarf rascher zu erkennen.

Doch auch für die ‚Messung‘ der Wirksamkeit des Gesetzes bietet die Studie eine Grundlage, insofern eine Replikation nach Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetz Veränderungen in der bewussten Wahrnehmung von Freiheitsbeschränkungen und bei der Wahl von Alternativen, Veränderungen bei der Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen Rechtsschutz- und Pflegeeinrichtungen und -personal festzustellen erlauben wird. Über ‚Häufigkeitsveränderungen‘ von Freiheitsbeschränkungen wird man erst dank des Meldewesens nach Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetz systematische Beobachtungen anstellen können. Die Erhebungen zur ‚Bewusstseinsbildung‘ durch das Heimaufenthaltsgesetz werden bei der Interpretation der statistischen Daten bzw. des Meldeverhaltens ihren Dienst leisten.

## *Datenbasis und methodisches Vorgehen*

Auf der Grundlage einer an der Wirtschaftsuniversität Wien im Rahmen einer Diplomarbeit erstellten bundesweiten Aufstellung aller einschlägigen Einrichtungen wurde eine Stichprobe von Einrichtungen gezogen, die sowohl eine regionale, als auch eine funktionale Differenzierung ermöglichen sollte. (siehe Annex: Quantitativer Überblick über die untersuchten Heime – das Sample, Tabelle 0). In den so ausgewählten Einrichtungen sollten Interviews mit den leitenden Personen aus den Bereichen Pflege und Verwaltung, sowie mit den für die medizinisch-ärztliche Versorgung Verantwortlichen geführt werden.<sup>1</sup> Für die Befragung wurde ein thematisch strukturierter Leitfaden und ein Erhebungsbogen für die Erfassung quantifizierbarer Informationen entwickelt, die einem Pretest unterzogen wurden. Die Einrichtungen wurden vom Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie mit der Bitte um einen Interviewtermin angeschrieben. Die Befragung wurde von den Mitarbeitern des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie vor Ort in den Einrichtungen durchgeführt, auf Datenträgern dokumentiert und nach den Kategorien des thematischen Leitfadens auf der Grundlage von Transkripten systematisch ausgewertet.

Ferner wurden nach Möglichkeit im Rahmen einer Begehung der Einrichtungen zusätzliche Informationen erhoben, die in der Form von Beobachtungsprotokollen dokumentiert und für die Interpretation der Interviews herangezogen wurden.

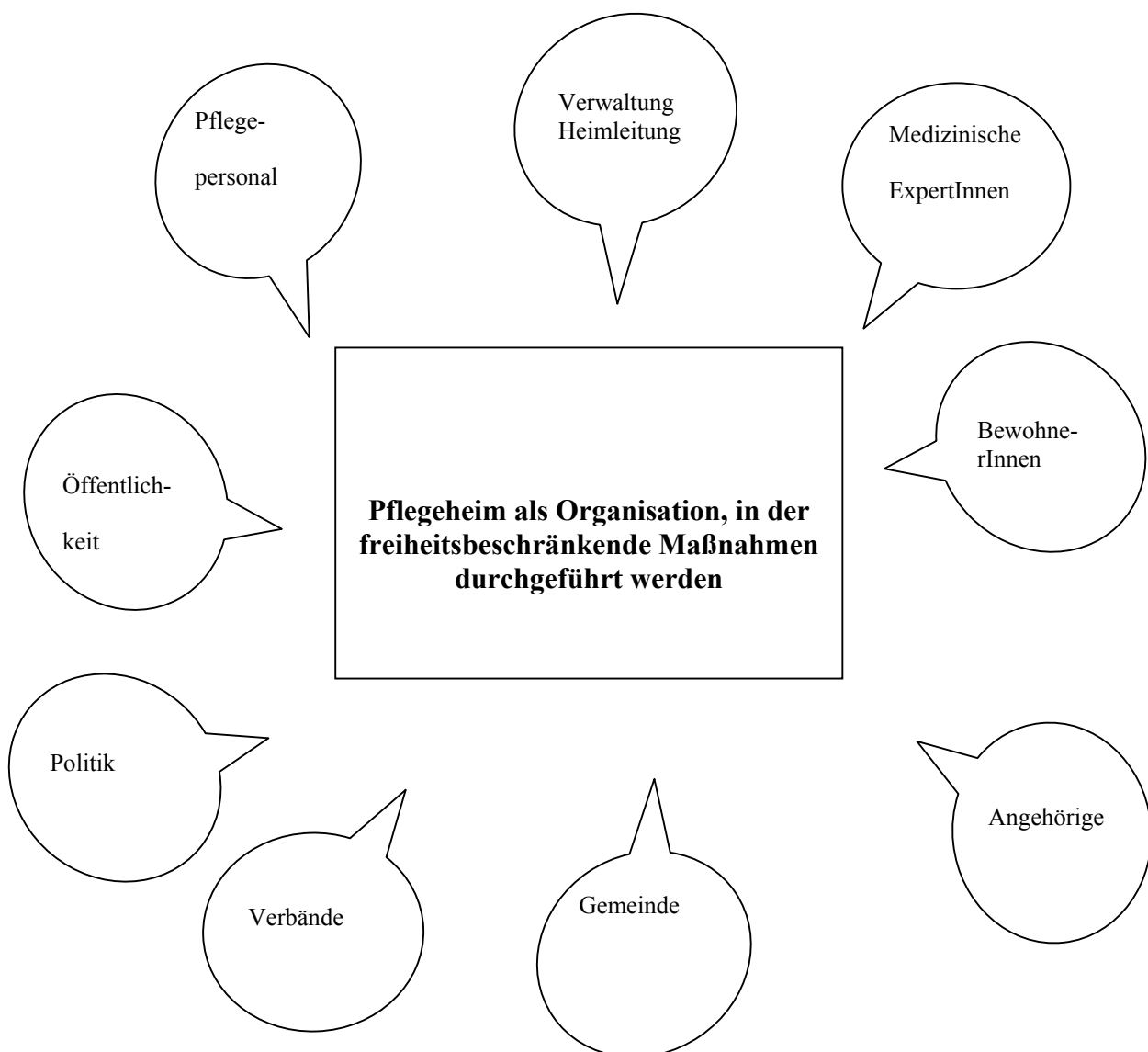
Aufgrund der Anlage der Untersuchung sind statistisch abgesicherte quantitative Aussagen über die Verteilung einzelner „Merkmale“ in der Grundgesamtheit aller österreichischen Einrichtungen nicht möglich. Die im folgenden präsentierten Befunde haben den Status typisierender Beschreibungen von Einstellungen, Problemdefinitionen, Praxisformen und institutionellen Strukturen. Sie bilden damit ein Raster zur Erfassung und zum Verständnis des Problemfelds freiheitsbeschränkende Maßnahmen in jenen Einrichtungen, in denen das Heimaufenthaltsgesetz zur Anwendung kommt. Sie ermöglichen eine theoretisch begründete und empirisch plausible Abschätzung der insgesamt und im Einzelfall zu erwartenden Probleme bei der Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes. Die in der Untersuchung entwickelte Typisierung sollte ferner den zukünftigen BewohnervertreterInnen, die durch das Heimaufenthaltsgesetz eingesetzt werden, ein methodisches Raster an die Hand geben, das ihnen ein theoretisch begründetes Verständnis der Situation in den unterschiedlichen Einrichtungen ihres Tätigkeitsfeldes erleichtert.

---

<sup>1</sup> Nicht in allen Fällen existiert jedoch eine Funktionsteilung zwischen Heim- und Pflegedienstleitung oder Pädagogischer Leitung bzw. waren alle zuständigen Funktionsträger für Interviews verfügbar. Daher wurden im Durchschnitt 2 Interviews je Einrichtung durchgeführt.

## Theoretische Vorüberlegungen

Auf einer allgemeinen Ebene lassen sich stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege als problemlösende Organisationen begreifen, in denen verschiedene Akteure unter den gegebenen Randbedingungen ihr Handeln koordinieren und ihre je individuellen Ziele verfolgen müssen. Aus dieser hier zunächst abstrakt beschriebenen Konstellation ergeben sich eine Reihe von Konfliktlinien, die für die Arbeit solcher Einrichtungen typisch und prägend sind. Die durch das Heimaufenthaltsgesetz zu regelnde Materie der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist eingebettet in diesen Kontext. Schematisch lässt sich die Situation in einem Bild folgendermaßen darstellen:



Die in der Abbildung aufgeführten Gruppen stellen die wichtigsten Akteure im Handlungsfeld *stationäre Pflegeeinrichtung* dar. Diese Gruppen haben nicht nur unterschiedliche Interessen und Artikulationsmöglichkeiten, sie verfügen auch nicht alle über die gleichen Rechte, weder

formell, noch faktisch (i.S. von Rechtsansprüchen und Durchsetzungschancen). Es bilden sich hier wechselnde Kooperations- und Konfliktbeziehungen, die das Leben in der Institution mehr oder weniger tiefgreifend prägen. Wie solche Beziehungen aussehen, wie Interessenskoalitionen gebildet, Strategien entwickelt und Konflikte gehandhabt werden und welche Konsequenzen das für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen im Rahmen der Pflegepraxis im konkreten Fall haben kann, ist Gegenstand der folgenden Präsentation unserer Datenauswertung und Analyse.

Zur Verdeutlichung des hier gewählten theoretischen Ansatzes einer akteurszentrierten Organisationsanalyse werden wir im folgenden, bevor wir auf die empirischen Befunde näher eingehen, exemplarisch die theoretisch-methodischen Überlegungen kurz skizzieren.

### ***Heime als Handlungsfeld***

Die von uns untersuchten Einrichtungen – Alten- und Pflegeheime, Heime für geistig Behinderte, entsprechende Abteilungen in Kliniken – sind zunächst physische und bauliche Arrangements. Sie haben eine gewisse Ausdehnung, ein abzählbare Anzahl an Räumen, einen „baulichen Zustand“, eine bestimmte Einrichtung und eine stumme Geschichte. Sie liegen in einer Region oder einem Stadtteil. Diese für sich genommen zunächst trivial erscheinende Aufzählung ist wichtig, denn sie prägt im Hintergrund die Möglichkeiten, Heime als Handlungsfeld zu nutzen.

Die Parameter *Größe, Lage und Zustand* einer Einrichtung sind für ein Verständnis der Problematik freiheitsbeschränkender Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Unterscheidet man zwischen dem Heim als gleichsam materiellem Setting und den Akteuren, die sich darauf beziehen und/oder dort agieren, so erzielt man damit Differenzierungsgewinne, die es ermöglichen, die Analyse komplexer anzulegen. Wir haben versucht, die Aspekte, die in der sozialwissenschaftlichen Diskussion unter Überschriften wie *environmental design* oder *defensible spaces* verhandelt werden, in unseren Analysen mit zu berücksichtigen. Die physisch-soziale Gestaltung einer Einrichtung ermöglicht zum einen Rückschlüsse auf die dort praktizierte Pflegekultur, zum anderen bestimmt sie auch die Möglichkeiten der Gestaltung des praktischen Pflegealltags. Die Diskussion über die Gestaltung von Pflegeeinrichtungen und verwandten Institutionen hat eine lange Tradition, die von Jeremy Bentham's Idee des Panoptikums bis hin zu zeitgenössischen Kontroversen über angemessene Wohnformen im Alter reicht.

Wir werden auf diese Dimension des Problems im folgenden immer wieder zurückkommen.

### ***Die Akteure***

Wir haben in unserer Analyse versucht, die verschiedenen Akteure, die am Prozess der Gestaltung des Pflegealltags in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt sind, zu differenzieren. Zwar

beschränkt sich die eigentliche Befragung nur auf drei Gruppen (Pflege-, Verwaltungs- und medizinisches Personal) und hier auch wieder nur auf die Ebene der Führungskräfte, aber sowohl aus theoretischer Perspektive, als auch in den Gesprächen mit den Betroffenen, spielen die von uns aufgelisteten Akteure eine wichtige Rolle. Am einfachsten kann man sich die durch solche Konstellationen entstehende Komplexität in der Form einer einfachen Matrix vorstellen. Im Prinzip können alle Beteiligten in Beziehung zueinander treten und in der Praxis finden sich auch eine Reihe solcher Konstellationen. Ob aber letztlich eine solche Konstellation praktische Wirkung entfaltet, wie sie das tut und in welchem Ausmaß, das ist eine Frage, über die man zwar theoretisch begründete Spekulationen anstellen kann, die aber ansonsten nur am konkreten Einzelfall untersucht werden kann. Dennoch erscheint es uns wichtig, hier etwas weiter auszuholen, da zu vermuten steht, dass in der Praxis der Umsetzung des HAG und insbesondere in der täglichen Arbeit der Bewohnervertreter Probleme dieses Typs eine Rolle spielen werden und eine Heuristik, wie die hier vorgeschlagene, es den zukünftigen Bewohnervertretern ermöglicht, ihre eigene Position ein Stück weit in einem größeren sozialen und organisatorischen Zusammenhang zu verorten.

|                | Pflege | Verwaltung | Ärzte | Bewohner | Angehörige | Gemeinde | Verbände | Politik | Öffentlichkeit |
|----------------|--------|------------|-------|----------|------------|----------|----------|---------|----------------|
| Pflege         | O      |            |       |          |            |          |          |         |                |
| Verwaltung     |        | O          |       |          |            |          |          |         |                |
| Ärzte          |        |            | O     |          |            |          |          |         |                |
| Bewohner       |        |            |       | O        |            |          |          |         |                |
| Angehörige     |        |            |       |          | O          |          |          |         |                |
| Gemeinde       |        |            |       |          |            | O        |          |         |                |
| Verbände       |        |            |       |          |            |          | O        |         |                |
| Politik        |        |            |       |          |            |          |          | O       |                |
| Öffentlichkeit |        |            |       |          |            |          |          |         | O              |

Es ergeben sich, wie aus der Abbildung ersichtlich wird, insgesamt 72 mögliche Konstellationen von zwei Akteuren. Rechnet man mögliche Koalitionen mehrerer Akteure hinzu und berücksichtigt darüber hinaus noch die Zeitdimension, so wird die Situation schnell unübersichtlich. Allerdings lassen sich typische, häufige, bzw. wahrscheinliche Konstellationen und Konfliktverläufe identifizieren, die für die Praxis des Pflegealltags eine Rolle spielen. Darüber hinaus führen die Mikrostrategien einzelner Akteure in aller Regel auch zu Gegenstrategien, sodass das System Heim in aller Regel in einem durch gewisse Schwellenwerte definierbaren dynamischen Gleichgewicht bleibt.

Dass es sich bei derartigen Überlegungen nicht nur um sozialwissenschaftliche Glasperlenspielerien handelt, wird deutlich, wenn man sich praktische Beispiele betrachtet. Auf der

Basis unserer Befunde lässt sich ein zwar fiktives, aber dennoch typisches Szenario entwerfen:

Angehörige eines Bewohners beschwerten sich bei der Verwaltungsleitung einer Einrichtung über die Anwendung (oder aber auch: die Nichtanwendung) einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme. Dies führt zu einer Diskussion zwischen Verwaltungsleitung und Pflegepersonal, wobei mit Rücksicht auf mögliche Reaktionen in der Öffentlichkeit, die wiederum von den Angehörigen aktiviert werden kann, versucht wird, den Forderungen der Angehörigen im Rahmen des fachlich Vertretbaren und praktisch Umsetzbaren möglichst zu entsprechen. Dazu ist die Einbeziehung des verantwortlichen medizinischen Experten erforderlich. Der wiederum sieht sich aufgrund ungeklärter Abrechnungsmodalitäten nicht in der Lage, den an ihn gerichteten Forderungen in dem erwarteten Ausmaß nachzukommen. Dies lässt die Angehörigen den Weg über die entsprechende politische Aufsichtsbehörde (z.B. die lokale Bezirkshauptmannschaft oder den Bürgermeister) gehen. Von dort wiederum wird im Rahmen von politischen Überlegungen der Kontakt mit den Verbänden (wie der Ärztekammer) gesucht, um zu einer allgemein verbindlichen Lösung für zukünftige, ähnlich gelagerte Fälle zu kommen. Der angesprochene Landesvertreter der Mediziner wendet sich nun mit dem an ihn herangetragenen Anliegen im Rahmen einer Medienkampagne an die Presse und fordert eine verbindliche und auch finanziell angemessene Regelung solcher Probleme. Die Diskussion in den Medien wird sowohl in den Einrichtungen, als auch von den Angehörigen verfolgt. Daraus entstehen neue Fälle, die wiederum andere oder ähnlich gelagerte Prozesse in Gang setzen können. ....

Wie sich solche Dynamiken entwickeln, hängt von einer Reihe verschiedener Faktoren ab: vom individuellen Engagement einzelner Akteure, von der situativen Rezeptionsfähigkeit der Öffentlichkeit, den verfügbaren Ressourcen und einer Reihe anderer Parameter.

Es steht zu vermuten, dass für den Bereich der Alten- und Pflegeheime das gleiche gilt, wie für andere Einrichtungen, die strukturell ähnlich organisiert sind (psychiatrische Einrichtungen, Krankenhäuser, Erziehungsheime, Strafanstalten, etc.). Die im Hinblick auf die Gestaltung des Alltags der Bewohner wichtigste und mächtigste Gruppe ist das eigentliche Pflegepersonal. Zwar sieht die formale Weisungshierarchie diese Berufsgruppe eher am ausführenden, als am gestaltenden Ende, doch bestimmen aufgrund der in solchen Einrichtungen anfallenden Tätigkeiten und Aufgaben diejenigen, die mit den Klienten regelmäßig und alltäglich Kontakt haben, die Qualität der zu erbringenden Dienstleistung weit stärker, als es die offizielle Sichtweise der Institution vermuten lässt. Gegen und ohne die Mitarbeiter ist jeder Versuch, die Verhältnisse in solchen Einrichtungen zu ändern, zum Scheitern verurteilt. Dementsprechend hinterließen auch in unserer Untersuchung diejenigen Einrichtungen im Hinblick auf den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen den ‚besten‘ Eindruck, die sich um die Einstellung, die Fortbildung und die Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeiter überdurchschnittlich kümmern. Konfliktmindernde Kontakte, gute Kommunikation und kontinuierliche

Kooperationen zwischen Verwaltung, Gemeinde, Pflegepersonal und Angehörigen sind eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Pflegeregime.

Will man die Entwicklung der für Pflegeheime typischen Probleme und Dynamiken verstehen, muss man ein paar soziologisch gesicherte Tatsachen berücksichtigen, die wir hier kurz auflisten wollen.

### ***Das Problem der Perspektivendifferenz***

Soziale Akteure nehmen die Welt selektiv wahr. Für einen Versicherungsvertreter, der mit der Abwicklung von Schadensfällen beschäftigt ist, besteht das Wesen eines Blumentopfs darin, dass er von einer Balkonbrüstung herunter, und vorbeigehenden Passanten auf den Kopf fallen kann. Ein Gärtner sieht andere Dinge beim Anblick von Topfpflanzen. Ähnlich verhält es sich mit den Perspektiven der im Bereich der Alten- und Behindertenpflege engagierten Professionen. Pflegepersonal, Verwaltungsmitarbeiter und Ärzte nehmen andere Dinge wahr, wenn sie das Handlungsfeld Heim sehen. Das gleiche gilt für Politiker, Juristen, und Journalisten – selbstverständlich auch für Angehörige, Bewohner und last not least: Sozialwissenschaftler. Jede dieser Sichtweisen ist in sich konsistent und entsteht aus den Erfahrungen und Erfordernissen der eigenen beruflichen Praxis bzw. Lebenswelt.

### ***Der gemeinsame Bezugspunkt***

Nun führen solche Differenzen nicht immer zu babylonischer Sprachverwirrung oder Dauerkonflikten. In der Mehrzahl der Fälle gelingt es, die Kommunikation aufrechtzuerhalten und zu einer für alle Beteiligten mehr oder weniger befriedigenden Lösung anstehender Probleme zu kommen. Dies erfordert die gemeinsame Bezugnahme auf eine für alle verbindliche Ordnung der Dinge. Die Ordnung der Dinge im Heim lässt sich klar beschreiben: sie ist um das Wohl der Bewohner herum zentriert. Egal, was man im Einzelnen darunter verstehen mag – es gibt höchst kontroverse Diskussionen über den Inhalt und die Bedeutung dieses Wohls – solange es den Beteiligten gelingt, ihre individuellen Positionen auf einen solchen, als allgemein verbindlich akzeptierten semantischen Rahmen zu beziehen, werden sie miteinander kommunizieren können. Die Diskussion über die Notwendigkeit, in Zukunft nach einem gewissen Verfahren zu handeln, bleibt in aller Regel auf der Ebene allgemeiner Vorstellungen, die dann im Einzelfall wieder konkretisiert werden muss.

### ***Zentrale Probleme des 'second code'***

Die Rede von Bewohnern, ihrem Wohlbefinden, ihrer Gesundheit und ihren Rechten bildet die gemeinsam geteilte Oberfläche des *Heimdiskurses*, wobei die beteiligten Akteure ihre je eigenen, aufgrund ihrer professionellen Perspektive geprägten Definitionen und Vorstellungen

gen einbringen. Allerdings gibt es, unabhängig von der konkreten Situation in dem spezifischen Fall Alten- und Pflegeheim noch eine Reihe wichtiger anderer Orientierungen, die in allen bürokratisch strukturierten Organisationen eine Rolle spielen. Analytisch unterscheidet man hier zwischen erstem und zweiten (oder second) Code. Der erste Code handelt von den offiziellen Aufgaben einer Organisation, im Fall von Alten- und Pflegeheimen also von Problemen des Wohls, der Gesundheit und der Sicherheit der Bewohner. Der zweite Code hingegen thematisiert organisationsspezifische Fragen. Hier geht es im wesentlichen um drei zusammenhängenden Typen von Problemen, die wir als *Zurechnungsproblem*, *Ressourcenproblem* und *Dokumentationsproblem* bezeichnen. Abstrakt formuliert handelt es sich dabei um die organisationsspezifische Ausformung der Regelung von Sozial-, Sach- und Zeitdimensionen.

Ein wesentliches Kennzeichen formal-rationaler Organisationen – und um eine solche handelt es sich bei Alten- und Pflegeheimen auch – ist die durchgängige *Zurechenbarkeit von Handlungen und Entscheidungen*. Das zeigt sich beispielsweise auch an den Regelungen des Heimaufenthaltsgesetzes. Hier wird nicht nur bestimmt, was eine freiheitsbeschränkende Maßnahme ausmacht und wann sie zulässig ist, sondern vor allen Dingen auch, wer sie anordnen und genehmigen darf, wem also die Entscheidung Freiheitsentziehung ja oder nein zuzurechnen ist. Auch der in der Diskussion über dieses Thema häufig verwendete Begriff der „Grauzone“, in der das Personal der Alten- und Pflegeheime agiert, ist im Grunde genommen nichts anderes als eine bildliche Formulierung eines Zurechnungsproblems: ist das, was wir tun, rechtens und wem können wir die Entscheidung zuschreiben? Wer trägt im Rahmen einer offiziellen Verantwortungshierarchie die Last der Entscheidung?

Während also die Regelung von Zurechnungsfragen die Sozialdimension des Handelns der Akteure in Organisationen wie Alten- und Pflegeheimen strukturiert (wer ist verantwortlich?), ist die von uns als *Dokumentationsproblem* bezeichnete Problematik die organisationsspezifische Variante der *Lösung des Problems Zeit*. Gegenwärtige Ereignisse und Zustände (wie beispielsweise das Herausfallen eines Bewohners aus seinem Bett) haben eine Vorgeschichte, die in einer für die Organisation verbindlichen Form zugänglich sein muss. Die individuellen Gedächtnisse der Mitarbeiter reichen nicht hin. Was immer in der Vergangenheit geschehen sein mag – wenn es nicht in einer verbindlichen Weise, d.h. aktenförmig, dokumentiert ist, existiert es für die Organisation nicht. Die rechtlich und bürokratisch konstruierte Wirklichkeit des Heims nimmt die Form der schriftlich nach bestimmten Vorgaben dokumentierten Vergangenheit an. Zurechnung und Dokumentation hängen eng zusammen. Ein Vermerk des Pflegepersonals in den Unterlagen eines Bewohners, dass der Arzt oder die Pflegedienstleitung zu einem früheren Zeitpunkt auf die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen hingewiesen worden ist, entlastet im konkreten Schadensfall von der eigenen Verantwortung.

Die Sachdimension des Heimalltags lässt sich als *Ressourcenproblem* darstellen: Alle Beteiligten haben zu wenig Zeit, zu wenig Information, das Heim hat zu wenig Plätze, zu wenig

Mittel für die angemessene Einrichtung und Ausstattung, zu wenig Personal. Also werden alle Beteiligten versuchen, die von ihnen kontrollierten Ressourcen sparsam einzusetzen und notfalls mit Verweis auf deren Knappheit Entscheidungen und Handlungen begründen. Hier haben wir es mit Sätzen des Typs „Wir würden gerne, aber....“ zu tun. Oder um es an einem Beispiel aus den Interviews zu demonstrieren: *„Der Einsatz von Beruhigungsmitteln im weitesten Sinne könnte eingespart werden, wenn neben jedem Patienten eine Schwester oder Pfleger stehen würde, der sich sehr mit dem Patienten beschäftigt.“* (2,3) Ressourcenprobleme sind auch in politischen Auseinandersetzungen von zentraler Bedeutung, wenn es um die Erhöhung des notwendigen Budgets geht.

*Fassen wir zusammen:* Das für die hier vorliegende Untersuchung im Zentrum stehende Problem der Durchführung und Verwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Bereich von Einrichtungen für Alte, Pflegebedürftige und für Behinderte gewinnt seine empirisch analysierbare Form vor dem Hintergrund einer Reihe von Annahmen über die Beschaffenheit und Funktionsweise von (bürokratischen) formal-rationalen Organisationen. Das konkrete physische Setting des Heims bildet die Basis für das Handeln der dort agierenden Personen. Diese verfolgen bestimmte Strategien und Interessen, sie verfügen über Wissen; Ressourcen und bilden Koalitionen, um ihren Alltag zu bewältigen. Das Zentralproblem dieses Alltags ist in allgemeinsten Formulierung die Aufrechterhaltung einer berechenbaren räumlichen und zeitlichen Ordnung – zur Erzielung eines bestimmten ‚Produkts‘, der Pflege und des Wohlergehens der betreuten Personen. Das Problem der Freiheitsbeschränkung bildet dabei einen Parameter, dessen Bedeutung sich erschließt, wenn man die komplexe Funktionsweise des Alltags dieser Einrichtungen rekonstruiert. *Freiheitsbeschränkungen sind eine Form der Problemlösung* und die zentrale Frage lautet: sind sie notwendig, wie können sie gesteuert werden und welche funktionalen Äquivalente lassen sich zu diesen Maßnahmen denken?

(Vielleicht sind sie eine Art Lackmuspapier, das die jeweilige Ausgestaltung der Balancierung von Fürsorge und Wahrung der persönlichen Freiheit ablesen lässt.)

## **Typologie der analysierten Heime/Einrichtungen und allgemeine Befunde**

Nahe liegende Differenzierungskriterien für die Kategorisierung der untersuchten Einrichtungen sind die geographische Lage (Stadt – Land), die Größe, sowie die Trägerschaft (öffentlich – privat). Der offensichtlichste Unterschied zwischen Einrichtungen in städtischen und ländlichen Regionen liegt vor allen Dingen in ihrer Einbindung in die lokale sozio-kulturelle Umwelt. Das macht sich bei der Suche nach „entlaufenen“ Bewohnern ebenso bemerkbar, wie in der Gestaltung von Freizeitaktivitäten und bei der Rekrutierung von Personal und ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Übergreifend und unabhängig von der Region und Lage bestätigt sich auch in den von uns besuchten und untersuchten Einrichtungen der bekannte Trend einer Erhöhung der Pflegestufen und damit einer Veränderung in der Zusammensetzung der Bewohnerschaft, die im Hinblick auf die Problematik des Heimaufenthaltsgesetzes von Bedeutung ist. In allen von uns untersuchten Einrichtungen nimmt der Anteil der vermehrt pflege- und betreuungsbedürftigen Bewohner zu, ehemalige Wohneinheiten werden zu Pflegestationen umgebaut und der Anteil altersdementer Personen in den Heimen steigt. Er lag bei den von uns erhobenen Fällen zwischen dreißig und fünfzig Prozent mit steigender Tendenz.

Als weiteres wichtiges Kriterium erwies sich die Differenz zwischen Einrichtungen, die einem Träger unterstellt sind, der mehrere Heime betreibt, und solchen, die als Einzelne eigenverantwortlich tätig sind. Dabei sind die Einrichtungen, die alleinstehend operieren, vermehrt in ländlichen Gebieten zu finden. Einrichtungen, die weitgehend selbstständig über ihre Belange entscheiden können, ohne die Einwilligung eines übergeordneten Trägers einholen zu müssen, können schneller und oft auch problemadäquater reagieren, als jene, die in einen größeren Verbund integriert sind. Andererseits ist ein solcher Verbund die Voraussetzung für die Nutzung von Synergieeffekten, etwa bei der Differenzierung von Managementaufgaben, wie der Einrichtung der Position einer Pflegedirektion, die sich um Personalentwicklungsmaßnahmen in mehreren Einrichtungen kümmern kann. Autonom agierende Einrichtungen entscheiden in der Regel auch wirtschaftlich selbstständig, was wiederum dazu führen kann, dass der vor Ort empfundene Rationalisierungsdruck höher ist, als bei größeren Organisationen. Die Größe einer Einrichtung ist einer der zentralen Faktoren, die für die Qualität der Pflege verantwortlich sind. In der Pflegediskussion wird die optimale Größe einer Einrichtung bei etwa einhundert Bewohnern gesehen. Kleinere Einrichtungen haben Probleme mit den anfallenden Kosten einer professionellen Betreuung, größere Heime entwickeln eine Anonymität, die das soziale Klima und die Pflegekultur negativ beeinflusst, da der administrative Aufwand für die Überwachung und Kontrolle des Pflegeprozesses überproportional zunimmt.

Schließlich bot sich im Lauf der Untersuchung beim Versuch, unterschiedliche Pflegeregime und Organisationskulturen zu unterscheiden, noch eine weitere Differenzierung an, die wir

mit den Begriffen professionelle, bürokratische, pragmatische und paternalistische Organisationskultur erfasst haben.

Als *professionell* bezeichnen wir dabei jene Einrichtungen, die intern eine starke funktionale Differenzierung und eine problemzentrierte Kommunikation etabliert haben.

*Bürokratische* Organisationen zeichnen sich durch eine konventionelle Aufgabenteilung und hierarchische Kommunikation (Zurechnung von Verantwortung, Anordnung von Maßnahmen) aus.

*Pragmatisch* orientierte Organisationen reagieren flexibel und anlassbezogen, ohne sich durch strukturelle Vorgaben allzu sehr bestimmen zu lassen.

*Paternalistisch* haben wir diejenigen Einrichtungen genannt, die mit einer Vorstellung des Heims als Haushalt arbeiten und sowohl Bewohner, als auch Personal nicht als Rechtssubjekte oder Rollenträger mit einer strikt professionell definierten Identität, sondern als Angehörige einer kulturell eher im Sinne einer Großfamilie definierten Gemeinschaft begreifen.

Schematisch ergibt sich daraus folgendes dreidimensionales Raster, auf dem einzelne Organisationen eingeordnet werden können:

|       | Privat  | Öffentlich  |
|-------|---|---|
| Stadt | Professionell<br>Bürokratisch<br>Pragmatisch<br>Paternalistisch<br>Einzel/Verbund | Professionell<br>Bürokratisch<br>Pragmatisch<br>Paternalistisch<br>Einzel/Verbund |
| Land  | Professionell<br>Bürokratisch<br>Pragmatisch<br>Paternalistisch<br>Einzel/Verbund | Professionell<br>Bürokratisch<br>Pragmatisch<br>Paternalistisch<br>Einzel/Verbund |

Nach den Ergebnissen unserer Erhebung finden sich einzeln bzw. autonom agierende Einrichtungen eher auf dem Land (Alten- und Pflegeheime als kommunale Einrichtungen, etwa in der Form einer gemeinnützigen GmbH), professionelle Organisationsformen eher im städtischen Bereich (städtische, ‚semi-autonome‘, oder private Dachverbände als Träger mehrerer Einrichtungen mit professionellem Management) und eine pragmatische Orientierung eher im privaten Sektor (private Träger mit mehreren, relativ autonom agierenden Einrichtungen). Paternalistisch geprägte Einrichtungen scheinen ebenfalls eher im ländlichen Raum bei kommunalen Trägern anzutreffen zu sein, und zwar insbesondere in jenen Regionen, die auf eine gewisse historische Tradition der kommunalen Altenfürsorge zurückblicken können.

Man kann eine derartige Typologie verwenden, um die Reaktions- und Anpassungsfähigkeit, sowie die Fähigkeit zur Veränderung im Angesicht neuer Erfordernisse, wie sie das Heimaufenthaltsgesetz darstellt, einzuschätzen. Autonom agierende, professionell organisierte Einrichtungen mittlerer Größe werden anders reagieren als Einrichtungen, die in bürokratische Strukturen ihrer Träger (wie etwa Bezirkshauptmannschaften) eingebunden sind. Pragmatisch orientierte Einrichtungen werden die Anforderungen des Gesetzes ihren eigenen Vorstellungen gemäß so verarbeiten, dass sie die eingefahrenen Routinen möglichst wenig tangieren und in paternalistisch geprägten Heimen wird sich möglicherweise expliziter Widerstand gegen entsprechende Regelungen entwickeln. Wir werden allerdings sehen, dass der Organisationstypus keine eindeutigen ‚Vorhersagen‘ über die prospektive Implementierung des Gesetzes zulässt.

Am deutlichsten treten die Unterschiede zwischen den hier entwickelten Typen im Hinblick auf die Vorbereitung, Umsetzung und Kontrolle von pflegeorganisationsrelevanten Entscheidungen zu Tage. Einrichtungen, die eine relativ hohe Autonomie haben und über ein professionelles Management verfügen, werden schnell entscheiden und verfügen in der Regel über Verfahren, die eine nachhaltige Kontrolle von Entscheidungsfolgen garantieren. Einrichtungen, die in bürokratisch-hierarchische Dienstabläufe eingebunden sind, werden dementsprechend länger brauchen und vermutlich über eine geringer ausgebaute Fähigkeit zur Überprüfung der Entscheidungsfolgen verfügen.

Im Hinblick auf die zentrale Fragestellung der Untersuchung: Häufigkeit und Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Erwartungen der Praxis an das Heimaufenthaltsgesetz lassen sich so ‚gute‘ von ‚schlechten‘ Konstellationen unterscheiden. Einrichtungen, die über professionelle und ausführliche Dokumentationsverfahren im Pflegebereich verfügen, werden weniger Probleme mit den zu erwartenden Neuerungen haben als jene, die bisher nur sozusagen das Nötigste für den Hausgebrauch dokumentiert haben. (Die sind freilich mittlerweile eher die Ausnahme; insgesamt sind die Anforderungen an die Dokumentation gewachsen und die Kontrollen dichter geworden.) Einrichtungen mit einem hohen Anteil an ausgebildeten Vollzeitkräften und etablierten Verfahren der Personalentwicklung (von Supervision über Fortbildung bis Teamkommunikation) werden die geforderten Veränderungen besser implementieren als jene, die eine gewachsene traditionelle Organisationskultur ausgebildet haben.

Die Organisationskultur einer Einrichtung zeigt sich bereits bei der Reaktion auf das Ansinnen, die Thematik des Heimaufenthaltsgesetzes im Rahmen eines Interviews zu diskutieren. Eine in die Stichprobe geratene Einrichtung in Oberösterreich, die von uns angeschrieben wurde, konnte das Anschreiben in der Verwaltung nicht lokalisieren („Haben wir nicht gekriegt“). Zudem wurden wir auf unsere telefonische Nachfrage an die beim Träger zuständige Sachbearbeiterin des Trägers verwiesen („Sind wir nicht zuständig“). Mit der Sachbearbeiterin wurde telefonisch Kontakt aufgenommen, das Anschreiben wurde ihr

in Kopie zugefaxt. Bei einer weiteren Nachfrage wurde uns dann mitgeteilt, unser Ansinnen müsse von der obersten Leitungsebene genehmigt werden („das können wir hier nicht entscheiden“). Nach geraumer Zeit wurde uns über den Träger ein Gesprächstermin mit der Heimleitung in der Einrichtung angeboten. Dieser Termin wurde mehrmals verschoben, da die zuständige Sachbearbeiterin des Trägers bei dem Interview mit der Heimleitung anwesend sein wollte („Frau Magister hat leider einen anderen Termin“). Die dritte Terminabsprache für ein Interview mit der Heimleitung in Gegenwart der vorgesetzten Sachbearbeiterin des Trägers führte zum Erfolg. Allerdings war die beim Träger für das Heim zuständige Sachbearbeiterin nicht zugegen, da sie einen anderen Termin wahrnehmen musste. Die Art des Umgangs mit externen Anfragen lässt sich im Sinne eines Sozialexperiments deuten und ermöglicht Rückschlüsse auf die Organisationskultur der jeweiligen Einrichtung, bzw. der Trägerorganisation.

Exemplarisch zeigen sich organisationskulturelle Differenzen auch an den in den Gesprächen geäußerten Erwartungen in Bezug auf das Heimaufenthaltsgesetz. Die Reaktionen reichen von: *„Das kommt erst nächstes Jahr, da wollen wir unsere Mitarbeiter jetzt noch nicht damit befassen...“* über: *„Man hat schon einiges gehört und immer wenn ein neues Gesetz kommt, dann herrscht erst einmal Unsicherheit...“* bis hin zu: *„Wir haben auf der Leitungsebene bereits darüber diskutiert und werden unsere Mitarbeiter im Vorfeld rechtzeitig informieren und vorbereiten.“*

Die hier grob skizzierte Typologie kann auch den Bewohnervertretern Indikatoren an die Hand geben, die ihnen eine Orientierung im Hinblick auf das zu erwartende Spektrum an Reaktionen in ihrem neuen Tätigkeitsfeld ermöglicht.

## Die Phänomenologie der Freiheitsbeschränkung – Problemgruppen und Maßnahmen, Rechtfertigungsdiskurse und Alternativen

Der Begriff freiheitsbeschränkende Maßnahme mit all seinen Konnotationen gehört (zumindest noch) nicht zum gängigen Vokabular des Pflegealltags in Alten- und Pflegeheimen. Zwar kommen bestimmte Freiheitsbeschränkungen in diesem Alltag zum Einsatz, aber sie sind in einen diskursiven Kontext eingebettet, der nicht mit dem des Heimaufenthaltsgesetzes identisch ist.

Zunächst fällt an den Darstellungen der Praxis auf, dass es zwei scheinbar gegensätzliche Argumentationsstränge in der Diskussion über entsprechende Maßnahmen gibt:

- Man kann einmal mit dem Hinweis auf die grundsätzliche Freiwilligkeit des Aufenthalts im Heim jede Form von Freiheitsbeschränkung ablehnen. Es gibt für die Heimbewohner „*ein Recht auf den Sturz...*“, wie es einer der Befragten plakativ formulierte.
- Man kann aber andererseits auch die Position vertreten, dass die Bewohner vor Schaden bewahrt werden müssen, dass die Aufrechterhaltung eines auch für die anderen Mitbewohner erträglichen Heimalltags bestimmte freiheitsbeschränkende Eingriffe (im Einzelfall) rechtfertige und dass die Rede von Freiwilligkeit im Angesicht der Lebenssituation, in der sich die Mehrzahl der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen befindet, ein Euphemismus sei.

Insgesamt zeigt sich bei allen Interviews, dass ein hohes Maß an Sensibilisierung im Hinblick auf Maßnahmen vorhanden ist, die als Freiheitsbeschränkung oder – so ein häufiger verwendeter drastischer Ausdruck – „*Gewalt in der Pflege*“ wahrgenommen werden könnten. Die Befragten selbst erklären dieses Problembewusstsein mit den immer wieder in der Presse skandalisierten Vorkommnissen in einzelnen Heimen.

Durchwegs werden jene freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, von denen berichtet wurde, in dem Bewusstsein gesetzt, damit auf Erfordernisse vor allem des Schutzes vor Selbstgefährdung zu antworten und auch das angemessene unter den verfügbaren Hilfsmitteln zum Einsatz zu bringen. Dennoch bleiben schwierige Probleme der Abwägung bestehen und sie wurden in den Gesprächen auch immer wieder thematisiert. „*Es ist immer so eine Gratwanderung: tut man's nicht und er stürzt - also wenn man will, kann man's immer falsch machen, egal ob ich ihn anbinde oder nicht.*“ (36,2)

Etliche der GesprächspartnerInnen weisen auch darauf hin, dass sich die Wahrnehmung von Maßnahmen, wie dem Hochziehen von Bettgittern und dem Anlegen von Rollstuhlgurten, im Verlauf der letzten Jahrzehnte stark gewandelt hat. Früher, so war zu hören, haben alle – BewohnerInnen und Pflegepersonal – das als selbstverständlich und keineswegs als freiheitsbeschränkend betrachtet. Das sei auch jetzt noch teilweise so: „*Ich möchte das gar nicht kommentieren, das ist eben so.*“ (27,1)

Durch das Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetz erhalten die prinzipiell vorhandenen Handlungsoptionen eine neue Akzentuierung und ‚Wertigkeit‘.

Als eine *Hauptproblemgruppe* werden in allen Einrichtungen des Alten- und Pflegeheimsektors die körperlich *mobilen altersdementen Bewohner* genannt. Hier wiederum scheint es zwei wesentliche Probleme zu geben:

- die Gefahr, dass sich diese Bewohner aus dem Heim entfernen und aufgrund ihrer geistigen Verwirrung nicht mehr zurückfinden; dazu kommt die Annahme, dass sie dadurch in erhöhtem Maß auch durch den Straßenverkehr gefährdet seien;
- die Belästigung bzw. Gefährdung von Mitbewohnern, die von dieser Gruppe ausgehen kann.

Die möglichen Reaktionen auf diese Probleme hängen von einer Reihe von Faktoren ab (bauliche Situation, Personalschlüssel, Größe und Lage der Einrichtung, relativer Anteil an dementen BewohnerInnen, Pflegekultur etc.). Je nach Gegebenheiten werden unterschiedliche Strategien verfolgt, die man als *Integration* und *Differenzierung* bezeichnen kann. Integrationsorientierte Maßnahmen versuchen, demente Bewohner nach Möglichkeit in den Alltag der Einrichtung zu integrieren und die Problematik gleichsam mit Bordmitteln zu lösen. Als differenzierungsorientierte Maßnahmen sind jene zu bezeichnen, die spezielle Vorkehrungen für die Problemgruppe treffen. Im einen Fall wird bei der Gefahr des Entlaufens das Pflegepersonal angewiesen, in regelmäßigen Abständen von ein oder zwei Stunden den Aufenthalt des entsprechenden Bewohners im Haus zu überprüfen, im anderen Fall werden so genannte Transponder eingesetzt, an der Kleidung, am Hand- oder am Fußgelenk angebrachte elektronische Melder, die über eine Induktionsschleife in den Ein- und Ausgangsbereichen in einer Zentrale ein Signal auslösen, wenn die entsprechende Person die Einrichtung verlassen will.

Allerdings stellen sich die rechtlich diffizilen Probleme erst dann, wenn ein Bewohner das Heim verlässt und zur Umkehr bewegt werden soll, beim **Zurückholen**. Hier gibt es doch eine beträchtliche Bandbreite von Reaktionsweisen und einige können durchaus als re-integrierend bezeichnet werden. Mehrfach war zu hören, dass es gilt, „mit Schmach zu arbeiten“. Dieser kann z.B. darin bestehen, dass man auf das Café im Heimbereich hinweist: „*Da geht sie dann sehr gern hin – sonst würde sie das Café in der Lobau suchen.*“ (26,2) „*Jemand geht dann mit dem Betreffenden mit, und kommt ins Gespräch, und meistens können sie abgelenkt werden, durch einen Kaffee oder anderes. Wenn genügend Personal im Haus ist, dann geht schon manchmal einer mit hinaus, wohin der Bewohner gehen will.*“ (5,1)

Manchmal lässt man den Bewohner – das ist allerdings nur am Land und im überschaubaren Gelände möglich – ein Stück weit allein gehen, bevor jemand zur ‚Rückholung‘ ausgeschiedt wird. „*Da ist sie immer sehr gerne mit zurück gegangen; sie hat sich gefreut, dass sie jemand getroffen hat.*“ (41,1)

Ein Anhalten gegen den – wie auch immer verwirrten – Willen der Person wäre nicht gerechtfertigt; diesbezüglich herrscht in den Alten- und Pflegeheimen weitgehend Übereinstimmung. Dennoch wird der Einsatz der elektronischen Hilfsmittel in der Form von Bewohnerüberwachungssystemen, umgangssprachlich auch als elektronische Fußfessel bezeichnet, vielfach gar nicht als eine freiheitsbeschränkende Maßnahme gewertet. Die Grenze zum Einsatz als ein bloßes Informationssystem ist sicher fließend. Abgesehen davon, dass natürlich dann, wenn die Maßnahme dem Schutz vor Selbstgefährdung dient, die Freiheitsbeschränkung aufgrund der Bestimmungen des Heimaufenthaltsgesetz eine rechtlich zulässige ist. Die Frage wäre dann: Stellt eine exponierte Verkehrssituation, wie sie in mehreren der besuchten Einrichtungen zweifellos gegeben ist, eine solche Selbstgefährdung dar – auch wenn faktisch noch nie etwas passiert ist.

Tatsächlich ist – soweit in den untersuchten Heimen in Erfahrung zu bringen war – im Bereich der Verkehrsunfälle noch nirgend etwas geschehen. Das sei erstaunlich, wird von manchen angemerkt: „*Sie haben vielleicht, wie die Alkoholiker, einen besonderen Schutzengel.*“ (22,3)<sup>2</sup> In Verbindung mit dem ‚Weglaufen‘ gibt es außer der Gefährdung durch den Straßenverkehr aber auch noch die erhöhte Sturzgefahr für BewohnerInnen mit verminderter Beweglichkeit und/oder Orientierung: „*Sie ist draußen dauernd hingefallen und hatte schon mehrmals einen Nasenbeinbruch, weil sie die Unebenheiten des Bodens nicht mehr ausreichend gesehen hat. Die hat dann auch dieses Armband bekommen.*“ (40,2)

Schließlich besteht ein Gefährdungsgrund auch noch in der mangelnden geistigen Orientierung und der dadurch bedingten Gefahr des Nicht-Mehr-Zurückfindens, langen Umherirrens, was schließlich in der kalten Jahreszeit zum Erfrieren führen kann, in jedem Fall zu physischen und psychischen Erschöpfungszuständen. Tod durch Erfrieren sei einmal – anderswo und vor geraumer Zeit – passiert. Ein Fall von tagelanger Verstörtheit nach einer Abwesenheit und Unauffindbarkeit von zwei bis drei Tagen wurde in einer Behinderteneinrichtung berichtet.

Hohe Aufmerksamkeit wird im Zusammenhang mit diesen Gefährdungen und dem Versuch, ihnen zu begegnen, in allen Einrichtungen der *Reaktion auf mögliche Schadensfälle* gewidmet. Zwar könne man die Risiken nicht ausschalten, ohne gegen die herrschende Rechtslage und die Erfordernisse einer menschenwürdigen Pflege zu verstoßen, aber für den Fall, dass sich ein Bewohner verletzt, muss eine professionelle Reaktion (medizinische Versorgung, Dokumentation, Information) gesichert sein. Oder wie es eine der befragten Pflegedienstleiterinnen formulierte: „*Wir können den Angehörigen sagen, dass die Mutti hier genauso stürzen*

---

<sup>2</sup> Doch wir wissen aus der Literatur, dass es sich hier um einen Befund von breiterer Gültigkeit handelt. (Vgl.: Thomas Klie & Uwe Lörcher, *Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht*, Freiburg/Breisgau (Lambertus) 1994)

*kann, wie zu Hause. Aber wir haben hier im Heim die Möglichkeit, in diesem Fall schnell zu reagieren, und können eine angemessene Versorgung sicherstellen.“ (26,1)*

Wirken bestimmte Maßnahmen wie Bettgitter, Transponder (d.h. elektronische Überwachungsmaßnahmen der Bewegungskontrolle) und Rollstuhlgurte als Freiheitsbeschränkung für einzelne Bewohner, so sind bestimmte **bauliche Maßnahmen** im Rahmen des sogenannten *environmental design* als **strukturelle Freiheitsbeschränkung** zu verstehen, die alle Bewohner in gleichem Ausmaß treffen können. Typische Beispiele sind hier etwa die Einzäunung des Geländes, das Verschließen von Türen zwischen Stockwerken oder Abteilungen oder das Anbringen von Überwachungskameras. Allerdings sind auch hier Differenzierungen möglich. So kann man beispielsweise bestimmten Bewohnern Schlüssel für Ein- und Ausgänge aushändigen und anderen nicht, um auf diese Weise die Bewegungsfreiheit gezielt einzuschränken.

Diskutiert werden derartige Maßnahmen im Spannungsfeld von Ansätzen, die man als *lokale Freiheit vs. globale Überwachung* bezeichnen könnte: Halte ich einen bestimmten Bereich nach außen hin geschlossen, so ermögliche ich damit den Bewohnern, die sich innerhalb dieses Bereichs (eines Stockwerks, einer Station, einer eingezäunten Einrichtung mit nur einem Ein- und Ausgang) bewegen, eine größere Freiheit. Halte ich andererseits die Einrichtung als Ganze offen, so kann ich gezwungen sein, bestimmte Bewohner gezielt zu überwachen, um Schaden zu vermeiden.

Probleme dieses Typs nehmen sehr unterschiedliche Gestalt an, je nach baulicher Anlage, Lage, Größe und Alter der jeweiligen Einrichtung. Auch können hier völlig unterschiedliche Regelungsmaterien kollidieren, etwa die Brandschutzordnung, die normalerweise freie Ausgänge vorschreibt, und die Erfordernisse einer gezielten Einschränkung des Bewegungsspielraums etwa für körperlich mobile, aber geistig hochgradig verwirrte Bewohner. Das Problem der Freiheitsbeschränkung wird in diesem Bereich durchaus gesehen, aber je nach vorherrschender Orientierung in unterschiedlichen Einrichtungen verschieden gehandhabt.

Eine spezielle Problematik ergibt sich hier auch im Rahmen der Diskussion über die baulich-architektonische Gestaltung bei der Planung gesonderter Alzheimer- oder Dementengruppen. Aufgrund der Verhaltensdisposition dieses Personenkreises lassen sich gezielte Maßnahmen ergreifen, die den Bewegungsdrang steuern bzw. die Möglichkeiten bieten, diesen Drang auszuleben. Auch hier fanden sich Berichte über sehr unterschiedliche Lösungen: So gibt es z.B. in einer Alzheimer-Abteilung nur einen chinesischen Gong, der signalisiert, wenn jemand die Tür betätigt. Andererseits wurde von einer Einrichtung für Alzheimer-PatientInnen berichtet (sie wurde im Zuge der Untersuchung nicht selbst besichtigt), bei der es die bauliche Konstruktion eines ‚zurückführenden‘ Ganges gibt. Dies sei die Art von Lösungen, die die gegenwärtigen Probleme erforderten. Und dies seien die Investitionen, die getätigt werden sollten – anstelle einer neuen ‚Kontrollagentur‘ von Bewohnervertretern – war dazu zu hören. Ob

und inwieweit es sich hier um rechtlich zulässige oder unzulässige freiheitsbeschränkende Maßnahmen handelt, ist jedenfalls eine komplexe Frage, die vermutlich nur im konkreten Einzelfall entschieden werden kann.

Diese Art der *strukturellen Freiheitsbeschränkungen* ist auch das vorherrschende Thema in den Gesprächen mit VertreterInnen der *Behinderteneinrichtungen*. Die Verwendung eines Drehknopfs für eine Abteilung mit geistig und psychisch schwer behinderten BewohnerInnen wurde explizit als eine Maßnahme berichtet, für die man möglicherweise eine Abklärung ihrer Zulässigkeit oder Unzulässigkeit durch das Gericht anstreben wird. Etliche auch größere Behinderteneinrichtungen vertrauen aber ausschließlich auf Aufmerksamkeit und subjektive Zuwendung und nehmen keinerlei Abschließung vor. Andere haben eine verschlossene Außentür und nur diejenigen BewohnerInnen, die ‚draußen‘ ausreichende Orientierung haben, besitzen einen Schlüssel. Die anderen können das Haus nur in Begleitung verlassen

Innerhalb der Einrichtung können sowohl demente BewohnerInnen als auch geistig Behinderte aufgrund ihres Verhaltens eine Belästigung für andere darstellen. Auch hier gibt es wiederum entweder die Möglichkeit, eigene Gruppen für diesen Personenkreis zu schaffen, oder durch entsprechende Überzeugungsarbeit sie nach Möglichkeit weitgehend in den normalen Alltag von Wohngruppen zu integrieren. Die zweite Strategie ist die weit aufwändigere und kann nur in solchen Einrichtungen verfolgt werden, die über ausreichend (personelle und sonstige) Ressourcen verfügen. Aber auch die Einrichtung gesonderter Dementengruppen erfordert bauliche und personelle Voraussetzungen, die nicht in allen Einrichtungen gegeben sind. Die Integration in den Alltag normaler Wohngruppen gelingt nur nach langer Vorarbeit und ist nicht in allen Fällen erfolgreich. Beispiele beider Strategien konnten beobachtet werden oder wurden berichtet. So besteht eine Alzheimer-Station in einem großen Pflegeheim, deren Vorteile nach den Aussagen der Pflegedienstleitung in der vor allem im Nachtdienst günstigeren personellen Ausstattung bestehen.

Eine besondere Lösung, die versucht, die Vorteile beider Ansätze zu verbinden, stellen Gruppen dar, die solche Personen nur tagsüber gemeinsam betreuen und/oder beschäftigen. Das geschieht in der sogenannten ‚Stube‘, die von der Pflegedienstleiterin so beschrieben wurde: *„Die Stube ist eine Einrichtung für Demente, die ein bisschen aus der Not heraus entstanden ist. ... Sie basiert auf der Mostviertler Tradition der Stube, die Geborgenheit und Wärme symbolisiert. Wir haben das ‚schlechteste‘ Klientel von jeder Station zusammengefasst in drei aneinander liegenden Therapie-Räumen. Der eine fungiert als Küche, dort werden Äpfel geschält, Kuchen gebacken, Wäsche geglättet usw., im andern wird gebastelt: Heugebinde, und jahreszeitgerechte Gebinde, Nüsse knacken usw. und der dritte Raum ist als Rückzugsort geplant. Dort kann ein kleines Nickerchen gemacht werden. Das ganze musste ohne zusätzlichen Personalaufwand gehen unter dem Motto: Wenn man die Stationen entlastet, dann ist es bes-*

*ser eine bisschen weniger Personal zu haben, als wenn man belastet mit mehr Personal arbeitet. Früher musste man immer die Stationsflüchtigen suchen und Streit schlichter gehen. Jetzt erkennt man die Bewohner gar nicht mehr. Sie sind ausgeglichen und glücklich und haben gar kein Bedürfnis mehr davon zu rennen.“ (44,2)*

In einem anderen großen Pflegeheim sind diese BewohnerInnen, die sehr verwirrt sind, tagsüber in einem besonderen Stockwerk auf der Pflegestation und gehen nachts ‚nach Hause‘, das heißt in ihre Appartements in einem anderen Stockwerk. (26,2)

Neben den Maßnahmen, mit denen auf die Probleme der mobilen Altersdementen in den Altenheimen reagiert wird, zählt als eines der typischen, auch in der Diskussion immer wieder genannten Mittel im Bereich der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen das **sogenannte Bettgitter (oder Steckgitter)**. Damit wird auf zwei etwas unterschiedliche Problemlagen reagiert: solche Gitter kommen einmal zum Einsatz,

- um BewohnerInnen davor zu bewahren, aus ihren Betten zu fallen. Sie werden aber auch verwendet,
- um BewohnerInnen, bei denen mangelnde Orientierung, vor allem nachts, mit körperlicher Schwäche, der Unfähigkeit, sich selbständig aufrecht zu bewegen – mit anderen Worten: mit erhöhter Sturzgefahr – einhergeht, vor einem solchen Sturz zu bewahren.

Es hat sich in der Studie aufgrund der Gespräche und Beobachtungen gezeigt, dass diese Bettgitter sehr unterschiedlich aussehen können. Vielfach ist man in den Alten- und vor allem in den Pflegeheimen dazu übergegangen, statt der üblichen Spitalsbetten Wohnpflegebetten zu verwenden. Diese haben dann integrierte ‚Seitenteile‘, mitunter auch geteilte, die auch von den BewohnerInnen selbst manipuliert werden können. Dort, wo letztere zu finden waren, wurden vom administrativen Leiter ernsthafte Zweifel geäußert, ob beim Einsatz dieser Art der Seitenteile überhaupt von einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme gesprochen werden könne. Wir wissen auch, dass die Dachorganisation des Kuratoriums Wiener Pensionistenheime die Anschaffung solcher Betten in ihren Einrichtungen erwägt. Dennoch handelt es sich zumindest dort, wo die geteilten ‚Bettgitter‘ (noch) nicht vorhanden sind – und ihre Anschaffung erfordert ziemlich viel Geld – um einen sehr sensiblen Bereich.

In den Alten- und Pflegeheimen sind die Bettgitter neben den Rollstuhlgurten die am häufigsten verwendete freiheitsbeschränkende Maßnahme. Unsere GesprächspartnerInnen haben immer wieder betont, dass sie oft auf Wunsch und Verlangen der BewohnerInnen eingesetzt werden – als Schutz vor dem Herausfallen. In diesem Fall handelt es sich gemäß der Terminologie des Heimaufenthaltsgesetz um eine die Freiheit einschränkende Maßnahme, die zwar gemeldet werden muss, jedoch rechtlich zulässig ist. Von ihrer Notwendigkeit zum Schutz der BewohnerInnen vor Selbstgefährdung sind die Ärztinnen und PflegedienstleiterInnen aber auch dann überzeugt, wenn sie sie nach eigenem Ermessen anwenden oder ‚verordnen‘. Wann dies für notwendig erachtet wird, differiert allerdings erheblich.

So war zu hören: „Die Steckgitter sind relativ selbstverständlich, zum Schutz, weil die Leute ja sonst absolut desorientiert sind, wegen der Finsternis, und sonst kreuz und quer im Bett liegen.“ (24,1) Aber auch: „Ich sag meinen Leuten: Wenn ihr das Gitter oben lasst, dann fliegen die Leute 40 cm höher runter! Tut’s ein bissl denken! Wenn ich das weiß, dann gehört da unten ein Polster hin und eine Matratze – und das machen wir. Es sind meistens nur die ersten drei Nächte, wenn jemand neu kommt!“ (40,2) Die Matratze vor dem Bett wurde von mehreren GesprächspartnerInnen erwähnt, manchmal zusammen mit einem Tiefstellen des Bettes. Zumeist fällt die Entscheidung über das Steckgitter im interdisziplinären Team von ArztInnen und PflegerInnen. Mehrfach wurde berichtet, dass dem eine Beobachtungsphase gerade bei Neuzugängen vorangeht.

Insgesamt zeigen sich, was das Denken in Alternativen betrifft, doch beträchtliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Die vor das Bett gelegte Matratze stieß, wenn als Möglichkeit erwähnt, öfter auf den Einwand, dass das von den Angehörigen, den eigenen und denen von MitbewohnerInnen, beanstandet würde und daher nicht praktikabel sei. Die Alternative, die in der regelmäßigen Nachschau des Nachtdienstes besteht, wird durchaus in den Einrichtungen wahrgenommen und praktiziert. Die Grenzen lägen hier aber doch ganz deutlich bei den Möglichkeiten, mehr als ein bis zwei solcher unruhiger BewohnerInnen pro Pflegestation durch das verfügbare Personal im Auge zu behalten.

Es scheint aber, dass die Risikoabwägung, vor allem hinsichtlich der mit dem Übersteigen eines Bettgitters verbundenen Gefahren, durchwegs sehr sorgfältig durchgeführt wird. Die Debatte über das Gitter nimmt jedenfalls in allen Einrichtungen beträchtlichen Raum ein.

Bei allem spielen **die Angehörigen** eine wichtige Rolle.

Zumeist werden von dieser Seite Sicherheitserwartungen an das Personal herangetragen, die man oft für übertrieben hält. „Die Kinder wollen für die Eltern viel mehr an Sicherheit als die selber wollen. Ich hab von der Pflege her einen anderen Zugang – und wenn ich frage, was glauben Sie, dass die Mama will, dann kommt sicher eher das, was die Tochter will, und nicht, was die Mutter will.“ (22,2) Der umgekehrte Fall: dass Angehörige dezidiert den Wunsch äußern, ein Bettgitter nicht hochzuziehen, wurde, wenn auch eher als Ausnahme, ebenfalls berichtet. (22,3)

In der Dreiecksbeziehung zwischen Bewohner, Pflegepersonal und Angehörigen kann das Personal hier jedenfalls in eine schwierige Position geraten, wenn es darum geht, zwischen den Wünschen und Vorstellungen der Angehörigen, den pflegerischen Erfordernissen und den Ansprüchen der Bewohner zu vermitteln. Gerade im Hinblick auf die durch das Heimaufenthaltsgesetz gegebenen Möglichkeiten der Überprüfung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen könnte sich hier einerseits ein Konfliktherd abzeichnen, der zu Beschwerden führen kann. Andererseits wird gerade hier der positive Aspekt der ‚Beseitigung der Grauzone‘ gesehen: Es gibt nun eine klare Definition von rechtlich zulässigen und rechtlich unzulässigen Freiheitsbeschränkungen, die auch einen Schutz des Pflegepersonals gegenüber den ‚Siche-

rungsansprüchen' der Angehörigen darstellt. Offen bleibt dann die Frage, welches Gewicht die Stimme eines Angehörigen hat, der die Anbringung eines Gitters oder Seitenteils ablehnt, obwohl das Pflegepersonal dies zum Schutz vor dem Herausfallen für erforderlich hält und Alternativen zum Gitter nicht zugänglich sind.

Die Mehrzahl unserer GesprächspartnerInnen betont die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit. In einem Fall wurde explizit hervorgehoben, dass sie auch bei der Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes nicht an Bedeutung verlieren wird. *„Der Mut zu mehr Risiko – das bedeutet sehr viel Angehörigenarbeit, die sind das Problem!“* (26,2)

Aber es waren doch auch Klagen über das Unverständnis und den Egoismus von Angehörigen zu hören, die Mühsal, die es bedeutet, ihnen gegenüber die Sichtweise der Pflege zu erklären und zu rechtfertigen. *„Ich muss mich rechtfertigen vor Leuten, die eigentlich keine Ahnung haben. Und die auch wissen, dass sie keine Ahnung haben und entsprechend auftreten und mich (Anm.: als Arzt) in Verlegenheit bringen wollen, oder das Pflegepersonal in Verlegenheit bringen wollen.“* (36,3)

Aufklärungsarbeit bei ängstlichen Eltern zu leisten wird auch in Behinderteneinrichtungen als eine wichtige Aufgabe gesehen. Aber: *„Wir sind nicht bereit, in die Betreuung der Eltern dieselben Energien zu investieren, wie in die Betreuung der Kinder – und solange wir das nicht machen, müssen wir uns eben mit dieser konflikthafter Situation arrangieren“*, sagte der Leiter einer Behinderteneinrichtung (37,1)

Eine weitere recht häufig genannte Maßnahme sind die sogenannten **Rollstuhlsitzgurte**, oder andere Konstruktionen zur Fixierung im Rollstuhl. BewohnerInnen, die entweder nicht mehr in der Lage sind, aus eigenen Kräften im Rollstuhl zu sitzen, oder die nicht davon abgehalten werden können, aufzustehen, obwohl sie nicht die Kraft haben, sich selbst auf den Beinen zu halten, werden so an ihrem Rollstuhl fixiert. Die abwägende Begründung für derartige Maßnahmen begreift eine solche Fixierung als das kleinere Übel im Angesicht der Alternative, BewohnerInnen die ganze Zeit über im Bett liegen zu lassen. Es sei wünschenswert und sinnvoll, auch diese gebrechlichen Menschen am Sozialleben der Einrichtung teilnehmen zu lassen, und daher nehme man es in Kauf, sie unter Verwendung entsprechender Fixierungen in den Rollstuhl zu setzen und aus ihrem Zimmer in die Gemeinschaftsräume zu bringen. Eine ähnliche Argumentation finden wir, wenn der Einsatz eines Rollstuhlgurts dazu dient, den Bewohner/die Bewohnerin davon abzuhalten, anderen am Tisch sitzenden Personen ins Essen zu greifen; auch hier erhöht die Beschränkung der Bewegungsfreiheit die soziale Integration. (26,2)<sup>3</sup>

Andererseits ist doch ein paar Mal zu hören: *„Die meisten tolerieren so einen Gurt nicht und werden unruhig.“* Wie außerdem aus manchen Gesprächen hervorgeht, gibt es auch zu dieser

---

<sup>3</sup> Gemäß VSP-Rechtsmeinung sind Fixierungen, die mit dieser Zielsetzung erfolgen, überhaupt nicht als freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu sehen. (Siehe Materialien des VSP unter Hinweis auf LG ZRS Wien 1.3.1994, 44 R 193/94)

Art der Fixierung Alternativen. Zweimal zumindest haben Pflegedienstleiter darauf hingewiesen, dass es Spezialrollstühle gibt, auf die Bedürfnisse des Bewohners abgestimmt, mit denen man das Angurten vermeiden kann. So sagte eine Pflegedienstleiterin: *„Rollstuhlgurte gibt’s nicht in dem Haus, hat es einmal geben. Ob man ohne das auskommen kann? Locker! Und es gibt nicht mehr Stürze bei uns. Es gibt nur den falschen Rollstuhl – oder das falsche Hineinsetzen. Man muss sich halt ein bissl umschauen. Wir haben drei verschiedenen Rollstühle im Haus. Ein Kampf ist das natürlich mit der Krankenkasse, die verschiedenen Spezialrollstühle bewilligt zu kriegen.“* (40,2) Oder ein Kollege: *„Es muss nicht jeder in den Rollstuhl kommen, er könnte ja im Bett aufgesetzt werden und er wird mit dem Bett in den Aufenthaltsraum oder in den Garten gefahren, da brauche ich keinen Rollstuhlgurt. Bei jedem ist es anders, da muss man im Detail entscheiden, eventuell muss eine Betreuungsperson mitgegeben werden.“* (43,2)

Es bleibt also sicher eine offene Frage, ob der mit dieser Maßnahme verbundene Zweck der Sozialintegration – anders als der des Schutzes vor Selbst- und Fremdgefährdung – tatsächlich a priori die Definition als freiheitsbeschränkende Maßnahme und damit die Meldepflicht ausschließt.

Was den Einsatz **spezifischer Mittel und Formen der Fixierung** betrifft, beispielsweise die Verwendung sogenannter ‚Sitzhosen‘, so finden wir wiederum eine recht unterschiedliche Beurteilung und Handhabung in den verschiedenen Einrichtungen. *„Für manche Bewohner ist das eben die patientengerechte Lösung, weil es den notwendigen Halt gibt. Und es wird ja auch von der Ergotherapeutin kontrolliert.“* (22,2); ähnlich: *„Wir haben es – aber nur bei ganz wenigen. Für jemand, der keine Ahnung hat (Anm.: bezüglich der Funktion des Instruments), schaut das nicht gut aus – der ist faktisch angebunden!“* (24,1); dagegen: *„Ich kenn das, ja! Aber wir haben es nicht, ich brauch keine Fixierung am Rollstuhl!“* (40,2)

Das gilt in noch stärkerem Maß für den Einsatz des ‚Overalls‘, mit dem nächtliches Kotschmieren verhindert werden soll. Es fanden sich InterviewpartnerInnen, die ein Untersagen der Verwendung dieses Mittels für verheerend erachteten mit dem Hinweis, dass durch den Einsatz des Overalls die Menschenwürde von BewohnerInnen gewahrt werde, was die Beeinträchtigung durch eine minimale Beschränkung der Bewegungsfreiheit bei weitem aufwiege. *„In den Medien war das Thema, der Inkontinent-Overall, das sei eine freiheitsbeschränkende Maßnahme. Wir haben demente Personen hier, die mit den Inkontinentmitteln nichts anfangen können, die ziehen sich nachts aus und zerflocken die Windeln, und die sich mit Stuhl beschmieren. Dann ist das das einzige Mittel, um ihn menschlich zu halten. Das trifft nur für 2 bis 3 Personen zu, aber für die ist das notwendig, um für die Mitarbeiter und Mitbewohner tragbar zu sein.“* (2,2) Oder sehr ähnlich: *„Es ist keine Einschränkung der Bewegung. Der Bewohner kann sich nur nicht ausziehen. Das ist für mich ethischer, wenn sie den anhaben, als wenn sie Kotschmieren.“* (26,2) Eine Ärztin argumentiert mit großem Nachdruck, dass eine Freiheit dieser BewohnerInnen ja überhaupt nicht gegeben sei: *„Ein Dementer hat ja*

*keine Freiheit, er will das ja nicht, sich ausziehen und nackt daliegen. Das ist auch kein Graubereich, das ist eindeutig, den schütze ich eher (Anm.: durch den Overall).“ (36,3)*

Daneben gibt es aber auch VertreterInnen der Pflegedienstleitung, die ein vollständiges Verbot dringend wünschen: „*Und der Overall gehört auf die Verbotsliste drauf!*“ (42,2)

Bei dem am **Rollstuhl angebrachten Tisch**, der ebenfalls am Aufstehen hindert, handelt es sich eigentlich bereits um eine Alternative zur Gurtfixierung und sie wurde als eine solche doch öfter angeführt. In einem Pflegeheim war davon die Rede, dass ein Bewohner mit dem Rollstuhl jeweils eng an den Tisch heran geschoben wurde, um zu verhindern, dass er aufstand, weil die Gefahr des Hinfallens bestand. „*Er war geistig eingeschränkt und war allgemein sehr unruhig. Da hätten wir uns eigentlich schon gewünscht, dass wir ihn anhängen könnten, dass er auch einmal freier sitzt, und dass man nicht immer ein Auge auf ihn haben muss ... Wir haben ihn dann auch in so einen Relaxsessel gesetzt, mit den Beinen hoch gelagert, und das war dann besser.*“ (42,1)

Darüber hinausgehende mechanische Maßnahmen freiheitsbeschränkender Art wurden selten berichtet. Das Feststellen von Rollstühlen oder sonstige Arten der Fixierung scheinen im Alltag der Einrichtungen keine nennenswerte Rolle zu spielen, oder es wird als zwar praktizierte, aber nicht als unumgängliche Maßnahme zur Bewältigung des Alltags der BewohnerInnen, wahrgenommen und nicht entsprechend vehement verteidigt. „*Wenn wir die Leute in den Aufenthaltsraum bringen, da stellen wir sie so hin, damit sie am Tisch essen und trinken können, da ziehen wir schon immer die Bremse an, das ist in uns drinnen. Theoretisch ist es eine Freiheitsbeschränkung, praktisch nicht. Für mich ist es wichtig, in der Situation zu sehen, will der Bewohner dort bleiben, fühlt er sich wohl, oder macht er Zeichen, dass er weg will.*“ (29,2)

Darüber hinaus existieren natürlich jene Fälle, in denen bei BewohnerInnen mit manifesten psychischen Störungen und beispielsweise erhöhter Suizidgefahr Maßnahmen getroffen werden, um gravierende Gefahren abzuwenden. So berichten einige der Befragten, dass man in den Zimmern von suizidgefährdeten Bewohnern die *Fenstergriffe entfernt* habe, um Suizidversuche zu vermeiden. Allerdings handelt es sich hier um eine Problematik, die in einem weiteren Kontext gesehen werden muss.

Eine besonders diffizile Problematik stellen die so genannten **medikamentösen Freiheitsbeschränkungen** dar, die durch den Einsatz von sedierenden Medikamenten entstehen. Erstens sind hier die anordnenden Personen ÄrztInnen, also Angehörige jener Gruppe, die für die Genehmigung anderer Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung zuständig sind. Zweitens können sich Ärzte auf ein machtvolleres professionelles Wissensprivileg als ExpertInnen berufen und ihre Verschreibungspraxis als angemessene Therapie lege artis deklarieren, die einer externen Überprüfung nicht zugänglich ist. Allerdings handeln ÄrztInnen im Pflegealltag in aller Regel

in Kooperation mit dem Personal und hier können sie den Forderungen nach zusätzlicher Medikation, die von Seiten der Pflege an sie herangetragen werden, ihrerseits beschränkt widerstehen. Andererseits scheinen umgekehrt aus der Pflege des öfteren gerade Wünsche nach einem sparsamen Einsatz von sedierenden Mitteln zu kommen, um die Wachheit, Aktivierbarkeit und Mobilität der BewohnerInnen nicht über Gebühr zu beschränken. Häufig haben sowohl unsere InterviewpartnerInnen sowohl aus dem Kreis der ÄrztInnen, als auch aus dem Kreis der PflegerInnen betont, dass sie sich – insbesondere bei BewohnerInnen, die nach einem Spitalsaufenthalt zu ihnen kommen – um eine sukzessive Reduktion der Medikamentgaben bemühen.

Auch bei den Ärztinnen – so war zu hören – habe sich im Verlauf der letzten Jahre ein grundsätzlicher Wandel der Pflegephilosophie ergeben, der sich im Umgang mit Medikamenten niederschlägt: *„Dass Sturz tolerabel ist und Verwirrung tolerabel ist, das ist erst gekommen. Jetzt ist es so, dass man die Indikation für diese Medikamente nur mehr in der Selbst- und Fremdgefährdung sieht. Das herumgehen und das Unangenehm-Auffallen ist nicht entscheidend für eine Anordnung.“* (26,3)

Der Einsatz von Medikamenten wird nicht zuletzt im Zusammenhang mit der relativ kleinen Problemgruppe von BewohnerInnen diskutiert, die aufgrund unkontrollierter Aggression für sich und andere (Mitbewohner und Personal) *eine Gefährdung darstellen* können. Derartige Fälle werden – vor allem von Seiten der Behinderteneinrichtungen – zumeist durch Überweisung in psychiatrische Anstalten gelöst. Man überstellt die Person in die zuständige psychiatrische Abteilung, von wo sie nach einer mehr oder weniger kurzen Zeit ‚neu eingestellt‘ zurückkommen. Manifeste Aggressionen werden fast immer auf diese Weise medikamentös behandelt. Der typische Fall verläuft so, dass die Bewohner meist hochgradig sediert aus der Psychiatrie zurückkommen, eine Zeit lang sich im Alltag der Einrichtung mit entsprechender Medikation halten können und beim nächsten Schub erneut in psychiatrische Behandlung kommen. Dieser Typus von *Drehtürbehandlung* wird in hohem Maße als unbefriedigend empfunden, allerdings ist er leider ebenso oft ohne Alternative.

In einer Behinderteneinrichtung, die mit jüngeren Menschen, auch solchen mit schwerer geistiger Behinderung, arbeitet, geht es nach dem Bericht des pädagogischen Leiters darum: *„Wie kann ich Impulsdurchbrüche soweit eindämmen, damit es überschaubar wird – das ist ja nicht ein volles Sedieren. Der kommt mit gewissen Situationen nicht zurecht – wie kann ich da helfen, einen Filter, eine Mauer aufzubauen. Das ist relativ aufwändig, wenn man versucht, es vorsichtig zu machen. Der Aufwand besteht in der Beobachtung und der fein abgestimmten Dosierung. Wir haben einen Psychiater und Neurologen, mit dem arbeiten wir sehr gut zusammen.“* (37,2)

In Fällen von geringfügigerer Fremdgefährdung innerhalb eines Pflegeheimes wird eine Medikation von Seiten der zuständigen ÄrztInnen erwogen. *„Wenn ein Bewohner andere belästigt und die Gefahr besteht, dass er sie zum Stürzen bringt, dann muss man abwägen, ob eine*

*mechanische oder eine medikamentöse (Anm.: Freiheitsbeschränkung) für den Bewohner besser ist.“ (26,2) Und der Arzt fügt hinzu: „Wir haben mittlerweile die Information, dass viele Medikamente Nebenwirkungen haben und die Demenz verstärken können: die medikamentöse ist von daher die ultima ratio!“ (26,3)*

Nicht zuletzt ist – ein Punkt, den HeimärztInnen hervorheben – die Verabreichung von Medikamenten auch ein ökonomisches Problem: Je weniger, desto kostengünstiger. Inwieweit also der Einsatz von sedierenden Medikamenten als Freiheitsbeschränkung oder als angemessene ärztliche Verordnung im Rahmen der Therapie zu interpretieren ist, bleibt in den meisten Fällen eine offene Frage.

Zwei weitere Problemfelder verdienen im Zusammenhang dieser kurzen Problemdarstellung noch besondere Erwähnung: die *Phase der Eingewöhnung* während der ersten Wochen des Heimaufenthalts und das Problem *sexuellen Belästigung*.

In aller Regel basiert der Entschluss, in ein Pflegeheim umzusiedeln, nicht auf einer freien Entscheidung der Betroffenen. Durch den Ausbau der ambulanten Pflegemöglichkeiten bleiben alte Menschen meist sehr lange in ihrem angestammten privaten Lebensumfeld und wohnen oft bei den eigenen Kindern. Der Anstoß für den Eintritt in ein Pflegeheim kommt in vielen Fällen von den Angehörigen der Pflegebedürftigen. Ein solcher Wechsel ist für alte Menschen nicht ohne Probleme und dementsprechend ist die erste Zeit in der neuen Umgebung des Heims kritisch. Die neuen BewohnerInnen wollen das Heim wieder verlassen und zurück ‚nach Hause‘ gehen, sie weigern sich, ihren Alltag nach den Regeln des Heims zu gestalten. Sie zeigen Widerstand und werden gelegentlich aggressiv. Unter diesen Bedingungen kann es vermehrt zu Situationen kommen, in denen der Rückgriff auf die Problemlösung ‚Freiheitsentzug‘ nahe liegt. Eine Reihe der in den Interviews berichteten Beispiele handeln von diesen Eingewöhnungsproblemen.

Der zweite Problemkreis ist der Bereich der sexuellen Belästigungen, die sowohl weibliches Pflegepersonal, als auch Mitbewohnerinnen betreffen. Im Fall der Belästigung von Heimbewohnerinnen durch männliche Bewohner liegt ein Fall von Fremdgefährdung vor. Zimmertüren von gefährdeten Bewohnerinnen werden dann in manchen Einrichtungen gegebenenfalls abgesperrt, um vor drohenden Übergriffen zu schützen. Es handelt sich dabei nicht um einen Fall des Einsperrens, um das Weglaufen zu verhindern, sondern die Zimmertüre wird abgesperrt, um das unerwünschte Eindringen von außen zu verhindern.

### ***Zu spezifischen Problemen von Freiheit und Zwang in den Behinderteneinrichtungen***

Behinderteneinrichtungen sind, wie bereits ausgeführt, mit der Problematik der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen meist nur befasst, soweit es sich um das Weglaufen von nicht ausreichend orientierten BewohnerInnen handelt. Andererseits stellt sich hier die verwandte Prob-

ematik der pädagogisch motivierten Zwangsmaßnahmen mit großer Dringlichkeit. Fremdgefährdung durch aggressives Verhalten oder unkontrolliertes ‚Agieren‘ sollte unterbunden werden.

Dazu eine Anmerkung: Vom pädagogischen Leiter einer Behinderteneinrichtung wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der Begriff der Aggression auf die Verhaltensweisen eines Teils der BewohnerInnen – ein Drittel dort sind Autisten – nicht zutreffend sei: *„Es handelt sich eher um eine Unfähigkeit, Prozesse zu steuern – oder um das letzte Ausdrucksmittel, um darauf hinzuweisen: Ich komme mit der Situation nicht zurecht. Viele dieser Leute kommunizieren ja non-verbal. Wenn ich da etwas übersehe, dann kann es zu diesen drastischen Ausdrucksformen kommen.“*

Eine der pädagogischen LeiterInnen erläuterte die in ihrem Verband diesbezüglich geltenden Richtlinien. *„Die BetreuerInnen lassen sich auf keinerlei körperliche Auseinandersetzung ein – weder, wenn es um Aggressionen der BewohnerInnen untereinander, noch um solche, die gegen die BetreuerInnen gerichtet sind, geht. Wir wenden uns in einem solchen Fall an die Polizei. Das hat sich langfristig bewährt.“* (34,2) In dem Wohnverbund, für den sie zuständig ist, ist nach den ‚stürmischen Jahren‘ Beruhigung eingetreten, die Leute sind mittlerweile älter und die auf diesem Weg vermittelte Programmatik: *„So leben wir hier nicht miteinander!“* hat mittlerweile allgemeine Anerkennung gefunden. Dennoch würde sie sich wünschen, dass offen über gewisse pädagogische Erziehungsmittel, auch ein kurzfristiges Einschließen in einem Raum im Fall wiederkehrender Aggression gegen MitbewohnerInnen diskutiert werden kann.

Ein ähnlicher Wunsch kam vom Leiter einer anderen privaten Behinderteneinrichtung. Auch hier sind die BewohnerInnen zum Teil recht junge Leute. Die pädagogischen Maßnahmen hätten in demselben Gesetz Platz finden müssen: *„Das davon abzulösen, das halte ich für zahnlos.“* Der Weg zu Gendarmerie und Psychiatrie ist für ihn freilich das allerletzte Mittel. *„Besser wäre, wenn es eine Stelle schon im Vorfeld gäbe, um zu helfen und zu beraten, und Varianten abzusprechen, um nicht die letztlich ja immens teure Variante der Psychiatrieeinweisung – häufig wiederholt – ergreifen zu müssen. Weil: was tun die? Sie stellen ihn neu ein, aber das kann ich extern in der Regel auch. Aber ich brauch ein bissl Hilfe: Wie geh ich mit dem um, wenn er wieder randaliert?“* Er würde sich wünschen, *„dass wir die Sanktionsregeln vereinfacht für unsere Klienten anwenden können. Wir können ja nicht sanktionieren! Zigarettenentzug ist das einzige, was wir machen können ...Und manche Behinderte haben nicht die normalen Erfahrungen mit dem generellen Sanktionensystem und sagen: Mir kann eh nichts geschehen, ich bin behindert...“*

Hier zeichnet sich also der Wunsch ab, in den Wohnvertretern einen Ansprechpartner zu finden – allerdings für die Diskussion und Bearbeitung von Problemen, die den Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes zu sprengen scheinen.

Insgesamt ergibt sich in Bezug auf die Problematik Freiheitsbeschränkung in den Einrichtungen der Alten- und Pflegeheime wie der Behinderteneinrichtungen ein hohes Maß an Sensibilität. Die kontraproduktiven Effekte von überzogenen Freiheitsbeschränkungen werden gesehen. Man ist sich der Tatsache bewusst, dass die Öffentlichkeit und die Angehörigen den Pflegesektor im Blick haben, man sieht, dass ein nicht einschränkender, offener Umgang mit Bewohnern insgesamt auch unter dem Gesichtspunkt des Pflegeaufwands die effektivere und natürlich insgesamt auch die humanere Strategie darstellt. Je nach Organisationskultur nimmt der Umgang mit Freiheitsbeschränkungen dennoch eine unterschiedliche Form an. Neben den zentralen Aspekten der baulichen Anlage, Zusammensetzung der Bewohner und Größe der Einrichtung scheinen in erster Linie die bereits bestehende Praxis der Dokumentation und die routinisierten Formen der internen Kommunikation (zwischen Personal, Heimleitung und Pflegedienstleitung, sowie innerhalb der einzelnen Teams) die entscheidenden Faktoren zu sein, die das Ausmaß und die Gestaltung von Freiheitsbeschränkungen beeinflussen. (Vgl. nächstes Hauptkapitel)

### ***„Komprimierte Morbidität“ – Umbrüche in der Landschaft der Alten- und Pflegeheime***

Aufgrund der strukturellen Unterversorgung im Bereich geriatrischer Einrichtungen und der Zunahme multimorbider Pflegefälle ergibt sich immer wieder und scheinbar zusehends häufiger gerade in ländlichen Regionen die Situation, dass Personen in Alten- und Pflegeheime aufgenommen werden, die mit den dort zur Verfügung stehenden Mitteln nicht angemessen versorgt werden können. Betrachtet man etwa die Annahmen, von denen das Heimvertragsgesetz ausgeht (z.B. § 27d, Abschnitt 3 Absatz 1 und 4), so wird deutlich, dass die Gewährung bzw. Sicherung bestimmter Persönlichkeitsrechte bei psychisch kranken, multimorbiden Personen extrem schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist. Will man beispielsweise auf die Probleme der Selbst- und Fremdgefährdung adäquat reagieren, so sind bei diesen Personen teils drastische Einschränkungen der Bewegungsfreiheit erforderlich. Diese aber kollidieren sowohl mit den Anforderungen des Heimaufenthaltsgesetzes als auch des Heimvertragsgesetzes, von den Erfordernissen eines menschlich zivilen Sozialklimas in der jeweiligen Einrichtung ganz zu schweigen. Ob und inwieweit nun in solchen Fällen die Voraussetzung für eine Kündigung nach §27i des Heimvertragsgesetzes gegeben sind, ist in den meisten Fällen eine Frage von nur theoretischer Bedeutung, da andere Möglichkeiten der Unterbringung de facto nicht gegeben sind. Diese Einrichtungen stehen von daher an einer strukturell ungünstigen Stelle. Sie sind einerseits angehalten, eine Lebensumwelt zu schaffen, die den Erfordernissen alter Menschen gerecht wird, andererseits sammeln sich dort in Ermangelung anderer Unterbringungs- und Betreuungsmöglichkeiten immer mehr Personen an, von denen angenommen wird, dass sie in diesen Einrichtungen von der (personellen, baulichen und medizinischen) Ausstattung her nicht adäquat betreut werden können.

Bei der Implementation der Regelungen des Heimaufenthaltsgesetzes wird – so war von einigen unserer GesprächspartnerInnen zu hören – auf diese Problematik einer allgemeinen Verschlechterung der psychischen und körperlichen Verfassung der in den Alten- und Pflegeheimen untergebrachten Population zu achten sein.

Wir sind allerdings auch auf eine positive Betrachtung dieser Entwicklungen gestoßen. Einer unserer Interviewpartner aus dem Kreis der Ärzteschaft hat von der ‚Kompression der Morbidität‘ (im hohen Alter und in wenigen Anstalten) gesprochen und betont, dass diese Entwicklung genau das sei, was wir uns alle erhofft hätten, möglichst lange und gesund und selbständig in normaler Umgebung zu leben (42,3).

In der Studie sammeln sich insgesamt Hinweise darauf, dass sich die Landschaft der Alten- und Pflegeheime tatsächlich im Umbruch befindet, wobei möglicherweise in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Strategien verfolgt werden. Der Ausbau der ambulanten Dienste ist sicher überall vorangeschritten. In der Steiermark etwa wird vor allem in betreutes Wohnen auf der einen Seite und in ‚reine Pflegeheime‘ auf der anderen investiert. Diese Pflegeheime sind auf die erwähnte Phase der ‚komprimierten Morbidität‘ zugeschnitten.

Von einzelnen InterviewpartnerInnen, vornehmlich solchen, die zugleich die Funktion der administrativen Leitung und der Pflegedienstleitung wahrnehmen, war zu hören, dass neue Formen der Organisation und der Praxis der Pflege vonnöten seien. Der Leiter eines Pflegeheimes in Wien spricht davon, dass Pflegestationen *„der Vergangenheit angehören“*. (26,2) Er hat ein System von Wohnpflegeeinheiten mit einem flexiblen Angebot von Pflegedienstleistungen vor Augen, von Wohngemeinschaften also, wo auch Personen mit geringerem Pflegebedarf leben.

Aber es geht um mehr als um organisatorische Veränderungen in der Landschaft der Alten- und Pflegeheime: Vonnöten sei eine Veränderung der Pflegephilosophie – gerade angesichts der Erfordernisse der Pflege von multimorbiden, hoch betagten Personen. Die Umriss einer solchen Pflegephilosophie finden sich ausgedrückt in den Worten: *„Es geht nicht darum, dass die Oma hundert wird, sondern darum, dass sie gute Tage zum Leben hat.“* (26,2) Und genau dies müsse vor allem in der Angehörigenarbeit vermittelt werden. Seine Kollegin, die in der Einrichtung, deren administrative und Pflegedienstleiterin sie ist, tatsächlich fast ohne alle die häufig für unumgänglich gehaltenen Formen von Freiheitsbeschränkungen auskommt, sagt: *„Da ist viel Pflegephilosophie dahinter. Die Ausrede von vielen: die Zeit haben wir nicht – das stimmt nicht!“* (40,2)

## **Risikoorientierung, Flexibilität, Kommunikation – Determinanten der Praxis freiheitsbeschränkender Maßnahmen**

Es wurde oben bereits ausgeführt, dass es typische Problemgruppen und Maßnahmen gibt, die in der Diskussion über freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Bereich der untersuchten Einrichtungen auftauchen. Mobile altersdemente Bewohner, selbst- und fremdgefährdende aggressive BewohnerInnen und immobile BewohnerInnen stellen die immer wieder genannten typischen Hauptproblemgruppen dar. Typische Maßnahmen sind die Einschränkung des Bewegungsspielraums und die Eindämmung des Bewegungsdranges der Mobilen, die Sicherung von Bettlägerigen und die Fixierung von Immobilien. Dies geschieht entweder durch individuelle Maßnahmen (mechanischer oder medikamentöser Art), oder durch strukturelle Maßnahmen (baulicher oder organisatorischer Art).

Ausmaß und Umsetzung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen hängen von einer Reihe von Faktoren ab. Heime lassen sich unterscheiden nach Größe, Lage, Trägerschaft und Organisationskultur. Im folgenden sei versucht, im Rahmen einer weiteren Typisierung unterschiedlicher Einrichtungen die Gesamtproblematik der Regelung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen darzustellen. Auf der Basis der Befunde bieten sich quer zu den Gegebenheiten Größe, Lage, Trägerschaft und zu anderen Organisationsmerkmalen drei zentrale organisationskulturelle Dimensionen für eine solche Typologie an.

- *Risikoorientierung: Was darf in der Einrichtung passieren?*
- *Flexibilität: Was gilt als normal? Und: Was wird als möglich wahrgenommen?*
- *Kommunikation: Wer spricht wie mit wem?*

Die drei Dimensionen Risikoorientierung, Flexibilität und Kommunikation lassen sich auch im Sinne einer Checkliste verwenden, um ein Verständnis für die Verhältnisse in einer Einrichtung im Hinblick auf das Problem freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu gewinnen.

### ***Risikoorientierung***

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Bereitschaft, Risiken im Rahmen der Pflege einzugehen. Das geflügelte Wort vom „Recht auf den Sturz“, das in vielen Interviews zitiert wurde, verweist auf die grundlegende Problematik der Handhabung von Risiken. Aus der Sicht der Verantwortlichen in den Heimen stellt sich dies als Dilemma dar: Es existiert die Forderung nach größtmöglicher Freiheit und Selbstbestimmung auf der einen Seite und die Sorge um die Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der Bewohner auf der anderen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind eine Möglichkeit, auf dieses Dilemma zu reagieren, eine größere Risikobereitschaft im Umgang mit den Bedürfnissen und dem Verhalten der Bewohner ist die Alternative zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die Frage, welche Risiken

eingegangen werden, hängt u.a. von der internen Verteilung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und damit von der Organisationskultur ab. Eine Einrichtung, in der die Beschäftigten eine klare Vorstellung von den geltenden Orientierungen, Normen und Werten haben, wird eine andere Risikoorientierung entwickeln, als eine Einrichtung, in der über die ‚corporate culture‘ Unklarheit herrscht. Eine hohe Risikobereitschaft verhindert den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Eine niedrige Risikobereitschaft ist dem Einsatz solcher Maßnahmen förderlich. Das jedenfalls kann als Ausgangshypothese gelten. Es zeigt sich freilich bei genauerer Betrachtung des qualitativen Materials, dass die Zusammenhänge komplexer sind. Extreme sind zwar klar markiert. In jedem einzelnen Fall wird eine Vielzahl von Faktoren wirksam und bestimmt die Entscheidung für die jeweilige Problemlösung, den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, den Verzicht darauf und/oder die Wahl von Alternativen.

Einige Beispiele zur Illustration:

Eine hohe Risikobereitschaft kommt in dem Bericht einer Pflegedienstleiterin zum Ausdruck, die die Schwierigkeiten erläuterte, vor die der Fall eines überaus unruhigen Bewohners sie Nacht für Nacht stellt: Er geht herum und ist sturzgefährdet, stürzt auch immer wieder, kann aus medizinischen Gründen nicht wirkungsvoll sediert werden, sodass als einzige Alternative das Festbinden am Bett bliebe. *„Und das will ich nicht tun.“* Im Augenblick setzt sie ihre Hoffnungen darein, dass eine medikamentöse Einstellung gefunden werden kann, die er verträgt – bis dahin *„fliegt er eben immer wieder“* hin. In demselben Pflegeheim gibt es allerdings ein elektronisches Überwachungssystem für die Abteilung mit Alzheimer-Patienten. Die war schon vor der Übernahme des Heimes (es gab vorher einen anderen Träger) installiert – *„glücklich bin ich damit nicht“*, sagt die Pflegedienstleiterin, aber ein Verzicht darauf sei wegen der baulichen Gegebenheiten schwierig und könne, wenn überhaupt, nur langsam erfolgen. In einer anderen, kleineren Einrichtung desselben Trägers komme man ohne das aus und könne die entsprechende persönliche Betreuung/Überwachung mit dem vorhandenen Personal leisten. *„Im anderen Haus haben wir für 12 Patienten drei Schwestern. Das ist sehr viel. Hier haben wir für ein Stockwerk, maximal 26 Patienten, drei Pflegepersonen. Wir sind dabei, hier Personal aufzustocken“.*(23,2)

Der Pflegedienstleiter und die Stationschwester eines großen Pflegeheimes sind von ihrer Grundeinstellung her überaus risikobereit. Vor allem dem Weglaufen von BewohnerInnen stehen sie gelassen gegenüber. Sie sind überzeugt, dass die meisten der BewohnerInnen, wenn sie – wie dies ja meist der Fall ist – in ihre alte Umgebung zurückkehren, da durchaus kompetent agieren. Dennoch gibt es ein elektronisches Überwachungssystem – auch deshalb, weil vor der Einrichtung eine verkehrsreiche Strasse vorbeigeht. Es kommen außerdem Bettgitter und Rollstuhl Gurte zum Einsatz, auch die Verwendung eines Overalls wird – unter bestimmten Voraussetzungen – für sinnvoll gehalten. In diesem Fall handelt es sich gemäß der Überzeugung unserer beiden GesprächspartnerInnen auch nicht um eine freiheitsbeschränkende

Maßnahme. Was die anderen genannten Maßnahmen betrifft, so sieht man sie durch die Bestimmungen durch das neue Gesetz ebenfalls ‚gedeckt‘, als eine wegen der Gefahr der Selbstgefährdung zulässige Freiheitsbeschränkung:

Eine niedrige Risikobereitschaft manifestiert sich hingegen in folgendem Statement: *„Bei uns gibt es Patienten, die sind dement, die haben Steckgitter; wenn ich die jetzt nicht mehr geben darf, was wird passieren? Sie werden aufstehen, hinfallen, die ganzen Unfallkrankenhäuser werden voll sein mit sämtlichen Brüchen und Nähten und Platzwunden.“* (24,3:) Einiges weist darauf hin, dass ÄrztInnen eine vergleichsweise geringe Risikobereitschaft besitzen als die Pflegedienste. Das medizinisch-naturwissenschaftliche Denken könnte für geringere Toleranzen im Umgang mit Risiken verantwortlich sein – wäre eine mögliche, ungeschützte Vermutung.

Ansonsten wird geringe Risikobereitschaft vor allem angesichts des Problems Weglaufen von BewohnerInnen, von Behinderten oder mobilen Dementen, sichtbar. Unterschiede bezüglich dieser Dimension waren im Zuge der Interviews auch daran erkennbar, wie die Gesprächspartner den Grundsatz vortugen, dass niemand durch Zwang und Gewalt festgehalten werden kann. Da war doch etliche Male unterdrücktes, bedauerndes Seufzen erkennbar. In einem Fall hat man sehr explizit gemeint, dass der Einsatz von solchen Respondern absolut wünschenswert wäre, leider aber nicht von der Dachorganisation unterstützt werde. *„Dann gibt es psychisch Kranke, Demente, die davonlaufen, und wir haben halt hier kein geschlossenes Haus. Und das Problem ist, dass sie im Winter erfrieren könnten. Und weil der Großteil der Leute nicht entmündigt sind, dann muss ich den rein theoretisch gehen lassen. Er wird halt bei der Rezeption abgefangen, tagsüber. Der Portier hat ein Bild und schaut drauf. Es geht um die Menschenwürde und für mich ist die Frage, ob die Menschenwürde verletzt ist, wenn jemand so ein Piepserl hat. Wenn wir beim Namensband so ein Piepserl hätten, das fände ich gut.“* (36, 1,2,3)

Eine andere Pflegedienstleiterin drückt hingegen ihre tiefe Skepsis gegenüber diesen elektronischen Vorkehrungen aus – wenn auch zögernd: *„Was soll ich ihnen dazu sagen (seufzend) – für mich entwickelt sich das alles dahin, dass die Überwachung eine zu große Rolle spielt. Ich bin da ein bisschen skeptisch: Hab ich das Recht, über diesen Bewohner diese Kontrolle auszuüben? Wohin führt das? Da baut man dann diese Chips ein, für mich ist das eine Horrorvision.“* (27,2) Dieselbe Pflegedienstleiterin hatte zuvor zu diesem Problem und zu ‚ihrer‘ Problemlösungsvariante ausgeführt: *„Absperrung? Ja, es gibt eine Tür, wo man das aktivieren könnte, aber wir haben offen und ich hab die besten Erfolge mit der Zuwendung. Wir machen da jetzt auch Validation und in den meisten Fällen reicht es aus, wenn jemand vom Haus den begleitet. Man macht einen Rundgang und das erledigt sich dann. Ich bin jetzt vier Jahre hier und es war nie so, dass jemand unbedingt weg wollte und weg gegangen ist. Es hat damit zu tun, wie man auf jemand in dieser Phase eingeht. Jeder hat das Recht, weg zu gehen. Die sind nicht entmündigt. Es passiert immer wieder, dass die Bewohner das Haus verlassen, ohne*

*dass wir davon wissen. Dann suchen wir halt. ... Es ist, Gott sei Dank, nie was Größeres passiert.“ (36,2)*

Was das Weglaufen von BewohnerInnen von Behinderteneinrichtungen betrifft, so wurde in einem Fall auch darüber geklagt, dass das Abstellen auf Fremd- und Selbstgefährdung nicht problemangemessen sei. Das Verhalten von BewohnerInnen gegenüber Passanten könne dazu führen, negative Einstellungen der Umwelt der Einrichtung gegenüber insgesamt zu befördern und dadurch deren Arbeit zu erschweren. Auch darin liegt ein Risiko begründet, das ins Problemlösungs-Kalkül dieser Leiterin mit eingeht. *„Wir dürfen niemand einsperren, außer wir nehmen an, dass diese Personen jemand anderem eine schwere Körperverletzung zufügt – aber das ist nicht das Problem. Wir haben Personen, die beispielsweise anderen Brillen vom Gesicht reißen – auf der Strasse. Das ist einfach eine sensible Materie, weil so etwas die ganze Einrichtung diffamiert, es wird der Einrichtung geschadet nicht nur der Einzelperson. Da erwachsen also möglicherweise Probleme, weil wir glauben, dass solche Personen doch am Hinausgehen gehindert werden sollen.“ (21,1)*

Von denen, die ohne solche Systeme auskommen, Altenheime wie auch Behinderteneinrichtungen, ist zu hören, dass die Beobachtung und das individuelle Eingehen auf BewohnerInnen, die dazu neigen, weg zu laufen, etwa ‚Runden ums Haus‘, ausreichend seien. Sicher spitzt sich hier das Problem auf die mangelnde Personalausstattung zu, die eine solche Beobachtung und Zuwendung auch während der Nacht, wo es sich um mehr als ein bis zwei problematische BewohnerInnen pro Betreuungseinheit handelt, unmöglich mache. *„Leute beobachten und drauf eingehen ist natürlich ein Mittel zu verhindern, dass jemand aufsteht und stürzt. Man kommt aber da leicht in einen Personalengpass, wenn man mehr als eine Person, die wandert, auf der Station hat.“ (36,2)*

### **Flexibilität**

Pflege ist zu einem überwiegenden Teil Routine. Tagesabläufe, pflegerische Maßnahmen und Verrichtungen gehorchen einem mehr oder weniger eng definierten Fahrplan. Eine solche Routinisierung ist notwendig, um die komplexen Abläufe in einer Pflegeeinrichtung zu koordinieren und den Arbeitsaufwand zu bewältigen. Bewohner als menschliche Wesen stellen sozusagen per definitionem potentielle Störungen dieser Routine dar. Das beginnt bei dem zeitlichen Regime der Mahlzeiten und endet bei der Kontrolle der Bewegungsfreiheit. Auch hier sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen eine mögliche Problemlösung. Einrichtungen, die eine größere Flexibilität in den routinisierten Strukturen des Heimalltags erlauben, werden weniger auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen zurückgreifen, als solche, die ein klar definiertes Regime im Alltag aufrechterhalten.

Ein praktisches Beispiel, an dem sich die Probleme von Flexibilität und Risikoorientierung demonstrieren lassen, liefert die folgende Darstellung aus einem Interview. *„Es ist bei uns so,*

*dass Pflege nicht unbedingt durchgeführt wird, .... Wenn ein Bewohner das nicht toleriert, dann wird das dokumentiert: Will nicht gewaschen werden, lässt sich nicht anziehen, Bewohner wehrt sich, Pflege wird auf ein Minimum reduziert. Bevor jemand ein Medikament bekommt, damit er sich pflegen lässt, wird die Pflege reduziert. Wir versuchen eine Gratwanderung. Ist es eine Selbstgefährdung, wenn sich jemand vier Wochen lang nicht wäscht? .... Mit viel Überzeugungsarbeit und Fingerspitzengefühl des Pflegepersonals lässt sich so etwas managen.“ (2,3)*

Handelt es sich hier um einen Fall von Vernachlässigung im Rahmen der Pflege? Welches Ausmaß von Verweigerung ist im Alltag der Station noch zu tolerieren? Welches Risiko geht man ein, wenn man Bewohner über einen längeren Zeitraum ohne hygienische Versorgung leben lässt? Antworten auf diese Fragen sind nicht durch Rückgriff auf objektive, absolut verbindliche Standards zu finden. Vielmehr muss jeweils im Einzelfall entschieden werden, es müssen verschiedene Aspekte der konkreten Situation gegeneinander abgewogen und eine vernünftige Lösung gefunden werden.

Flexibilität rührt an das Denken in Alternativen. Eine Pflegedienstleiterin (zugleich administrative Leiterin eines Pflegeheimes) erwies sich hier als sehr entschiedene Verfechterin des Möglichkeitsdenkens. Sie äußerte die Überzeugung, dass sich die meisten der als unverzichtbar betrachteten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen durch den Einsatz alternativer Mittel und alternative Techniken und Verhaltensweisen vermeiden lassen. So kam beim Abfragen der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen beim Punkt ‚Sitzhosen‘ die Reaktion: *„Sitzhosen? Kenn ich – ich kenn alles, und das ist der Grund, warum ich mir überlegt hab: das kann’s doch nicht sein! (Sie berichtet das Beispiel des alten Mannes, der gesundheitliche Probleme aufgrund der Sitzhose bekam) Das war’s, warum wir uns damals überlegt haben: welche Varianten könnten wir bieten, mit Orthopädietechnikern geredet haben und mit Rollstuhlfachleuten.“ (40,2)*

Die einzige der im Katalog angeführten Maßnahmen, die in diesem Pflegeheim zur Anwendung kommt, ist ein elektronisches Armband, wobei auf die elektronische Meldung erst einmal eine Beobachtung der weiteren Bewegungen der BewohnerInnen erfolgt, die sich außerhalb der Einrichtung begeben. (Auch hier war es wiederum so, dass die Gesprächspartnerin dieses Technik zumindest zuerst nicht als freiheitsbeschränkende Maßnahme verstanden wissen wollte.)

Unterschiedliche Flexibilität manifestiert sich auch in der Haltung gegenüber einer immer wieder angesprochenen Alternative zum Einsatz von Bettgittern: der Matratze auf dem Boden! In vielen Einrichtungen wird von dieser Möglichkeit bei BewohnerInnen, die nachts aufstehen und sturzgefährdet sind, Gebrauch gemacht, vor allem wenn die Gefahr besteht, dass sie versuchen, ein Bettgitter zu übersteigen. Aber recht häufig wurde als Argument gegen diese Möglichkeit ins Treffen geführt, dass das nicht praktikabel sei, einen schlechten Ein-

druck – vor allem auf die anderen BewohnerInnen und die Angehörigen mache – und überhaupt ... ,wie wollen sie das machen?' „Dann müsste man das so einrichten, dass ihm nichts passieren kann – also z.B. die Luftmatratze vorm Bett haben – da müsste man die ganze Station anders einrichten. ... Wie wollen sie das praktikabel machen? Da müssen sie mit einem anderen Denken einmal beginnen, dass die Betreuung von alten Menschen auch ganz anders sein kann.“ (22,3) „Ja, aber dann kommen die Angehörigen und sagen, da liegen die Leute auf dem Boden! Und wenn dann Angehörige sagen, ich will nicht dass mein Vater in einem Zimmer ist, wo eine Narrischer auf dem Boden liegt, was machen sie dann?“ (36,1)

Dort, wo dieses Hilfsmittel zur Anwendung kommt, wird sein Einsatz allerdings nach den Aussagen unserer GesprächspartnerInnen immer entsprechend vorbereitet und das heißt auch: mit den Angehörigen besprochen. „Das ist kein Problem. Man muss natürlich kommunizieren und mit den Angehörigen reden. Das ist eines der wichtigsten Dinge bei uns – immer wieder... vorher schon sprechen.“ (28,2) Das verweist auf die dritte zentrale Dimension: Kommunikation.

### **Kommunikation**

Die Art und Weise, wie Informationen in einer Einrichtung transportiert werden, wie man zu Entschlüssen kommt, wie Ziele und Aufgaben festgelegt und Probleme gelöst werden, hängt ab von der herrschenden Form der Kommunikation. Sind es hierarchische Strukturen, so wird das pflegerelevante Wissen an der Spitze zusammenfließen und Anordnungen kommen von dort an die MitarbeiterInnen zurück. Ist die kommunikative Ordnung stärker horizontal, werden Informationen einen anderen Weg durch die Einrichtung nehmen und andere Entscheidungsprozesse stattfinden. Ist die Einrichtung nach außen hin kommunikativ abgeschlossen, werden die Angehörigen eine andere Rolle spielen als in einem Haus, das offensiv eine Politik der Öffnung betreibt.

Die kommunikative Kultur einer Einrichtung prägt das Pflegeklima. Dementsprechend legen viele Heimleiter besonderen Wert auf die Teamkommunikation, sei es durch Supervision, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen oder institutionalisierte regelmäßige Besprechungen der MitarbeiterInnen. Das verhindert einsame Entscheidungen und Verantwortungsüberlastung und ist damit ebenfalls wichtig, um den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen möglichst rational und rationell zu gestalten. Diese Kultur entwickelt sich entweder in der paternalistischen Variante nach dem Haushaltsmodell, wo alle Beteiligten einbezogen werden: „Unsere Mitarbeiter, auch in der Reinigung, haben die Verpflichtung, mit den Bewohnern in der Früh zu sprechen. ... Das ist das Haushaltssystem, wenn ich den Begriff Haushalt drüber schreibe, dann kann ich vieles von der Idee verwenden.“ (11,1). Oder es wird in professionell geführten größeren städtischen Einrichtungen versucht, durch entsprechende organisatorische Maßnahmen, die Kommunikation sicherzustellen.

Man stößt auf Beispiele sehr differenzierter Kommunikationssysteme, die nach Aussagen der GesprächspartnerInnen auch tatsächlich einen ‚Mehrwert‘ für die Qualität der Pflege zu erbringen vermögen. *„Es gibt im Prinzip drei große Bereiche, die wir strukturmäßig genau gegliedert haben. Das eine ist der so genannte Morgenblitz, wo wir uns zwei Mal in der Woche hier bei mir zusammensetzen und wo ausgetauscht wird. Da sind alle vom Haus dabei, der Arzt nicht, aber sonst vom Haus, von der Wäscherei und von der Reinigung. Da kommen oft von der Reinigung Bemerkungen, ganz wichtige Beobachtungen, die eingebracht werden. Wenn es dann wirklich eine BewohnerInnenbesprechung gibt, die interdisziplinär ist, da werden die Bewohner durch besprochen. Ich bin mindestens einmal auf der Station und frage: ‚Wie geht es euch?‘ Ich kenne auch alle meine Bewohner auf der B-Station nach wie vor. Für mich ist dieses permanente Kontakthalten sehr wichtig. Jede Aussage ist wichtig, wir haben oft aus Ecken Aussagen bekommen, wo wir es nicht erwartet haben. In der Zwischenzeit wissen wir, wie wichtig das ist.“* (30,1)

Dort, wo es professionell geführte größere Dachorganisationen gibt, sind damit meist auch umfassende Fortbildungsangebote verbunden *„Wir haben wirklich viel, es ist manchmal schon fast zu viel!“* war von einer administrativen Leiterin zu hören.

Erwähnenswert scheint uns, dass die Frage nach den Möglichkeiten einer Supervision vorwiegend zurückhaltende Antworten evoziert hat. Teilweise verbinde sich mit dem Begriff eine Art unerwünschter Kontrolle, teilweise gebe es kulturbedingte Widerstände gegen diese Form der Veranstaltung, teils werde sie als wenig nützlich empfunden: Das läuft sich tot. Fallbezogene Supervision, die nicht als solche bezeichnet werde, sondern einfach Hilfe durch außen stehende Fachkräfte biete, stößt auf mehr positives Interesse, oder Veranstaltungen, die – ebenfalls unter anderem Namen, Live-Seminare (40,2) – dem Personal Unterstützung geben und Neuorientierung ermöglichen (38,2).

Allerdings hat sich die Einsicht, dass derartige Personalentwicklungsmaßnahmen sinnvolle Investitionen sind und letztlich auch der Qualität der Pflege zugute kommen, in den von großen Trägern betriebenen Einrichtungen noch nicht überall durchgesetzt. Hier herrscht teilweise noch ein traditionelles Denken vor. Vor diesem Hintergrund ist die Klage eines Heimleiters aus Oberösterreich zu verstehen: *„Je größer das Haus, desto geringer die Individualität .... Personalentwicklungsmaßnahmen sind schwierig, das liegt auch am Träger. Jeder Heimleiter hat zwei, wenn nicht drei Heime und da noch zusätzlich etwas zu machen, ist schwierig. Beim Träger fehlt das Verständnis, dass man Personal braucht, um das zu tun, und es fehlt auch das Verständnis, dass solche Maßnahmen zwar was kosten, aber mittelfristig auch was bringen. ... Man kann Personalabgang und Neuzugang mit dem ganzen Aufwand auf ca. 200.000 öS (15.000 €) beziffern. Wenn jetzt fünf Mitarbeiter wegen guter Personalentwicklung nicht kündigen, dann sind die Kosten für Personalentwicklungsmaßnahmen wieder herinnen.“* (8,1)

Kalkulierte Risikobereitschaft, Flexibilität und eine entwickelte interne Kommunikation sind wichtige Voraussetzungen für eine Pflegepraxis, die mit dem Problem freiheitsbeschränkender Maßnahmen angemessen umgeht. Es handelt sich hier um wichtige Faktoren für die Erklärung der Häufigkeit der Anwendung solcher Maßnahmen. Berücksichtigt man darüber hinaus weitere, bereits erwähnte Aspekte (Größe, Lage, Trägerschaft etc.), so erhält man ein relativ klares, wenngleich komplexes Bild, eine Karte der Bedingungskonstellationen, auf die die Arbeit der zukünftigen Bewohnervertreter treffen wird.

## **Zur Bedeutung des Heimaufenthaltsgesetzes aus der Sicht der Praxis**

Das Heimaufenthaltsgesetz ist in erster Linie ein prozedurales Gesetz: Es legt fest, unter welchen Bedingungen Freiheitsbeschränkungen gestattet sind. Es regelt dabei zunächst, wie mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen umzugehen ist (Dokumentations- und Meldepflicht, Benachrichtigung des Bewohnervertreeters, Möglichkeit der Überprüfung durch die Gerichte, etc.). Vor allem mit solchen Verfahrensvorschriften soll eine in der Praxis immer wieder beklagte rechtliche Grauzone beseitigt werden.

### **1/ Der Kenntnisstand über das Heimaufenthaltsgesetz**

Er ist in der Praxis sehr unterschiedlich, ebenso unterscheiden sich die Erwartungen bzw. Befürchtungen, die an dieses Gesetz geknüpft werden. Das Spektrum reicht von Unkenntnis und Desinteresse über große Besorgnis bezüglich der zu erwartenden Dokumentations- und Genehmigungsverfahren, bis hin zu positiven Erwartungen im Hinblick auf die durch das Heimaufenthaltsgesetz geschaffene Rechtssicherheit. Allerdings muss man bei diesen Einschätzungen in Rechnung stellen, dass die Kenntnis des Gesetzes, seiner Verfahren, Absichten und Ziele meist eher gering ist.

Deutlich zeigen sich hier die Unterschiede zwischen den oben erwähnten verschiedenen Organisationskulturen. Professionell geführte Einrichtungen, vor allem solche, die eine entsprechende Dachorganisation besitzen, haben von sich aus bereits Vorbereitungen getroffen (Veranstaltungen für Mitarbeiter, Informationsabende für Angehörige, etc.) und sind bereits jetzt dabei, sich Gedanken über die anstehenden Änderungen, insbesondere im Hinblick auf Dokumentations- und Informationsaufgaben zu machen. Das gilt auch für die Einrichtungen des Krankenanstaltenverbandes (KAV) in Wien, während bürokratisch geführte Einrichtungen im ländlichen Bereich dazu neigen abzuwarten. Jene Einrichtungen, die wir als pragmatisch strukturiert bezeichnet haben, agieren nach dem Motto, es werde nichts so heiß gegessen, wie es gekocht werde. In paternalistisch ausgerichteten Heimen trifft das Gesetz – wie alle Versuche, den Alltag nach allgemeinen rechtlichen Vorschriften zu gestalten – auf nicht unerheblichen Widerstand.

**2/ Grundsätzliche Kritik am Heimaufenthaltsgesetz** geht dahin, dass durch dieses Gesetz keine Verbesserung im Sinne einer Verhinderung von unangemessenen oder überflüssigen Freiheitsbeschränkungen erreicht werden könne. Immer wieder war zu hören, dass in der Einrichtung, in der wir die Gespräche führten, ohnehin bereits alle nur erdenklichen Vorkehrungen gegen einen unbedachten Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen getroffen würden und dass vor allem eine entsprechende Dokumentation erfolge, gegründet auf die Absprache zwischen der Pflege, den ÄrztInnen und den Angehörigen, und – wo vorhanden – auch den Sachwaltern. Die mit dem Gesetz einhergehenden Kontrollmechanismen wären also verfehlt, jedenfalls am falschen Platz; die entsprechenden Ressourcen wären besser anderwei-

tig eingesetzt – beispielsweise um die diversen ambulanten Pflegedienste zu kontrollieren, wo Freiheitsbeschränkungen unbeachtet und ungeahndet blieben. *„Das wäre sinnvoll bei Leuten, die zu Hause sind, aber das beinhaltet das Gesetz nicht. Die Leute, die in den Wohnungen von den Sozialdiensten betreut werden, zu denen müsste man hinkommen.“* (36,2)

Diese Art der Kritik kann in lebhaftes Klagen über das Misstrauen und Kontrollbedürfnis, das dem Pflegepersonal und der Ärzteschaft in den Einrichtungen entgegengebracht wird, münden. Das Gesetz wird als ein weiterer Auswuchs dieses Kontrollbestrebens durch Personen gesehen, die von der Sache nicht wirklich etwas verstehen, oder seit Jahren nicht mehr mit der Praxis in Kontakt stehen: *„Das Problem ist, dass Gesetze beschlossen werden von Menschen, die nie in diesem Bereich gearbeitet haben, oder vor ewig langen Zeiten. Man sollte sehen, dass wir aufgrund unseres Diploms und der Arzt aufgrund seines Studiums, dass wir gelernt haben, warum eine Fixation notwendig ist, und ich denke, wenn man das interdisziplinär bespricht und es dokumentiert wird, dann ist es ausreichend, und dann kann kein Fremder kommen und sagen: ‚Was tut’s ihr da?‘“* (36,1) *„Wissen Sie, der Pflegeberuf – ich mach ihn schon lang und ich mach ihn gern – aber da gibt’s schon bald zu viele Gesetze ... Es gibt Bestimmungen, die man absolut nicht erfüllen kann.“* (38,2)

Im Sinne einer grundsätzlichen Kritik war auch zu hören, dass die durch das Heimaufenthaltsgesetz angestrebte Rechtssicherheit mit Hilfe des Gesetzes wohl nicht zu erreichen sei. Vor allem bezweifelt man, ob damit das Problem der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in den Griff zu kriegen ist, oder ob nicht viel eher durch diese Lösung alles schlimmer werde. Ein Heimleiter formulierte seine diesbezüglichen Bedenken wie folgt: *„Wenn wir sehen, dass einer nicht im Stuhl sitzen kann, dann kriegt er halt das Pult oder den Gurt. Mit Meldungen hab ich kein Problem, wenn ich jemand ein Fax schick, wenn der eine Freud hat, dann soll er das kriegen. Nur das ändert nix, was soll der denn tun? Das Problem ist, dass letztlich ein Dritter, der den Bewohner gar nicht kennt, zu entscheiden hat, was wir hier zu tun haben. ... Die großen Missstände, wenn es sie gibt, können auch heute beseitigt werden. Ich wüsste nicht, wo ein Bedarf an einer zusätzlichen Person wäre. Ich hab nichts gegen den Verein für Sachwalterschaft, aber die sind halt völlig überfordert. Ich kenn das Pflegepersonal inzwischen gut, die setzen sich für niemand mehr in die Brennesseln, und wenn irgendwo hier ein Pfleger verurteilt wird, weil er irgendetwas zu wenig beachtet hat, quasi in die Sachverständigenhaftung kommt, und der wird verurteilt, dann geht ein Ruck durchs ganze Land und überall wird fixiert. ... Oder die Leute werden des Altenheims verwiesen, man kann sie nicht mehr haben, weil wir eine offene Anstalt sind, eigentlich gar keine Anstalt, sondern ein großer Haushalt. Der Bewohner mietet ein Zimmer, gegen Bezahlung erhält er Pflege, Wäsche, Küche, und mit dem hat sich’s. Mehr haben wir mit dem Bewohner derzeit nicht zu tun.“* (14,1)

3/ An Grundsätzliches rührt auch jener Strang der Kritik, der die durch das Gesetz bewirkte **Verrechtlichung** des Arbeitsfeldes beklagt:

3.a. Einmal in die Richtung, dass Gesetze den Ermessensspielraum einengen, ohne wirkliche Sicherheit für das Pflegepersonal, die verantwortlichen ÄrztInnen und die administrative Leitung zu schaffen. In diesem Zusammenhang wurde die Befürchtung laut, dass künftig mehr Freiheitsbeschränkungen gesetzt würden, um dem Haftungsrisiko zu entgehen. Dabei wird davon ausgegangen, die bisher geübte Praxis, Freiheitsbeschränkungen einzusetzen, basiere in aller Regel auf dem Hausverstand und folge ohnehin dem Prinzip des geringsten möglichen Eingriffs in die Freiheitssphäre der Bewohner. Wenn jetzt aber auf der Grundlage des neuen Gesetzes die Bedingungen für die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen präzise festgelegt würden, so hätte dies wahrscheinlich eine ‚Maximalstrategie‘ zur Folge. Man werde möglichst viele, möglichst umfassende freiheitsbeschränkende Maßnahmen beantragen und einsetzen, um sich dem Haftungsrisiko im Schadensfalle zu entziehen. Konnte man bisher mit Augenmaß in der Grauzone agieren und sich notfalls darauf berufen, dass es für entsprechende Maßnahmen keine Rechtsgrundlage gäbe, man sie daher auch nicht setzen könne, so werde jetzt ein jeder der Beteiligten (Pflege, Heimleitung, Arzt, Bewohnervertreter) versuchen, im Schadens- und Verletzungsfall den schwarzen Peter durch entsprechende Verschiebung der Verantwortung auf den anderen abzugeben. Auch stehe zu befürchten, dass die oben bereits erwähnte von den Interviewten angenommene strukturelle Widersprüchlichkeit von Heimaufenthaltsgesetz und Heimvertragsgesetz dazu führe, dass man versuchen werde, sich verstärkt von jenen Bewohnern zu trennen, bei denen im Heimaltag freiheitsbeschränkende Maßnahmen zum Einsatz kommen. Man handle sich mit der Rechtssicherheit sozusagen zugleich eine neue Verantwortlichkeit für die Gewährung von Sicherheit durch Freiheitsbeschränkung ein, die die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsatmosphäre erheblich verschlechtern würde.

Folgendes Szenario wurde entworfen: *„Alles muss dokumentiert werden. Der Bewohner stürzt, nach drei Wochen stürzt er wieder, wenn es noch mal passiert, wird man schwer sagen können, das war nicht abzusehen. Da wird man sich schwer tun, das rechtlich durchzukriegen. Die Grenze verschiebt sich in Richtung mehr fixieren, mehr Vorsichtsmaßnahmen, mehr verschlossene Türen. ... Die geschlossenen Psychiatrien hat man zugemacht, weil sie unsozial sind, jetzt macht man geschlossene Altersheime. Wenn wir die Infrastruktur schaffen, dann werden wir noch mehr psychiatrische Fälle im Haus kriegen, und dann geht ein Gesunder in diese Häuser ja nicht mehr rein. Wenn man dann so Ghettos schafft, dann brennt das Personal auch aus, wenn man mit keinem mehr vernünftig reden kann.“* (16,1)

Diese geradezu apokalyptisch anmutende Prophezeiung entsteht aus der Weiterentwicklung der Befürchtung einer Zunahme von Freiheitsbeschränkungen als Folge des In-Kraft-Tretens des neuen Gesetzes. Sie geht von der Annahme aus, dass mit zunehmender Verrechtlichung die Institution des Heims sich verändert und dass dies die Gefahr mit sich bringt, dass sich

unter der Hand jene Verhältnisse wieder einschleichen, die man durch die Auflösung der alten Einrichtungen beseitigen wollte.

Im derzeitigen Zustand eines quasi rechtsfreien Raums kann sich aber nicht nur die Vernunft eines menschlich geprägten pfleglichen Umgangs entwickeln, wie es diese Kritik nahe legt. Rechtsfreiheit schafft auch Manövrierspielraum für Entscheidungen, die es den Heimen ermöglichen, nach eigenen Vorstellungen zu handeln und unter den gegebenen Umständen das zu tun, was ihnen für den Betroffenen am besten erscheint. Auch diese Wahrnehmung der durch die Verrechtlichung bedingten Einengungen mündet in ein dramatisches ‚You can’t win’-Szenario: *„Es ist ja schon heute so, wenn jemand im Heim besonders auffällig wird und die anderen stört, müsste man theoretisch die Kündigung aussprechen und den Bewohner entlassen. Aber wohin entlässt man so jemanden? Man kann ihn nicht entlassen, in einem psychiatrischen Krankenhaus ist er nicht richtig aufgehoben, der kommt in eine Klinik, dort wird er eingestellt, dann kommt er zurück.. Da ist zum Beispiel in dem einen Zimmer einer, der die ganze Nacht schreit, der nächste Nachbar fühlt sich gestört. Den müsste man sofort entlassen. Da brauch ich kein Heimaufenthaltsgesetz mit Freiheitsbeschränkungen. Gut, der Arzt kann sagen, ich stell den ruhig mit Medikamenten. Es heißt aber zugleich, dass man versuchen soll, den Betroffenen möglichst schonungsvoll zu betreuen. ... Dann gibt’s Situationen, wo der eine zum anderen ins Zimmer geht. Der fühlt sich wohler, wenn sein Zimmer offen ist, aber der kommt immer wieder rein. Zwar können wir die Zimmer von außen abschließen, aber manche wollen das nicht. Und jetzt geht einer, der verwirrt oder psychische krank ist rein und bedroht den anderen. Was tue ich mit dem? .... Glauben Sie, dass der Arzt in so einem Fall, wo der eine beim anderen ins Zimmer geht, eine freiheitsbeschränkende Maßnahme anordnet? Der lässt sich auf dieses Spiel nicht ein. Den Ärzten würden graue Haare wachsen. Weil, was kann er anordnen? Er kann anordnen, ab ins psychiatrische Krankenhaus, dort hat er keinen Platz, oder soll er der Pflegedienstleitung sagen, man soll die Fenster- und Türgriffe abmontieren und das Zimmer permanent zusperren und der Bewohner schreit dann die ganze Zeit? Wenn er das nicht tut und sagt: Passt’s ein bisserl auf und schaut’s drauf, dass der nicht aus dem Zimmer kommt, dann hat er seine Pflicht verletzt. Der geht dann trotzdem raus, schmeißt den nächsten Bewohner aus dem Bett, der stürzt – wie ist da jetzt die rechtliche Folge? Was will der da für eine Freiheitsbeschränkung setzen, bei der sowohl das Personal von uns, als auch der Arzt gedeckt sind? Der Minister stellt sich das toll vor, aber wie wird das wirklich? Da sag ich nur, wo kein Kläger, da kein Richter. Beweis mir das einmal einer. Das ist das Problem. ... Was uns Probleme macht, sind die Echt-Situationen im Alltag. ... Wenn das Gesetz da ist und ein Bewohnervertreter bestellt ist, und der dann sieht, ja hier habt ihr nicht richtig gehandelt, der muss dann auch Anzeige erstatten, wenn er glaubt, dass die Mitarbeiter oder der Arzt die falsche Betreuungsmaßnahme getroffen haben. Dann kommt es zu den von mir befürchteten Strafverfolgungen, die dann immer negativ ausfallen müssen, weil die Fehler sind dann nachweisbar. ... Jetzt ist der Angehörige heilfroh, dass der bei uns*

*betreut wird, weil er genau weiß, der dürfte eigentlich gar nicht bei uns sein . Er weiß genau, dass, wenn ich oder die Pflegedienstleitung sagen: ‚Gefahr im Verzug‘, dann wird sofort die Kündigung ausgesprochen und im nächsten Monat ist der nicht mehr bei uns.“ (14,1)*

Das Negativ-Szenario besteht also hier nicht in der Herstellung jener Repression, die die ‚überwundenen‘ psychiatrischen Anstalten gekennzeichnet hat, sondern in der Nichtaufnahme oder Ausweisung von Pflegefällen, die den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen notwendig machen, weil man sonst wegen ‚Pflegerfehlern‘ belangt werden könnte.

In beiden Fällen wird jedoch befürchtet, dass das Heimaufenthaltsgesetz zur Setzung von mehr freiheitsbeschränkenden Maßnahmen führen wird, weil dann klar definiert sei, wann ein diesbezügliches Versäumnis vorliege, und weil damit ‚Fehler nachweisbar‘ seien. Der zuletzt zitierte Gesprächspartner geht auch davon aus, dass mit dem Gesetz klar zwischen falschen und richtigen Betreuungsmaßnahmen unterschieden und entsprechend rechtlich vorgegangen werden könne. In dieser Problemperzeption könnte es auch passieren, dass Angehörige, die oft sehr risikoaverse Vorstellungen von der Betreuung in Pflegeheimen haben, vermehrt versuchen, die aus ihrer Sicht problematische Verweigerung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen durch das Pflegepersonal gerichtlich anzufechten.

Es ist dies eine Annahme, die konträr zu der liegt, die von denjenigen unter unseren InterviewpartnerInnen geäußert wurde, die dem Gesetz positiv gegenüberstanden: Das Gesetz ermögliche, die Forderungen von Angehörigen nach mehr ‚sichernden‘ Freiheitsbeschränkungen abzuwehren.

3.b. Für einen beträchtlichen Teil unserer InterviewpartnerInnen lag die Gefahr der Verrechtlichung sozusagen am anderen Ende der Handlungs- und Ermessensspielräume angesiedelt und sie befürchteten, dass für notwendig erachtete Freiheitsbeschränkungen nun unter ein striktes Verbot fallen würden. Das könnte die Pflege erheblich erschweren. Es müssten dann Verletzungsrisiken eingegangen werden, die mit der Pflicht zur Fürsorge nicht zu vereinbaren seien. *„Bei uns gibt es Patienten, die sind dement, die haben Steckgitter; wenn ich die jetzt nicht mehr geben darf, was wird passieren? Sie werden aufstehen, hinfallen, die ganzen Unfallkrankenhäuser werden voll sein mit sämtlichen Brüchen und Nähten und Platzwunden, Ich weiß nicht, ob die Leute, die das entworfen haben, den Alltag kennen.“ (24,3)*

Diese Befürchtungen gehen einher mit den Beteuerungen – die auf Überzeugung beruhen – dass man Freiheitsbeschränkungen nur nach sorgfältiger Überlegung und nur dort, wo sie unumgänglich sind, setzt. Solche unumgänglichen Maßnahmen, zu denen auch Alternativen nicht gangbar seien, gibt es aber. Und die Annahme – oder Befürchtung – ist nun, dass sie aufgrund des Gesetzes unter ein Verbot fallen könnten.

Im ersten Fall führt also die Annahme eines Mehr an Freiheitsbeschränkungen zwecks Vermeidung von Haftungen in der Folge des neuen Gesetzes zur Verschlechterung der Situation

und der Qualität der Pflege, im anderen ist es die Annahme des durch das Gesetz geforderten Verzichts auf für notwendig erachtete Freiheitsbeschränkungen, das die Arbeit erschwert. Im ersten Fall geht man davon aus, dass die derzeitige Praxis unter Hinweis auf die nicht vorhandene rechtliche Vorschrift wenig Freiheitsbeschränkungen setzt, man aber dann, wenn klargestellt ist, was zulässig und was nicht zulässig ist, Freiheitsbeschränkungen in Fällen setzen muss, wo man sie bisher vermieden hat. Im zweiten Fall nimmt man an, dass man nun auf ein Instrument zur effektiven Problemlösung im Alltag der Einrichtung verzichten muss und befürchtet von daher Schwierigkeiten. In weiterer Folge könnte es auch unter diesen Annahmen als eine strategische Reaktion der Heimträger dazu kommen, dass die Nicht-Genehmigung von beantragten Freiheitsbeschränkungen den Vorwand für die Kündigung von BewohnerInnen liefert

4/ Vielfach wurden einfach Zweifel geäußert, was denn nun unter den Begriff der Freiheitsbeschränkungen falle, was gemeldet werden müsse – natürlich oft verbunden mit Skepsis, welchen Sinn denn die entsprechenden Bestimmungen (oder was man dafür hielt) tatsächlich machen, wie praxistauglich sie seien.

Aus der Darstellung einer Pflegedienstleiterin in einem Altenheim: *„Alle sitzen im gemeinschaftlichen Speisesaal, da ist es dann relativ eng, und wir müssen die Rollstühle fixieren d.h. die Bremsen anziehen, denn sonst würden sie hin und her rutschen und dann tun sie den anderen weh. Dann schlagen sie den anderen auf das Schienbein. Das ist etwas, wo man ein schlechtes Gewissen haben müsste, aber es ist auch menschlich.“* (2,2) Ähnlich gelagert auch die Bedenken eines anderen Heimleiters, der die Frage stellt, ob etwa das Versperren der Zimmer zum Schutz vor anderen – wobei die im Zimmer sich aufhaltenden Bewohner aber einen Schlüssel haben und jederzeit aufsperrern können – in Zukunft unter das Heimaufenthaltsgesetz fallen und dokumentiert werden müssen.

Zwischen Zweifel und Klage angesiedelt erscheint auch die Einschätzung eines Arztes: *„Jede Fixierung oder Maßnahme gilt vor dem Gesetz als freiheitsbeschränkend, egal ob es beschützt oder ob es unterstützend wirkt, das wird nicht unterschieden.“* (5,3)

Eine andere Unsicherheit besteht bezüglich des Begriffs der Selbstgefährdung: *„Das ist mein Problem mit dem Gesetz, dass der Begriff Selbstgefährdung nicht genau genug definiert ist. Wenn jemand aus dem Bett fällt, wenn er Pflegemaßnahmen verweigert, sind das Selbstgefährdungen? Und noch ein Problem: Es heißt, ich soll das meinem Patienten seinem Verstand gemäß darstellen. Wie kann ich das dokumentieren, dass ich das getan hab und dass der das verstanden hat? Durch Unterschrift, durch Zeugen, muss ich ein Tonband mitlaufen lassen, um das zu dokumentieren? Ein Dementer nickt mit dem Kopf und sagt ja, aber er hat es deswegen noch lange nicht verstanden. Es gibt Demente, denen erklär ich eine Stunde etwas und dann gehen die raus und die Schwester fragt: Hat die Frau Doktor mit ihnen geredet? Und die sagen: Nein, ich hab die Frau Doktor gar nicht gesehen. Wenn so etwas an den Falschen gerät, dann gibt's Probleme. Wenn der Bewohnervertreter kommt und den fragt: Hat Ihnen*

*die Frau Doktor erklärt, warum sie fixiert sind? Und der sagt: Nein, ich hab die Frau Doktor gar nicht gesehen. Was dann?“ (9,3)*

Diese Äußerungen zeigen, dass es tatsächlich noch sehr intensiver Auseinandersetzung mit der Intention des Gesetzes und seiner Bedeutung in der Praxis bedarf.

5/ Es fanden sich aber auch Stimmen, die **das Gesetz als eine positive Entwicklung** begrüßen, es für längst überfällig halten und sich eine gewisse Signalwirkung davon erwarten, zumindest aber die Beseitigung von ‚Grauzonen.’

*„Es war höchste Zeit“, dass das gekommen ist, wir sind glücklich!“ (40,2) „Prinzipiell find ich’s begrüßenswert, weil es für Transparenz sorgt und für einen sensiblen Umgang mit diesem Problem.“ (34,1)* Überwiegend ist, wie in diesem Statement, eine positive Wahrnehmung des Gesetzes verbunden mit dem Hinweis auf die dadurch erreichte Beseitigung der ‚Grauzone’, also einer Klärung dessen, was rechtens und was nicht rechtens ist, und mit dem dadurch gegebenen Schutz des Pflegepersonals, das man ‚nicht im Regen stehen lassen’ wolle. (26,2)

*„Es gibt eher eine positive Erwartungshaltung; das Gesetz gibt Schutz für die Bewohner, Schutz aber auch für die Mitarbeiter, weil es Sicherheit schafft...“ (28,2)*

„Es gibt eher eine positive Erwartungshaltung; das Gesetz gibt Schutz für die Bewohner, Schutz aber auch für die Mitarbeiter, weil es Sicherheit schafft...“ (28,2)

In dieser Sichtweise eröffnet das Heimaufenthaltsgesetz gleichsam die Möglichkeit, mehr Risiko einzugehen, das ‚Recht auf den Sturz’ ernst zu nehmen und vor allem den doch öfter als unangemessen erfahrenen Sicherheitsbedürfnissen von Angehörigen entgegen treten zu können. Das Heimaufenthaltsgesetz ist dann im wesentlichen ein Gesetz zum reduzierten und kontrollierten Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen., das – wenn es auch nicht direkte Auswirkungen auf den Gebrauch dieser Maßnahmen haben wird – doch im Sinne eines Signals wirksam werden könnte.

6/ Eine nicht ins Grundsätzliche gehende, sondern auf **Probleme der Implementierung** zielende Kritik am Gesetz richtet sich gegen den mit seiner Umsetzung verbundenen **bürokratischen Aufwand**. Das Gesetz bringe eine weitere Vermehrung dieses bürokratischen Aufwands in Form von Dokumentationserfordernissen mit sich. Dies gehe letztlich zu Lasten der Zeit, die für die zu betreuenden BewohnerInnen zur Verfügung steht. *„Wir denken, dass es wieder mehr Bürokratie geben muss, die dann auf Kosten der Bewohner geht und wie es dann technisch umsetzbar sein wird, weiß sowieso keiner.“ (24,3)*

*„Und jedes Jahr kommen neue Gesetze raus, die mich eigentlich an der Arbeit mit den Patienten hindern. Die Umsetzung von dem, was da steht, kostet Zeit, die dem Patienten verloren geht, weil ich mach dann das für einen Juristen oder den Angehörigen oder für einen Richter. Weil das, was da steht, das hab ich eh schon immer gemacht.“ (36,3)* *„Keiner fragt, ist das sinnvoll und es ist dann so, dass weil jemand ein Gitter braucht, wir fünf Stunden das dokumentieren - wo man in der Zwischenzeit wichtigere Dinge beim Patienten tun könnte.“ (36,1)*

*„Die Situation ist prinzipiell schon da: Laut einer deutschen Studie ist es bereits die Hälfte der Dienstzeit einer normalen Krankenschwester, und Heime werden auch vermehrt nach*

*Alternativen suchen müssen. Vor 10 Jahren war der Aufwand vielleicht bei 20 % - es ist jetzt kein Quantensprung, aber insgesamt ist die Entwicklung bedenklich. Es ist ein Zug der Zeit. ... Beim Heimaufenthaltsgesetz erwart ich mir viel Entlastung, wenn wir einheitliche Formulare bekommen, elektronische. (27,1)*

Zwar sehen diejenigen Einrichtungen, die über eine professionelle EDV-unterstützte Dokumentation verfügen, das Problem gelassener, aber insgesamt wird die Tatsache, dass im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes mehr dokumentiert werden muss, doch auch als Ausdehnung externer Kontrolle wahrgenommen.

Darüber hinaus werden spezifische Probleme der Umsetzung bei dem **Erfordernis der Einholung der ärztlichen Genehmigung** für länger als 24 Stunden währende Freiheitsbeschränkungen erwartet. *„Einen Nachteil sehe ich mit den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die länger als 24 Stunden dauern, dass man da die ärztliche Bestätigung braucht. Darauf sind unsere Ärzte nicht vorbereitet.“ (27,1)*

Dieses Problem wird vor allen Dingen in Behinderteneinrichtungen und in mittleren und kleinen Alten- und Pflegeheimen in Oberösterreich thematisiert. *Wir haben hier das Problem der ärztlichen Versorgung. Es gibt freie Arztwahl, 8 bis 9 Ärzte sind hier tätig. Aber wenn man nachts oder am Wochenende einen Arzt braucht ... Der Arzt aus dem Nachbardistrikt darf, wenn er Notdienst hat, gar nicht kommen, weil er seinen Distrikt nicht verlassen darf. Der andere kommt gar nicht, sondern macht eine Ferndiagnose am Telefon und dann ruft als erstes die Sekretärin an und fordert den Verordnungsschein an. Das sind die Probleme, die die Mitarbeiter haben. Im Krankenhaus ist das anders. Hier bei uns liegt die Verantwortung bei den Mitarbeitern.“ (12,1)*

In der Steiermark wurde uns dagegen versichert, dass diesbezüglich keine Schwierigkeiten zu erwarten sind: *„Es kommen unterschiedliche Hausärzte, jeden Tag ein anderer, der Bereitschaftsdienst hat. Außerdem gibt es noch den Distriktsarzt, als eine Art Notdienst, es ist immer jemand erreichbar.“ (40,2)* *Man kann auch sehr rasch vom Arzt eine Anordnung bekommen, zwei Ärzte stehen uns zur Verfügung und kommen zweimal die Woche und kennen jeden ihrer Leute genau und führen darüber auch ihre eigene Dokumentation. (41,1)*

Insgesamt zeigen die hier erörterten kritischen Einschätzungen des Heimaufenthaltsgesetzes das Spektrum möglicher Probleme und Widerstände, mit denen bei der Umsetzung des Gesetzes gerechnet werden muss. Diese Betrachtungsweisen und Argumente, die alle aus der Praxis der Einrichtungen kommen, werden vermutlich auch im Prozess der Vorstellung des Heimaufenthaltsgesetzes in Veranstaltungen mit VertreterInnen der Praxis auftauchen. Insbesondere erscheint es wichtig, sowohl die Logik und den Sinn des Heimaufenthaltsgesetzes, als auch die präzise Rolle des Bewohnervertreeters in die Praxis der Einrichtungen zu kommunizieren. Gelingt dies nicht, so besteht die Gefahr, dass sich eine diffuse Vorstellung von neuen ‚gesetzlichen Zumutungen und Gefährdungen‘ verbreitet und die eigentliche Absicht des Gesetz-

gebers – für alle Betroffenen Klarheit im Umgang mit verschiedenen Maßnahmen zu schaffen  
– nicht gesehen wird.

7/ Große Unklarheit herrscht über die **Funktion und Position** des im Heimaufenthaltsgesetz vorgesehenen **Bewohnervertreeters**.

Es wurde von den Befragten in den Interviews häufig angenommen, dass es sich dabei um den im individuellen Fall bestellten Sachwalter oder einen zusätzlich im Einzelfall zu benennenden Vertreter des betroffenen Bewohners handle. Welche Ausbildung und Aufgabe, welche Rechte und Pflichten diese Bewohnervertreter haben sollen, war den meisten Befragten unklar. Handelt es sich hier um eine weitere Kontrollinstanz, eine Art Ombudsperson, eine Stelle mit beratender Tätigkeit oder um eine Clearingstelle für Konfliktfälle? Steht der Bewohnervertreter auf der Seite der Einrichtungen? Auch konnte man sich nicht vorstellen, dass bei einer angenommenen Anzahl von ca. fünfzig Bewohnervertretern für ganz Österreich eine ernstzunehmende Wahrnehmung von Kontrollaufgaben möglich sei. Im folgenden wird auf die verschiedenen Aspekte dieser Kritik ausführlicher eingegangen.

7a. Das Gesetz bringt eine **Vermehrung von Kontrollinstanzen** mit sich, die sich **wechselseitig überschneiden und paralisieren**.

Sehr sachlich wurde hier von einem unserer Gesprächspartner ausgeführt, dass es das Bestreben der ARGE Heimleiter war, die mit dem Gesetz verbundene Kontrolle der Freiheitsbeschränkungen an eine der vorhandenen Einrichtungen zu binden. *„Da wir ohnehin schon viele Institutionen haben, die Aufsicht machen, war die Idee, dass die das mit machen, und als Rechtsweg das über den Verwaltungssenat zu machen, und von daher einen Instanzenzug über die Gerichte.“* (27,1) Auf diese Weise – so die Argumentation – hätte man bereits bestehende Kompetenzen nutzen und Mehrgleisigkeiten vermeiden können. Diesen Bedenken wurde jedoch hinzugefügt, dass die Vereine für Sachwalterschaft sichtlich bemüht seien, durch entsprechende Vorbereitung und Schulung der künftigen Bewohnervertreter und durch die Einrichtung eines einfach zu handhabenden Dokumentationssystems dieser neuen Aufgabe gerecht zu werden. Von anderer Seite wurde mit einer gewissen Empörung dargelegt, dass es in einzelnen Bundesländern bereits Institutionen gäbe, von denen die Rolle des neu zu schaffenden Bewohnervertreeters wahrgenommen würde (z.B. die unabhängige Heimaufsicht in Oberösterreich, die Pflegeombudsfrau in der Steiermark, oder der neulich geschaffene Patientenanwalt in Tirol). Es sei nicht einzusehen, dass nun eine weitere Kontrollinstanz hinzukomme. *„Eine Parallelaktion zu den Kontrollorganen des Landes? Das wäre unsinnig! Noch eine Institution, mit der wir's uns richten müssen! Das ist doch antiquiert, das new public management will doch eine einzige Ansprechstelle schaffen!“* (37,1)

Und nochmals die allgemeiner gehaltene Klage darüber, dass ‚die Pflege‘ so sehr einer – ungerechtfertigten – Kontrolle ausgesetzt wird: *„Die sollten sich mit der Situation wirklich auseinandersetzen und sehn, dass wir das (Anm.: Freiheitsbeschränkungen) nicht aus Gaudi ma-*

*chen, oder um Macht auszuüben. Die Pflege müsste einmal wirklich ernst genommen werden – dass man nicht weiß Gott was für Kontrollorgane braucht.“ (38,2)*

7.b. Die **Bewohnervertreter** werden von ihren (**mangelnden**) **professionellen Voraussetzungen** (ihrer Ausbildung) her nicht in der Lage sein, dieser Aufgabe gerecht zu werden.

Mit großer Regelmäßigkeit und recht einhellig war von unseren InterviewpartnerInnen zu hören, dass diese neue Funktion nicht als vorwiegend juristische wahrgenommen werden dürfte, sondern dass diese Leute etwas von der Pflege und (für die Altenheime) etwas von der Geriatrie verstehen müssten. *„Die müssen ausgebildet sein – ein Außenstehender versteht sonst die Dinge anders, als es gedacht ist, wie wenn man aus einem Gespräch einen Satz herausnimmt. Was als Missstand erscheint – wenn man weiß wie die Praxis aussieht, hat ein Misstand einen anderen Stellenwert – also je mehr man darüber spricht, es sollte Interaktion geben, damit beide verstehen, was dahinter ist. Dann kann man das sicher befürworten.“ (22,3)* *„...wenn es sein muss, dann solche, die etwas von der Pflege und etwas von der Geriatrie verstehen, und die auch schon gearbeitet haben in der Geriatrie und keine frisch Gefangenen.“ (36,2,3)*

*„Diese Bewohnervertreter müssen sicher entsprechend geschult sein, und es könnte schon sein, dass es diese Schulung in Hinsicht auf Geriatrie erst geben muss. Das ist etwas Neues und Spezifisches. Damit sie wissen, wovon sie reden.“ (20,1)*

Die Sorge um die fachliche Kompetenz des Bewohnervertreters ist dann häufig gepaart mit der bereits dargestellten Befürchtung, hier entstehe lediglich ein neues Kontrollorgan, das die ohnehin schon zu stark überwachten Einrichtungen zusätzlich unter Druck setzen und zusätzliche Arbeit (Dokumentation) verursachen könnte.

7.c. Die **Bewohnervertreter** sind **zu wenige für eine sinnvolle Kontrolle der Freiheitsbeschränkungen** durchführen zu können.

Bei manchen der Interviewten liegt das Schwergewicht der Kritik an der Schaffung der neuen Bewohnervertreter hingegen auf der mangelhaften Ausstattung, d.h., ihrer geringen Anzahl. Sie seien wohl bei der seriösen Überprüfung aller Einzelfälle überfordert. Schließlich wurde von einigen der Befragten befürchtet, dass die Einrichtung dieser Position die Schwelle für querulatorische Angehörige senke und man mit einer wachsenden Zahl von – als ungerechtfertigt empfundenen – Beschwerden zu rechnen haben werde.

7.d Die **Einrichtung der Bewohnervertreter** wird jedoch von manchen unserer GesprächspartnerInnen durchaus **auch positiv kommentiert**: *„Sie sind für mich herzlich willkommen“ (27,2)* – unter der Voraussetzung, dass sie sich als konstruktive Gesprächspartner erweisen, war von einer Pflegedienstleiterin zu hören; so auch von einem Arzt: *„Wenn jemand das von außen sieht – eine solche Kontrolle ist ja nicht schlecht.“ (27,3)*

Eher ungewöhnlich ist hingegen eine Sichtweise, wie sie in dem folgenden Statement zum Ausdruck gebracht wird. Dieser Leiter einer großen Einrichtung aus dem Altenpflegebereich in Wien unterscheidet im Hinblick auf die Rolle des Bewohnervertreeters zwischen rechtlichen Aspekten und vernünftigen Lösungen: *„Ich erhoff mir von diesen Vertretern dass mir irgendjemand sagt, das ist recht, das ist nicht recht. Das ist nicht immer auf die Stationen und die Pflegedienstleitung abwälzbar. Da soll jemand bestimmen, ob das rechtlich ist oder nicht. Der Gesetzgeber muss jemand bestimmen, der klar definiert: das ist rechtlich oder nicht. Ob's gescheit ist, das geht ohnehin nicht über ein Gesetz zu definieren, das geht eh nur in der Kommunikation. Gescheite Regelungen müssen wir vor Ort machen, hier geht es mir nur um die rechtliche Sicherheit. ... Ich glaube schon, dass da eine Kommunikation stattfinden soll.“* (26,2)

Die hier angesprochene doppelte Perspektive, die sozusagen von einer rechtlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung für pflegerisch vernünftige Lösungen ausgeht, wäre zwar theoretisch eine Ideallösung, wird aber in der Praxis nicht immer so wahrgenommen. Ein Interviewpartner hat allerdings diese Wahrnehmung des Bewohnervertreeters als einer Instanz, die die rechtliche ‚Unbedenklichkeit‘ einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme bescheinigt, kritisch beurteilt. *„Der andere Schwachpunkt (Anm.: des Gesetzes) ist im Bereich der Richter, die mit der Materie nicht vertraut sind. Und die Tendenz besteht, das so zu behandeln wie das Unterbringungsgesetz. Die Situation ist aber doch sehr anders, weil wir eben im Vorfeld die Heimbewohnervertreter haben, und nicht jeder Fall direkt ans Gericht geht, eine Rechtskonstruktion, mit der ich nach wie vor nicht sehr glücklich bin, weil das jetzt eine Institution übernommen hat, diesen Freiheitsschutz, die quasi richterliche Befugnisse hat, das aber de jure nicht hat. Wenn der Bewohnervertreter kommt und sagt, das ist in Ordnung, dann weiß ich, das kann ich tun, aber faktisch ist es erst abgedeckt, wenn der Richter das feststellt. Da habe ich Bedenken, aber sehen wir einmal, wie es geht. Ich bin grundsätzlich zuversichtlich, dass mit diesem Gesetz die Situation transparenter wird in Bezug auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen.“* ( 27,1)

Eine durchaus ähnliche Erwartungshaltung finden wir bei der Pflegedienstleitung einer Krankenanstalt: *„Ich weiß noch nicht genau, wie es läuft. Wenn es für uns ein Ansprechpartner ist für dieses Problem und für diese Fragen, das wäre eine Erleichterung, wenn ich mich mit den Fragen an diesen wenden kann. Da weiß ich nichts Genaues. Wenn ein Patient jetzt etwas verweigert, da ist es gut, wenn jemand da ist, der sagt, was darf ich tun. Da ist es gut, dass jemand da ist, der den Patienten vertritt, der sagt, das dürfen sie tun, und das ist ihre Grenze, soweit kann man das vom Patienten einfordern, auch in medizinischer Hinsicht. Dass jemand da ist, dass ich ihn im Zweifelsfall als Unterstützung fragen kann, ist es eine Freiheitsberaubung oder nicht. Er sollte auf jedem Fall gute rechtliche Kenntnisse haben, sonst nützt er ja nichts. Wichtig ist auch zu erklären, warum das so ist. Warum sind Punkte, die von der Pflege als Schutz angesehen werden, aus einer anderen Sicht Freiheitsbeschränkung. Es ist für mei-*

*ne Mitarbeiter nicht schlecht zu wissen, wie das zu handhaben ist, und was steht hinter der Entscheidung. (31,2)*

Der Wunsch, kompetente Partner für die Besprechung von Probleme der Pflege im Spannungsfeld von Fürsorge und Freiheitsgewährung zur Verfügung zu haben, wurde schließlich mehrfach geäußert. *„Ich glaube auch, dass, wenn es um Hilfestellung geht und um Lösungsversuche, das ganz anders rüberkommt, als wenn jemand nur sagt: Das darfst du so nicht machen, statt dass jemand sagt, wie soll ich's denn machen? Das würden wir brauchen. Wenn ich hundertmal ein Gesetz habe, aber wie agiere ich jetzt in dieser Situation – dass ich da eine Hilfestellung hab.“ (36,2)* Oder sehr knapp formuliert: *„Also einer, der die rechtlichen Möglichkeiten hat, und mit dem aber man auch reden kann.“ (26,1)*

*„Es sollten Menschen sein, die praxisbezogen sind, die nicht einfach kommen wie eine Aufsicht, sondern die bereit sind zu reden und zu diskutieren. Sie sind für mich herzlich willkommen, ich möchte aber, dass sie auch ein Wissen mitbringen, bevor sie in diese Position treten. Man kann nicht verlangen, dass sie vom pflegerischen Beruf sind, aber dass sie eine entsprechende Einschulung haben, dass sie wissen wovon sie sprechen.“ (36,2)* *„Es sollte eine Anockstelle sein, wo von einer Seite der Bewohner und von der anderen die Institution, ohne dass etwas passiert ist, Gespräche führen kann, und man auf diese Weise bereits ein Klima schafft, dass es dann im Zweifelsfall sehr rasch geht mit einem Telefonat, etc..., dass man den anderen als Partner sieht.“ (28,2)*

Häufig konnte nach einer Diskussion über die potentielle Rolle der Bewohnervertreter und nach der Beseitigung von Missverständnissen die Möglichkeit erkannt werden, dass hier eine ‚Instanz‘ geschaffen wird, die den in einer Einrichtung Tätigen mit einem gewissen Coaching zur Seite steht und – von den Freiheitsbeschränkungen ausgehend – Probleme der Pflege und insbesondere der Spannung zwischen Schutz der persönlichen Freiheit einerseits und Fürsorgepflicht andererseits diskutiert. Eine Stelle, die beruht auf der Erkenntnis *„dass die Kommunikation das Wichtigste ist, und zwar die Kommunikation im Sinne des Patienten.“ (28,1)*

#### 8. Schließlich noch einige Ausführungen zur **Rolle der Gerichte:**

Im Hinblick auf die zu erwartende Belastung der Gerichte können wir auf der Basis der Befunde folgende Vermutung formulieren: Abgesehen von der Gruppe der als querulatorisch bezeichneten Angehörigen ist mit einer vermehrten Einschaltung der Gerichte zur Lösung strittiger Fälle aus dem Pflegealltag vermutlich nicht zu rechnen. *„Das ist eine theoretischer Fall – das wird kaum passieren ... Das hängt natürlich von den Agierenden ab: Wenn ein querulatorischer Patientenvertreter zusammentrifft mit einem querulatorischen Arzt, oder mit einem sturen – dann kann ich mir das schon vorstellen, dass das eskaliert.“ (27,3)*

Hingegen ist es vorstellbar, dass in der ersten Zeit nach Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes eine Reihe von Präzedenzfällen einer gerichtlichen Klärung zugeführt wird. Dabei dürfte es vor allen Dingen darum gehen, die zentrale Begrifflichkeit dieses Gesetzes, etwa die

Definition von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen oder die Erfordernisse für Freiwilligkeit anhand von konkreten Einzelfällen zu judizieren.

Man könnte auch auf Einrichtungen treffen, deren VertreterInnen eine solche Nutzung des neuen Gesetzes ins Auge fassen und erwägen, eine Abklärung für eine von ihnen praktizierte Form der Freiheitsbeschränkung herbeizuführen. Es handelt sich z.B. um eine mit einem Drehknopf verschlossene Abteilung mit geistig behinderten BewohnerInnen (im Zuge der Psychiatrie-Reform aus psychiatrischen Einrichtungen ausgegliedert). Sie sind nach Einschätzung der pädagogischen Leiterin selbstgefährdend, wenn sie sich auf der Straße bewegen. Eine Überprüfung der Zulässigkeit dieses Drehknopfs, den nur ein einziger Bewohner dieser Abteilung öffnen kann, erachten sie und der administrative Leiter der Dachorganisation für wünschenswert.

Ein Pflegedienstleiter hat ebenfalls eine solche Rolle des Gerichts antizipiert: *„Wenn das Verhältnis zwischen Bewohner und Pflege gut ist, dann kann man eher annehmen, was der Bewohner wünscht, wenn er verbal nicht mehr in der Lage ist, sich selber zu äußern. Das ist eine heikle Sache, da muss man genau nachschauen, wie macht er sich verständlich. Da ist die Biographie wichtig, und es ist wichtig das vorher abzuklären. Da ist die Vernetzung mit der mobilen Pflege notwendig, weil dieses Wissen könnte dann auch herangezogen werden. Wichtig ist, diese Entscheidung auch genau zu dokumentieren, woraus schließe ich, dass der Bewohner das oder das möchte. Der Bewohnervertreter kann da auch einbezogen werden, weil jeder es ein bisschen anders auslegt. Das Gesetz ist da auch nicht so genau festgelegt, sondern eher offen formuliert. Wie lange eine freiheitsbeschränkende Maßnahme dauern kann, ist nicht festgelegt, und wann muss sie evaluiert werden. Da wird es einige Gerichtsurteile geben und in der Praxis wird sich das zeigen.“* (43,2)

**Das Heimaufenthaltsgesetz als strategische Ressource –  
zwischen Sicherheit und Risikoorientierung, Freiheitswahrung und Fürsorgepflicht**

Wie bereits mehrfach betont, sind Freiheitsbeschränkungen, abstrakt gesehen, immer eine Form der Problemlösung unter konkreten Randbedingungen. Betrachtet man die Einlassungen der im Rahmen des Projekts befragten Mitarbeiter aus den Heimen unter diesem Gesichtspunkt, so hat das den Vorteil, dass man einen analytischen Blick auf dahinter liegende Strukturen werfen kann. Man muss sich bei der Analyse der Einlassungen aus der Praxis die Differenz zwischen der *Herstellung* und der *Darstellung* eines Problems vor Augen halten: Die Logik und Dynamik professionellen Handelns (d.h. seine *Herstellung*) erschließt sich in erster Linie über die konkreten Handlungsbedingungen der Akteure und die tauchen in der *Darstellung* (in den Akten, Pflegedokumentationen, Interviewstatements, etc.) nur zum Teil auf. Daher berücksichtigen wir bei unseren Überlegungen auch diese sozusagen unsichtbaren Aspekte des Pflegealltags (wie oben bereits erwähnt, geht es in einem allgemeinen Sinne um die Herstellung oder das Management von Ordnung und Kontrolle in den Dimensionen Zeit und Raum – denn nichts anderes bedeutet letztlich die Arbeit in einer Pflegeeinrichtung).

Natürlich ist pflegerisches Handeln immer auch unter juristischen, medizinischen, moralischen und ethischen Aspekten zu bewerten und zu interpretieren. Derartige Sichtweisen spielen bei den in der Praxis getroffenen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Sie sind für sich genommen aber als Erklärung für die Entstehung bestimmter Problemkonstellationen meist nicht hinreichend. Wenn die gegebenen Rahmenbedingungen es nicht zulassen, dann spielen Kriterien wie Recht, Moral und Ethik nur eine untergeordnete Rolle. Wie diese Rahmenbedingungen beschaffen sind, unter welchen – teils objektiv gegebenen, teils selbst produzierten – Einschränkungen pflegerisches Handeln in einer konkreten Einrichtung vonstatten geht, ist Gegenstand der Analyse.

Zudem wirken entsprechende Haltungen und Orientierungen als Filter, die im Sinne der oben beschriebenen Perspektivendifferenz zu je unterschiedlichen Einschätzungen der Situation führen. Das heißt dann beispielsweise, dass Regelungen, die aus der Sicht eines mit der Materie befassten juristischen Experten einleuchtend und klar erscheinen, auf einen Experten aus der Pflegepraxis unklar oder kontraproduktiv wirken können. Maximen einer abstrakten Moral können im Angesicht des real existierenden Alltags in den Einrichtungen schnell verblasen und die Forderung nach rechtlich verbindlicher Überprüfung mag für diejenigen, die sie durchführen sollen, illusorisch erscheinen. Bei all dem gilt es schließlich zu berücksichtigen, dass das Thema Heimaufenthaltsgesetz in der Praxis nicht den herausragenden Stellenwert einnimmt, den es im Rahmen eines Forschungsberichts zu diesem Thema notwendigerweise bekommt. Das Heimaufenthaltsgesetz ist in den Augen der Praxis oft nichts anderes als „*wieder eins von diesen Gesetzen...*“ In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewie-

sen, dass der Erfolg dieses Gesetzes erheblich davon abhängen wird, ob es gelingt, der Praxis den Mehrwert für das eigene Handeln glaubhaft zu vermitteln.

*„Wenn Gesetze eingreifen, dann entstehen Probleme ... solange es ohne geht, ist es in Ordnung.“ (16,1)* An das Heimaufenthaltsgesetz knüpfen sich eine Reihe von Befürchtungen, Widerständen vielleicht sogar. Sie sind um den Topos der Verrechtlichung angesiedelt, der wiederum in zwei Ausprägungen als abträglich, ja gefährlich wahrgenommen wird. Einmal wird argumentiert, Verrechtlichung führe zu Sicherheitsdenken und den Schaden hätten letztlich die Bewohner als das schwächste Glied in der Kette. Diese Haltung ist in jenen Einrichtungen stark verbreitet, die wir in unserer Typologie als *paternalistisch* orientiert bezeichnet haben. Das Heim wird in diesen Einrichtungen als lebensweltlich strukturierter Interaktionsverband und nicht als eine durch Rechtsverhältnisse und Verträge geprägte Institution verstanden. Die hier zitierten ausführlichen Einlassungen stammen von Heimleitern in Tirol, wo offensichtlich ein höheres Misstrauen gegen jede Art hoheitlicher Intervention kultiviert wird.

Verrechtlichung als Einengung des Handlungsspielraumes in dem Sinn, dass bislang zugängliche Formen der Freiheitsbeschränkung nun unter ein Verbot fallen, wird hingegen vor allem in Wien sowie in den größeren bürokratisch geführten Anstalten beklagt. Hier ist es generell die größere Regelungsdichte, die den Hausverstand ausheble, die man als bedenklich erachtet. *„Es ist jetzt schon eine extrem schwierige Situation. Natürlich ist es gut, wenn man das in irgendeiner Form gesetzlich regelt, aber wir müssen damit auch arbeiten können. Ich denk mir das immer wieder, es werden wunderbare Gesetze gemacht, nur ich hab immer den Eindruck, kein Mensch geht da einmal in ein Heim und arbeitet da einmal zwei, drei Monate.“ (13,2)*

*„Es ist halt wie jedes Gesetz – und ein Gesetz gilt halt für alle und es kann nicht auf ein individuelles Problem eingehen; besser wäre, die Leute handeln nach ihrem Hausverstand! Aber es haben halt nicht alle einen Hausverstand und insofern muss man schon eine Vorgabe geben.“ (27,3)*

*Aus der Sicht der Mitarbeiter ist eine rechtliche Regelung auch eine Rechtssicherheit. So gesehen kann man es nur begrüßen, man muss nur aufpassen, dass nicht ein Regelwerk entsteht, wo dann alle Bereiche meines Lebens rechtlich geregelt sind, so dass ich meinen Hausverstand völlig abgeben kann, so diese amerikanischen Verhältnisse. Das gefällt mir nicht, wo es Operationen nur mehr mit Videoüberwachung gibt, weil irgendwer schon auf einen Fehler geiert.“ (9,1)*

Die positiven Stellungnahmen zum Heimaufenthaltsgesetz kamen vor allem aus den von halböffentlichen Trägern im Osten Österreichs geführten Einrichtungen. Dort, wo durchgehend eine hohe Sensibilität im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen festgestellt werden konnte, war man auch bereit, das Heimaufenthaltsgesetz als eine potentielle Ressource, zu-

mindest als einen Ansatzpunkt für weitere Verbesserungen der Qualität der Pflege zu sehen. Die ‚Verrechtlichung‘ wurde hier vor allem in ihrer symbolischen oder expressiven Wirksamkeit verstanden. In der Rechtssoziologie wird von der Normklärungsfunktion von Gesetzen gesprochen. In den Interviews fiel das Wort ‚Signalwirkung‘ und das entspricht dem recht genau: Deklarieren und aufzeigen, was als gesellschaftlich wünschenswert und daher durch eine Norm ‚gedeckt‘ gilt. Die ‚positiven‘ Stimmen zum Heimaufenthaltsgesetz sprechen diese symbolisch oder indirekte potentielle Wirkungsweise des Heimaufenthaltsgesetzes an. Tatsächlich geht niemand davon aus, dass mit In-Kraft-Tretens des neuen Gesetzes eine unmittelbare Veränderung der institutionsinternen Praktiken der Freiheitsbeschränkungen stattfinden wird. Es ist vielmehr das Denken in Alternativen und die Offenheit für Alternativen, die man hofft, auf diesem Weg zu befördern. Die neuen Bewohnervertreter sollen und können dabei einen wichtigen Part übernehmen.

Dies ist eine positive Perspektive, die sich auftut – vor einem Hintergrund freilich, der geprägt ist von Unsicherheiten, Zweifeln, Bedenken, Befürchtungen und Widerständen. Sie nicht zu ignorieren, war das Verständnis dieser Studie. Damit sollte eine Grundlage geschaffen werden, um sich mit den skeptischen bis abweisenden Motivlagen konstruktiv auseinander zu setzen und ihnen im Rahmen der Implementation und Informationsveranstaltungen genügend Raum und Aufmerksamkeit zu geben.

## **Annex: Quantitativer Überblick über die untersuchten Heime (das Sample):**

### Die Grundlage für das Sampling

bildete die Einrichtungsdatenbank „Standortanalyse der WU-WGI“, die 1.453 Einrichtungen verzeichnet (Stand 30.4.04).

### Regionale Einschränkung und Streuung:

Aus praktischen Gründen (beschränkte Mittel für Reisen/Interviews vor Ort) konnten nur einige Regionen einbezogen werden. Die Studie beschränkt sich daher auf die Einzugsbereiche folgender Bewohnervertreter-Geschäftsstellen:

- Amstetten
- Wr. Neustadt
- Bruck/Mur
- Salzburg
- Linz
- Vöcklabruck
- Wien/Wilhelmstraße

In diesem Bereich liegen insgesamt 540, also ca. 1/3 aller Einrichtungen.

### Zufallsstichprobe/Zielgröße:

Für eine Zielgröße einer Zufallsstichprobe von ca. 50 Einrichtungen würde die Auswahl jeder 10. Einrichtung ausreichen. Da jedoch von einer Kooperation unter 100% ausgegangen werden muss, wurde zunächst aber eine Stichprobe jeder 7. Einrichtung gezogen (N = 77 Anstalten).

Das Ergebnis wurde kontrolliert, wie weit es der Verteilung von Anstaltstypen, Anstaltsträgern, Anstaltsgrößen und Platztypen in der Gesamtanstaltenpopulation entspricht.

### Stichprobenkorrektur:

Die Überprüfung zeigte eine Überrepräsentation kleiner Behinderteneinrichtungen sowie von großen Altenheimen (mit geringem Pflegeplatzanteil), namentlich in Wien. Aus diesem Grund wurden zusätzlich 9 Adressen gezogen, 6 von größeren Behinderteneinrichtungen und 3 von mittelgroßen Altenpflegeheimen in Wien.

Aus dem Pool von somit

- 9 Krankenanstalten
- 44 (+3) Alten- und Pflegeheimen
- 24 (+6) Behinderteneinrichtungen

sollten (und zwar wiederum per Zufall) solange Adressen von Einrichtungen gezogen werden, bis für die Befragungsstudie die Quoten

- 8 Krankenanstalten (aus 9)

- 24 Alten- und Pflegeheime (aus 47)
- 16 Behinderteneinrichtungen (aus 30)

erreicht waren.<sup>4</sup>

#### Das realisierte Sample (vgl. Tabelle 0):

De facto konnten 45 Einrichtungen in die Untersuchung einbezogen werden.<sup>5</sup>

24 davon befinden sich in Wien, 12 in Westösterreich, 9 in Ostösterreich (NÖ, Stmk).

30 Heime sind Alten- und Pflegeheime, 10 Behindertenheime und 5 Krankenanstalten.<sup>6</sup>

19 Heime haben einen öffentlichen, 6 einen semi-öffentlichen Träger (z.B. das Kuratorium Wiener Pensionistenheime), 11 werden von einem Wohlfahrtsverband betrieben, 9 sind private kommerzielle Unternehmungen.

Was die Größe der Heime betrifft, hat ca. je ein Viertel bis 50, >50-100, >100-250 bzw. >250 Plätze (N=10, 13, 11, und 11).

Unter den Alten- und Pflegeheimen überwiegen ‚Wohnheime‘, d.h. solche mit <25% Pflegeplätzen (16), einen geringen Wohnplatzanteil (inkl. WP mit Pflege) von <25% weisen dagegen 6 der Heime auf.

17 der Heime/Anstalten haben noch Mehrbettzimmer (mehr als 2 Betten).

Eine mittlere Pflegegeldstufe der Pflegegeldbezieher von <3,5 gibt es in 12, eine höhere mittlere Pflegegeldstufe als 3,5 in 16 der untersuchten Heime.

Die Personalqualifikation, gemessen am Verhältnis zwischen diplomiertem und Hilfspflegepersonal, ist in 8 Fällen (von 34 Einrichtungen, aus denen Information dazu vorhanden ist) durch eine Höherzahl qualifizierter Kräfte und in je 13 von der Balance bzw. einer Minderheit diplomierter PflegerInnen gekennzeichnet.

Die Personalfluktuation (nach eigener Bewertung der Heimleitung) wird nur in 3 Fällen als ‚hoch‘ eingestuft.

Die Daten zeigen somit eine hinreichende Streuung unter den in der Untersuchung repräsentierten Einrichtungen, womit das Ziel des Sampling erreicht wurde.

---

<sup>4</sup> In Übereinstimmung mit dem Projektbeirat wurde die Verteilung von 12 KA : 24 APH : 12 BHEintr., wie sie das Exposé vorsah, zunächst zugunsten von Behinderteneinrichtungen abgeändert.

<sup>5</sup> Es wurden dabei 91 Interviews, 41 mit der administrativen Leitung, 34 mit PflegedienstleiterInnen und 15 mit verantwortlichen ÄrztInnen geführt.

<sup>6</sup> Diese Verteilung bleibt bei den Krankenanstalten und Behinderteneinrichtungen unter dem Plan, bei den Alten- und Pflegeheimen wird dieser übererfüllt, was jedoch dem Maß der ‚Betroffenheit‘ und Vorbereitung auf das HeimAufG entspricht und die Kooperationsbereitschaft der Einrichtungen abbildet.

**Tabelle 0: Heimstichprobe, Heimmerkmale und freiheitseinschränkende Maßnahmen**

| fortl. Nr. | Heimmerkmale |            |               |                 |                   |               |                          |                            |                        |                     |                        | freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) |                 |                   |               |              |                |                  |       |                        |             |          | Kultur        |             |         |        |                       |                    |              |               |
|------------|--------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|---------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|---|-----------------|-------------------|---------------|--------------|----------------|------------------|-------|------------------------|-------------|----------|---------------|-------------|---------|--------|-----------------------|--------------------|--------------|---------------|
|            | Bundesland   | Heimart z) | Trägerschaft* | Betten gesamt** | Anteil WP, WPP*** | Mehrbetzimmer | mittl. Aufenth. dauer x) | Mittl. Pflegegeldstufe xx) | Personalschlüssel xxx) | DKS/Hilfpersonal o) | Personalfuktuation oo) | Summe FeM (ooo)                         | Areal versperrt | Eingang versperrt | Drehknopf ... | Elektron. ÜW | Rückholauftrag | Gehilfe entzogen | Tisch | Fixierung im Rollstuhl | Steckgitter | Netzbett | Gurtfixierung | Medikamente | Betruhe | andere | Culture Score total # | Risikoorientierung | Flexibilität | Kommunikation |
| 1          | W            | 1          | 3             | 3               | 2                 | 1             | 2                        | 4                          | 1                      | 3                   | 0                      | 4                                       |                 |                   |               | 1            |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 1      | 0                     | 1                  | 0            |               |
| 2          | W            | 1          | 3             | 4               | 3                 | 1             | 2                        | 5                          | 2                      | 5                   | 1                      | 4                                       |                 |                   |               | 1            |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 3      | 1                     | 1                  | 1            |               |
| 3          | W            | 2          | 3             | 1               |                   |               | 4                        | 3                          | 1                      | 1                   | 1                      | 4                                       |                 | 1                 |               | 1            |                |                  | 1     |                        |             | 1        |               |             |         | 3      | 0                     | 1                  | 2            |               |
| 4          | W            | 1          | 4             | 3               | 5                 |               | 1                        | 4                          | 2                      | 5                   | 0                      | 4                                       |                 |                   |               | 1            |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 0      | 0                     | 0                  | 0            |               |
| 5          | W            | 1          | 2             | 5               | 5                 |               | 4                        | 2                          | 4                      | 2                   |                        | 4                                       |                 |                   | 1             | 1            |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 3      | 2                     | 1                  | 0            |               |
| 6          | O            | 1          | 1             | 5               | 3                 |               | 2                        | 4                          |                        | 3                   | 2                      | 4                                       |                 |                   | 1             | 1            |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 1                  | 2            |               |
| 7          | O            | 1          | 1             | 4               | 5                 | 1             | 2                        | 4                          | 2                      | 3                   | 0                      | 4                                       |                 | 1                 |               | 1            |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 5      | 1                     | 2                  | 2            |               |
| 8          | O            | 1          | 1             | 4               | 2                 |               | 2                        | 4                          |                        |                     | 1                      | 3                                       |                 | 1                 |               |              |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 6      | 2                     | 2                  | 2            |               |
| 9          | O            | 1          | 1             | 4               | 5                 |               | 2                        | 4                          | 2                      | 3                   | 1                      | 2                                       |                 |                   |               |              |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 6      | 2                     | 2                  | 2            |               |
| 10         | O            | 1          | 1             | 4               | 4                 | 1             | 4                        | 4                          |                        |                     | 0                      | 6                                       |                 | 1                 |               |              | 1              | 1                | 1     | 1                      |             |          | 1             |             |         | 2      | 1                     | 0                  | 1            |               |
| 11         | O            | 2          | 4             | 2               |                   |               |                          | 2                          |                        |                     |                        | 0                                       |                 |                   |               |              |                |                  |       |                        |             |          |               |             |         | 5      | 2                     | 2                  | 1            |               |
| 12         | O            | 1          | 1             | 3               | 1                 |               |                          |                            | 2                      | 5                   | 0                      | 2                                       |                 |                   |               |              |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 2                  | 1            |               |
| 13         | O            | 1          | 4             | 5               | 5                 |               | 4                        | 3                          | 3                      | 4                   | 0                      | 4                                       |                 |                   |               | 1            |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 3      | 1                     | 1                  | 1            |               |
| 14         | T            | 1          | 1             | 2               | 5                 |               | 4                        | 4                          | 2                      | 4                   | 0                      | 7                                       |                 | 1                 | 1             | 1            | 1              | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 3      | 0                     | 1                  | 2            |               |
| 15         | O            | 1          | 1             | 3               | 5                 |               | 4                        | 3                          | 3                      | 5                   | 0                      | 2                                       |                 |                   |               |              |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 1                  | 2            |               |
| 16         | T            | 1          | 1             | 3               | 5                 | 1             | 3                        | 3                          | 2                      | 5                   | 0                      | 5                                       |                 |                   |               | 1            | 1              | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 2                  | 1            |               |
| 17         | T            | 1          | 1             | 3               | 3                 | 1             | 3                        | 2                          | 2                      | 5                   | 1                      | 5                                       |                 |                   |               | 1            |                |                  | 1     | 1                      |             | 1        | 1             |             |         | 2      | 1                     | 0                  | 1            |               |
| 18         | W            | 2          | 3             | 1               |                   |               | 3                        | 4                          | 1                      |                     | 0                      | 1                                       |                 | 1                 |               |              |                |                  |       |                        |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 1                  | 2            |               |
| 19         | W            | 2          | 3             | 3               |                   |               | 4                        | 3                          | 2                      |                     | 1                      | 0                                       |                 |                   |               |              |                |                  |       |                        |             |          |               |             |         | 5      | 2                     | 1                  | 2            |               |
| 20         | W            | 2          | 3             | 1               |                   |               |                          |                            |                        |                     |                        | 0                                       |                 |                   |               |              |                |                  |       |                        |             |          |               |             |         |        |                       |                    |              |               |
| 21         | W            | 2          | 3             | 1               |                   |               | 4                        |                            |                        |                     | 1                      | 1                                       |                 | 1                 |               | 1            |                |                  |       |                        |             |          |               |             |         | 1      | 0                     | 0                  | 1            |               |
| 22         | W            | 1          | 4             | 5               | 4                 | 1             | 4                        | 2                          | 4                      | 3                   | 1                      | 4                                       |                 |                   | 1             | 1            |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 1      | 0                     | 0                  | 1            |               |
| 23         | W            | 1          | 4             | 3               | 5                 |               | 3                        | 3                          | 2                      | 4                   |                        | 3                                       |                 |                   | 1             |              |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 5      | 2                     | 2                  | 1            |               |
| 24         | W            | 1          | 2             | 4               | 5                 | 1             | 2                        | 2                          | 4                      | 3                   | 1                      | 2                                       |                 |                   |               |              |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 2      | 0/1                   | 0/1                | 1            |               |
| 25         | W            | 3          | 4             | 4               |                   |               |                          |                            |                        |                     |                        | 2                                       |                 |                   |               |              |                |                  | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 2                  | 1            |               |
| 26         | W            | 1          | 3             | 4               | 4                 | 1             | 3                        | 3                          | 2                      | 5                   | 0                      | 3                                       |                 |                   | 1             |              |                |                  | 1     | 1                      | 1           |          |               |             |         | 5      | 2                     | 2                  | 1            |               |
| 27         | W            | 1          | 2             | 5               | 5                 | 1             | 4                        | 3                          | 4                      | 2                   | 1                      | 3                                       |                 |                   |               |              |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 2,5    | 0/1                   | 0/2                | 1            |               |
| 28         | W            | 1          | 1             | 5               |                   |               | 3                        | 4                          | 2                      | 3                   | 2                      | 4                                       | x               |                   |               | 1            |                | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 3      | 1                     | 1                  | 1            |               |
| 29         | W            | 1          | 2             | 5               | 5                 |               | 4                        | 2                          | 4                      | 1                   | 2                      | 5                                       |                 |                   |               | 1            | 1              | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 2      | 1                     | 1                  | 0            |               |
| 30         | W            | 1          | 2             | 5               | 5                 |               |                          | 2                          | 4                      | 3                   | 0                      | 5                                       |                 |                   |               | 1            | 1              | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 4      | 1                     | 1                  | 2            |               |
| 31         | W            | 3          | 1             | 5               |                   | 1             | 1                        |                            | 1                      | 1                   |                        | 4                                       |                 |                   |               | 1            | 1              | 1                | 1     | 1                      |             |          |               |             |         | 2      | 1                     | 1                  | 0            |               |
| 32         | W            | 2          | 3             | 1               |                   |               | 4                        | 3                          | 1                      | 1                   | 1                      | 4                                       |                 | 1                 |               | 1            |                |                  | 1     |                        |             | 1        |               |             |         | 3      | 0                     | 1                  | 2            |               |
| 33         | W            | 3          | 1             | 5               |                   | 1             | 3                        | 4                          | 3                      | 3                   | 1                      | 6                                       |                 | 1                 |               | 1            |                | 1                | 1     | 1                      | 1           | 1        |               |             |         | 0      | 0                     | 0                  | 0            |               |

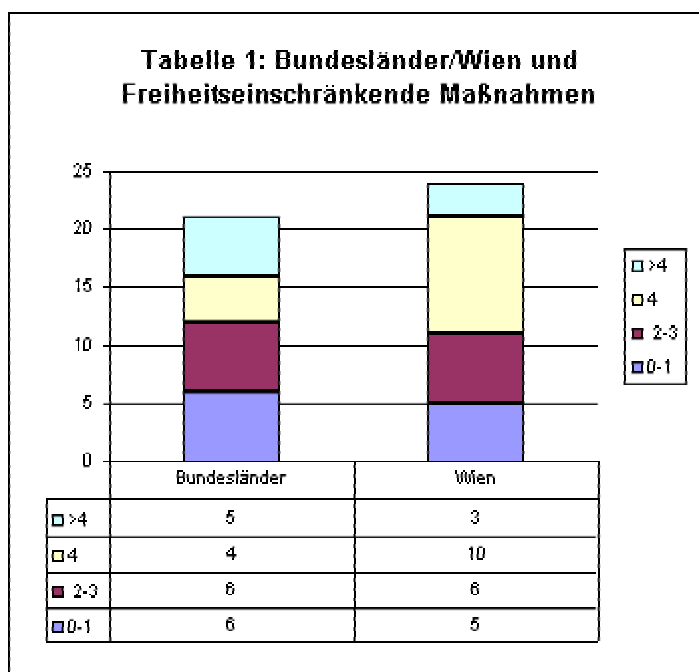


## Heim Merkmale und die Verwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen

In der Untersuchung wurden 13 Kategorien freiheitsbeschränkender Maßnahmen (plus eine Restkategorie: sonstige) abgefragt. Von diesen wurden 2 (Fixierung im Rollstuhl, Steckgitter) in drei Vierteln aller Einrichtungen zumindest fallweise verwendet, ein Rückholauftrag besteht bei der Hälfte der Heime, alle anderen Maßnahmen kommen deutlich seltener vor.

Da den untersuchten Einrichtungen keine exakten Häufigkeitsangaben für bestimmte Maßnahmen und Zeiträume zugemutet werden konnten, wurde hier ein einfacher Indikator gebildet: Für jeden zumindest gelegentlich verwendeten Typus von Freiheitseinschränkung wurde ein Punkt vergeben und ein Summenscore (zwischen 0 und maximal 7 FeM<sup>7</sup>) errechnet.

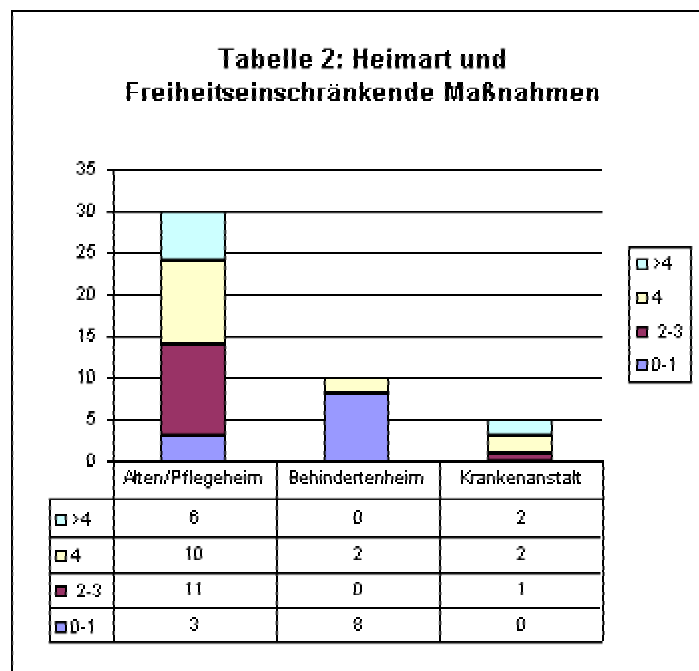
Bei einem Vergleich von Wien und den Bundesländern zeigt sich in den Bundesländern eine größere Streuung bzw. ein polarisiertes Bild. Es gibt dort relativ mehr Heime/Anstalten ohne Einsatz von Freiheitsbeschränkungen und solche mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl solcher Maßnahmen. (Tabelle 1)



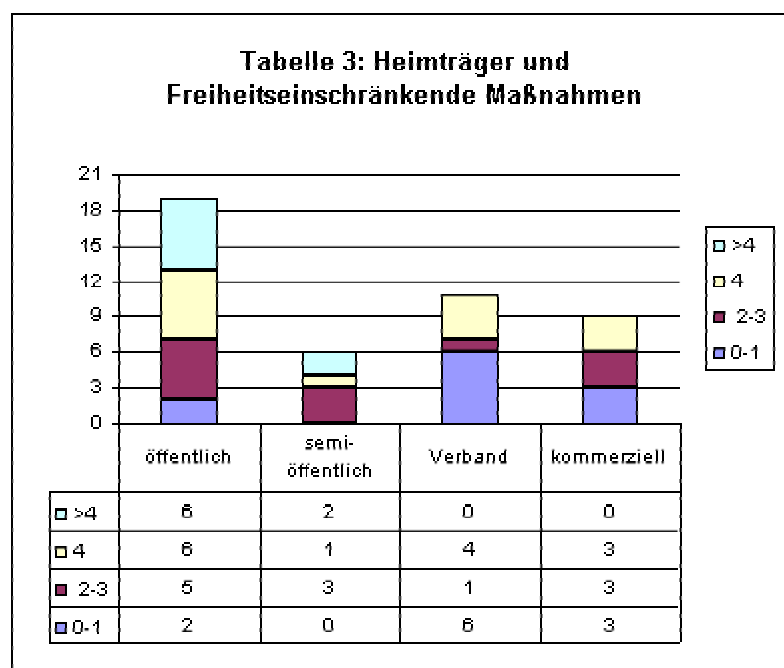
Bei einer Aufgliederung nach der Art der Heime, nach Alten/Pflegeheimen, Behindertenheimen und Krankenanstalten wird ersichtlich, dass Krankenanstalten sich am relativ häufigsten zu Freiheitseinschränkenden Maßnahmen veranlasst sehen, Behindertenheime in der Regel ganz darauf verzichten können. Bei Alten- und Pflegeheimen variiert die Häufigkeit am

<sup>7</sup> In keiner Einrichtung wurden mehr als 7 von 14 Freiheitseinschränkenden Maßnahmen angewendet. Die vorhandenen rudimentären Daten deuten darauf hin, dass zwischen der Breite der eingesetzten Maßnahmen und der Frequenz (gelegentlich bis sehr häufig) ihres Einsatzes ein Zusammenhang besteht, weshalb die gebildete einfache Maßzahl vertretbar scheint.

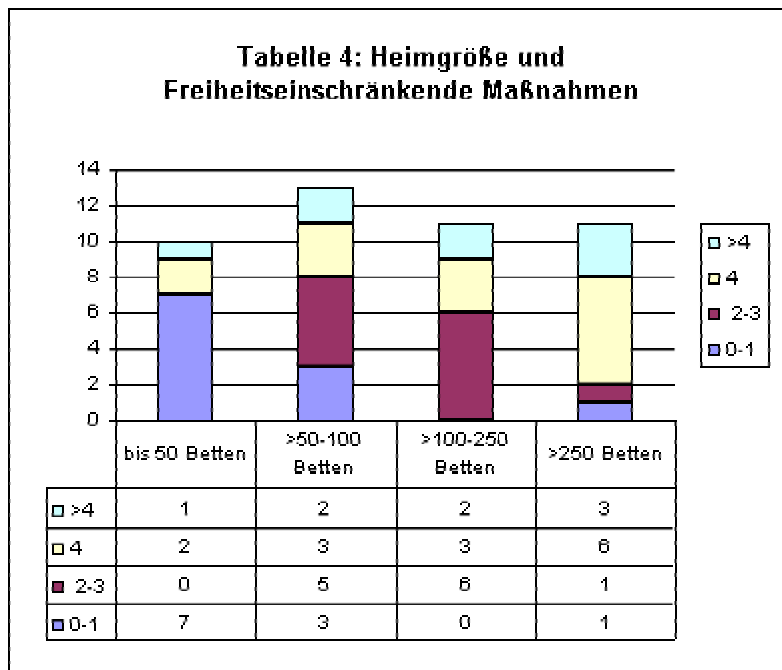
stärksten, wohl auch in Zusammenhang mit dem Wohn- vs. Pflegeheimcharakter der Institution. (Tabelle 2)



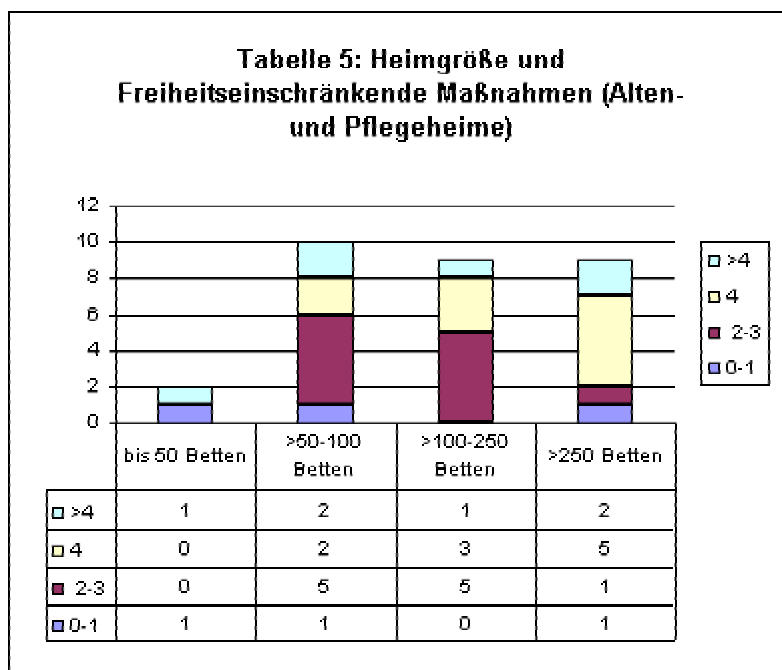
Bei Heimen von Wohlfahrtsverbänden und kommerziellen Einrichtungsträgern sind tendenziell weniger freiheitseinschränkende Maßnahmen in Gebrauch. Heime/Anstalten semi/öffentlicher Träger räumen eine größere Zahl von Eingriffen in Freiheit ein. (Tabelle 3)



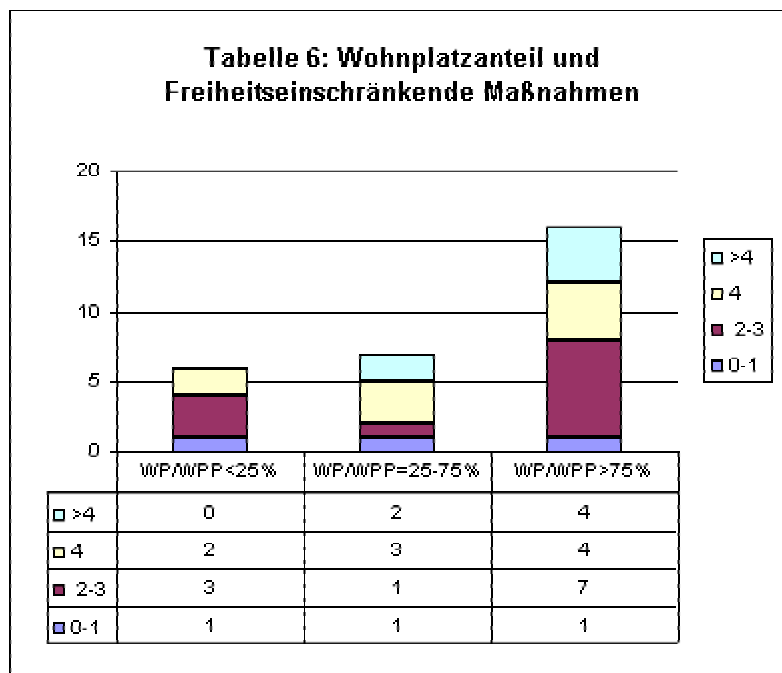
Ein klarer Zusammenhang zeichnet sich ab zwischen Heimgröße und dem Ausmaß der Freiheitsbeschränkungen. Während 7 von 10 Kleinheimen maximal eine Art von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kennen, werden in 8 von 11 Großanstalten 4 und mehr Formen der Freiheitsbeschränkung eingesetzt. (Tabelle 4)



Dieser Zusammenhang bleibt bestehen, wenn man die Betrachtung auf die Alten- und Pflegeheime beschränkt. (Tabelle 5)



Von Interesse scheint, dass gemischte Einrichtungen für Alte, in denen Wohn- und Pflegeplätze relativ ausgeglichen sind, relativ mehr freiheitsbeschränkende Maßnahmen aufzählen als Heime, in denen entweder Pflege- oder Wohnplätze überwiegen. Dies könnte, wären die Zahlen größer, als Hinweis gewertet werden, dass reine Pflegeheime ihre spezifische Problemlösungsroutine entwickelt haben. (Tabelle 6)

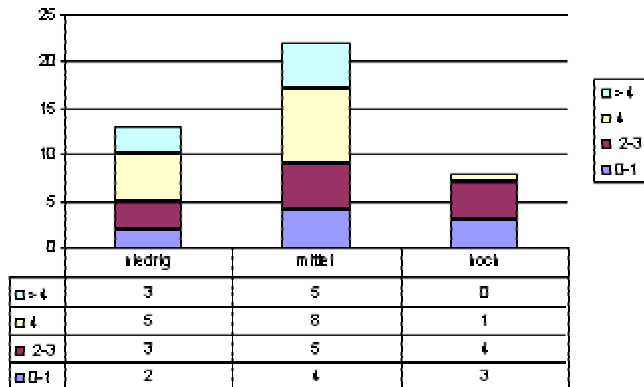


Zwischen den Heimmerkmale ‚mittlere Pflegegeldstufe‘ und ‚Personalqualifikation‘ auf der einen Seite und dem Ausmaß freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist innerhalb des beschränkten Samples kein statistischen Zusammenhang erkennbar.

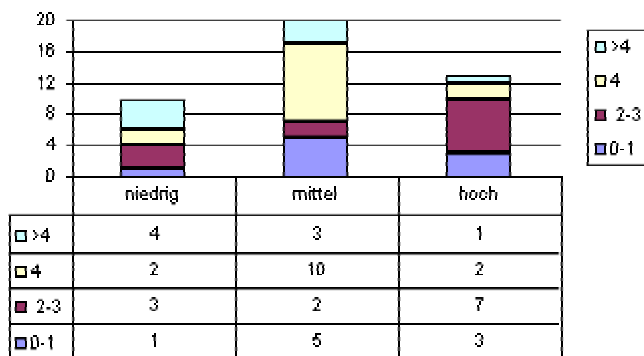
Pflegekulturelle Merkmale der Heime und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen:

Geringe „Risikoorientierung“, „Flexibilität“ und „Kommunikativität“ (Bewertungen der Interviewer nach den Gesprächen auf einer dreistufigen Skala) treffen mit einer höheren Anzahl von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zusammen (die – unabhängig von den Interviewereinschätzungen – von den Heimverwaltungen in Erhebungsbögen festgehalten wurden). (Tabellen 7 bis 9)

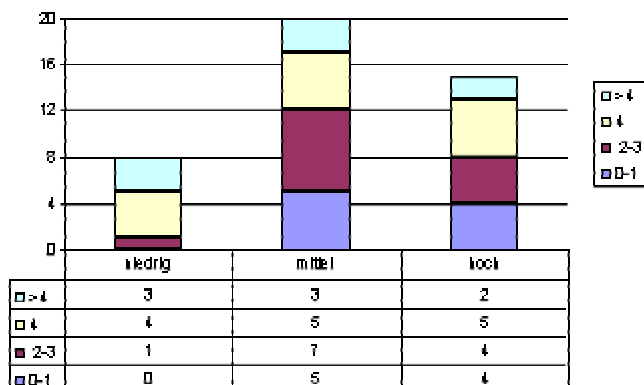
**Tabelle 7: Risikoorientierung und Freiheitseinschränkende Maßnahmen**



**Tabelle 8: Flexibilität und Freiheitseinschränkende Maßnahmen**



**Tabelle 9: Kommunikation und Freiheitseinschränkende Maßnahmen**



## **Teil 2: Teilnehmende Beobachtung von Informationsveranstaltungen in den Bundesländern – Erwartungen und ihre Bearbeitung im Vorfeld der Implementation des Gesetzes**

### **Methodischer Ansatz**

Es wurden – immer von zwei Mitarbeitern – insgesamt 7 Informationsveranstaltungen für unterschiedliche Zielgruppen auf der Basis eines Beobachtungsschemas dokumentiert, das die kognitiven und kommunikativen Reaktionen der Praxis auf die Regelungen des Heimaufenthaltsgesetzes erfasst.<sup>8</sup> Wichtige Dimensionen der Beobachtung waren: Die Wahrnehmung des Gesetzes, die Erwartungen im Hinblick auf die Veranstaltung, die Kenntnisse und das Problematisierungsniveau im Bereich, in dem das Gesetz zur Anwendung kommt, die Rollendefinitionen der Akteure und insbesondere die Erwartungen im Hinblick auf die neu zu schaffende Position des gesetzlichen Bewohnervertreters (s. Erhebungs- und Beobachtungsschema im Anhang). Die Beobachtungen wurden im Anschluss an die jeweiligen Veranstaltungen verschriftlicht und gegenseitig validiert. Zudem wurde in allen Veranstaltungen an die Teilnehmer ein Fragebogen ausgeteilt, mit dessen Hilfe individuelle subjektive Einschätzungen erhoben wurden. Die Ergebnisse dieser Befragung werden unter dem Kapitel 3.2. dargestellt.

Die beobachteten Veranstaltungen hatten alle ein vergleichbares Format. Der Vormittag war für Plenarvorträge vorgesehen, nachmittags wurden anhand von Vorgaben typischer Fallkonstellationen in einzelnen Workshops vertiefende Problemlösungen diskutiert. Zum Abschluss wurde im Plenum über die Erfahrungen in den Workshops berichtet. Die Plenarvorträge waren für die spezifischen Perspektiven von Pflegepraxis, Heim-Management, Gesetzgeber, Bewohnervertreter u.a. reserviert, nach den Vorträgen bestand nach Maßgabe der Zeit die Möglichkeit zur kurzen Diskussion.

Die Teilnehmer erhielten Tagungsmappen mit ausführlichem Informationsmaterial über das Heimaufenthaltsgesetz. Bis auf die Veranstaltungen, die speziell als Fortbildung für die Richterschaft konzipiert waren, war das Publikum multiprofessionell durchmischte. Selten und wenig vertreten waren allerdings Mediziner.

Im Vergleich zu den im Rahmen der ersten Phase der Untersuchung geführten Interviews mit einzelnen Experten stellten sich die antizipierten Konflikte mit der neuen gesetzlichen Regelung und die Kritik am Heimaufenthaltsgesetz im Rahmen dieser Veranstaltungen weniger

---

<sup>8</sup> Die Beobachtung erfolgte bei folgenden Veranstaltungen:

Fachtagungen des OLG Innsbruck (29.4.) und OLG Wien (2.5.), Fachtagungen des Dachverbands Österreichischer HeimleiterInnen für Tirol (4.5.) und Salzburg (18.5.) sowie des Österr. Komitees für Sozialarbeit (Salzburg, 16.6.) und des Train the Trainer-Seminars des VSP und des Heimleiterdachverbands (Wien, 19.1.).

Durch aktive Teilnahme von einem/r ProjektmitarbeiterIn an weiteren 7 Veranstaltungen im Bundesgebiet, bei denen die Begleitstudie und ihre Zwischenergebnisse präsentiert wurden, wurde die Beobachtungsbasis darüber hinaus erweitert.

prägnant dar. Zwar tauchen auch hier die problematischen Aspekte auf, die in den Interviews angesprochen werden, aber auf dem Forum der professionellen Öffentlichkeit wird offenbar zurückhaltender argumentiert als im Interview. Zudem konnten im Rahmen der Veranstaltungen eine Reihe von Bedenken ausgeräumt werden, die auf mangelnder Kenntnis der zu erwartenden Neuregelungen basierten.

### **Die Bedeutung und Wirkung von Informationsveranstaltungen für die Praxis**

Unabhängig von der Vermittlung sachlicher Informationen über die neue Rechtsmaterie sind Veranstaltungen dieses Typs wichtig, da sie den Endabnehmern der Reform ein Forum bieten, auf dem sie ihre Bedenken angemessen artikulieren können. Die um einschlägige Experten und Referenten erweiterte lokale Fachöffentlichkeit bietet dabei auch die Möglichkeit, eigene Vorstellungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Insbesondere in den relativ intimen Diskussionen der Workshops zeigte sich, dass viele Sorgen im Hinblick auf zu erwartende Neuerungen zerstreut werden konnten. Neue Arbeitsbelastungen, verstärkte Kontrollen durch externe Akteure und organisatorische Veränderungen in der Folge des Gesetzes – typische Befürchtungen, die vonseiten der Praxis immer wieder artikuliert wurden, konnten hier diskutiert und argumentativ bearbeitet werden. Das gilt auch für die neu zu gestaltende Kooperation zwischen Pflegeheimen und Bewohnervertreter. Im unmittelbaren Dialog zwischen zukünftigen Bewohnervertretern und Heimleitung zeigte sich, dass man von beiden Seiten auf gegenseitige Rücksichtnahme und Kooperation hofft. Die Möglichkeit, diese Erwartungen direkt im Angesicht der jeweils anderen Partei zu artikulieren, schafft bereits ein gewisses Grundvertrauen, das für die zukünftige Zusammenarbeit von Vorteil sein wird. Die Möglichkeiten zum Dialog, zur Artikulation und zur Nachfrage, die sich im Rahmen derartiger Veranstaltungen ergeben, können wesentlich dazu beitragen, dass in den jeweiligen Regionen bzw. Bundesländern ein positives Klima gegenseitiger Kooperationsbereitschaft entsteht. Hinzu kommt, dass die Anwesenheit von Vertretern des Bundesministeriums für Justiz, als derjenigen Experten, die das Gesetz im eigentlichen rechtstechnischen Sinne verfasst haben, allen von der Neuregelung Betroffenen die Möglichkeit eröffnete, Kritik zu artikulieren, sowie Probleme, Unklarheiten und Unsicherheiten zu thematisieren. Die souveräne Präsentation der Regelungsziele, politischen Randbedingungen und rechtspraktischen Folgen durch die Vertreter des Justizministeriums im Rahmen der verschiedenen Veranstaltungen dürfte für die Akzeptanz des Heimaufenthaltsgesetzes in der Praxis sehr viel geleistet haben.

Insgesamt zeigte sich in allen Veranstaltungen eine sozialpsychologisch rekonstruierbare Dynamik der Konsensbildung. Diejenigen Akteure, die nicht anwesend waren – in erster Linie also die Vertreter der politischen Parteien als parlamentarisch Verantwortliche, gelegentlich aber auch die medizinischen Standesvertreter – tragen gleichsam die psycho-ökonomische Last der Einigung über die Probleme vor Ort. Das bedeutet, dass allfällige Unzufriedenheiten

mit einzelnen Regelungen und sonstige Unklarheiten jenen zugerechnet werden können, die nicht anwesend sind. Exemplarisch zeigte sich das immer wieder an der als problematisch empfundenen Kompetenzverteilung zwischen medizinischem und Pflegepersonal. Ärzten kommt in der Anlage des Gesetzes eine wichtige Rolle zu, gleichzeitig aber sehen sich die Pflegefachkräfte dadurch zu einer Kooperation genötigt, die in der bisherigen Praxis kaum stattgefunden hat. Darüber hinaus hat sich die Landesvertretung der Mediziner offensichtlich bisher noch nicht eindeutig zu ihren Vorstellungen hinsichtlich der Umsetzung des Heimaufgabengesetzes geäußert.

Eine ähnliche konsensstützende Funktion erfüllten fallweise die ebenfalls abwesenden Angehörigen von Bewohnern. Die Aufgabe, ihnen die Sensibilität des Gesetzes für Freiheitsbeschränkungen zu vermitteln, einte die professionellen Tagungsteilnehmer aller Disziplinen.

### **Systematische Zusammenfassung der Beobachtungsbefunde**

Wir wollen im folgenden kurz die aus unserer Sicht zentralen Aspekte der Beobachtungen zusammenfassen. Dabei orientieren wir uns an den Dimensionen, die zur Strukturierung unseres Beobachtungsleitfadens dienten. Aus Gründen der Darstellungsökonomie wird im folgenden nicht zwischen verschiedenen Veranstaltungen (z.B. Fortbildung für Richter, Informationsveranstaltung für Pflegepersonal in Altenheimen und für Betreuer in Behinderteneinrichtungen, regionale Differenzen) eingegangen. Die aufgelisteten Befunde können – wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung – für alle Veranstaltungen Gültigkeit beanspruchen.

### ***Die Wahrnehmung des Gesetzes***

Es ist den sehr konzisen Ausführungen der Vertreter des BMJ im Rahmen der von uns beobachteten Veranstaltungen zu verdanken, dass die Vorstellung über Sinn, Zweck und Ziel des Gesetzes sich bei den Adressaten wohl deutlich verbessert hat. Die verfassungsrechtliche Einordnung der Problematik freiheitsbeschränkender Maßnahmen, die letztendlich den Anstoß für das Heimaufenthaltsgesetz gab, wurde deutlich hervorgehoben und an der Art der Diskussion über die für die Praxis relevanten juristischen Aspekte zeigte sich deutlich, dass im Vorfeld eine, wenn auch selektive Auseinandersetzung mit dem Heimaufenthaltsgesetz stattgefunden hat. In den besonderen Veranstaltungen für den Heim- und Pflegebereich war zudem die doppelte Präsentation des Gesetzes durch den Vertreter des BMJ *und* den Vertreter der Heime wesentlich. Er leistete die Einordnung des neuen Gesetzes in eine positive professionelle Entwicklung im Pflegewesen („Paradigmenwechsel“) und demonstrierte Möglichkeiten zur „Aneignung“ des Gesetzes durch die Praxis.

Die zentralen Fragen, die in der Diskussion immer wieder gestellt wurden, kreisten um die Probleme Zurechnung und Haftung einerseits und praktische Anforderungen im Hinblick auf die Melde- und Genehmigungsprozeduren andererseits. Als atmosphärisch hilfreich stellte

sich heraus, dass bei der Haftungsfrage den Veranstaltungsteilnehmern aus der Pflege eine Risikominderung durch die Amtshaftung und beim Meldeverfahren eine technisch ausgereifte einfache Lösung durch die Bewohnervertreterschaft präsentiert werden konnte.

Es gelang vor allem den Vertretern des BMJ in bemerkenswerter Weise, die juristische Denkweise und Logik zu vermitteln. In den Diskussionen zeigte sich auch, dass es durchaus offene Fragen und ungeklärte Probleme gibt. Hier bildete sich relativ schnell ein Konsens, dass in der ersten Phase der Umsetzung des Heimaufenthaltsgesetzes eine Reihe von gerichtlichen Entscheidungen anzustreben sein wird, um Lücken und Unklarheiten anhand der gerichtlichen Bearbeitung praktischer Fälle zu beseitigen. Nicht nur in den Veranstaltungen für Richter erwies es sich als wichtig, die Rechtsmeinung des BMJ, aber auch den Auslegungsspielraum der Gerichte zu betonen, auch in den Fachtagungen für Heime ersparte dies den Vertretern des BMJ und der Heimbewohnervertreter die Rolle der letzten Instanz. Dies erleichterte die interdisziplinäre Verständigung vor Ort.

### ***Die Erwartungen im Hinblick auf die Veranstaltung***

Wie weit die Erwartungen in Bezug auf die angebotenen und besuchten Veranstaltungen erfüllt wurden, ist nicht allein aus der Beobachtung, sondern aus der Auswertung von Feedback-Bögen ersichtlich. Bei 7 Veranstaltungen, bei denen entsprechende Bögen verteilt und eingesammelt wurden, wurden insgesamt 271 davon retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote zwischen einem Drittel (bei der ÖKSA-Veranstaltung in Salzburg) und drei Viertel (bei der Richterveranstaltung in Schwechat).<sup>9</sup>

Nimmt man alle beobachteten Veranstaltungen zusammen, besteht das höchste Maß an Zufriedenheit mit ihrer Leistung, die Geschichte und Ziele des Heimaufenthaltsgesetzes zu vermitteln (vgl. Tab.1, Anhang). Am besten gelungen scheint dies (sieht man von den vorinformierten BewohnervertreterInnen ab) gegenüber der Richterschaft und LeiterInnen von Pflegediensten bzw. Pädagogischen Leitungen, etwas weniger gut gegenüber (nicht leitend) in der Pflege/Betreuung Tätigen und gegenüber der Ärzteschaft (vgl. Tab. 5, Anhang). Regional betrachtet, sind die Veranstaltungen für Alten- und Pflegeheime in Niederösterreich und in Tirol hier etwas weniger erfolgreich gewesen als alle anderen (vgl. Tab. 4, Anhang).

Sehr gut fällt ferner die Beurteilung der Vermittlung von Gesetzesinhalt und spezifischer Rolle für die einzelnen Berufsgruppen aus, auch wenn die Details nicht ganz so verständlich werden wie die Zielsetzung des Gesetzes (vgl. Tab. 1, Anhang). Die Definition der eigenen Rolle scheint nach den Veranstaltungen insbesondere den RichterInnen wie den PflegerInnen/BetreuerInnen kein Problem mehr, wohl dagegen der Gruppe der Ärzte und der BewohnervertreterInnen noch häufiger unklar. Bei der am stärksten gemischten Veranstaltung (durch das Österreichische Komitee für Sozialarbeit in Salzburg) scheint es am schwierigsten gewe-

---

<sup>9</sup> Die divergierenden Rücklaufquoten sind in erster Linie technisch bedingt und in der unterschiedlich gelungenen Organisation der Verteilung und Rückholung der Feedback-Bögen zu suchen.

sen zu sein, für die einzelnen Teilnehmer Funktionsklarheit herzustellen (vgl. Tab. 4 und 5, Anhang).

Die genaue Aufgabe der Bewohnervertretung zu vermitteln, ist in den Veranstaltungen bereits etwas weniger oft im vollen Maß gelungen. Die einzelnen Berufsgruppen unterscheiden sich relativ wenig in der Beurteilung der Veranstaltungen unter diesem Gesichtspunkt, wenngleich sich hier RichterInnen etwas zufriedener äußern (vgl. Tab 1 und 5, Anhang).

Die Beziehung zu anderen für die Vollziehung des Gesetzes relevanten Akteuren und die Leistung der beobachteten Veranstaltungen zur Intensivierung und Verbesserung dieser Beziehungen wird vergleichsweise am schlechtesten beurteilt. In dieser Hinsicht wirkt sich die professionelle Homogenität der Besucher der meisten Veranstaltungen und die zu dichte Programmierung derselben aus. Am stärksten vermisst die Richterschaft (in den entsprechenden Veranstaltungen) solche Beziehungen, aber auch direkt in der Pflege und Betreuung tätige Personen. Dass diese Beziehungen im Zuge der Veranstaltungen verbessert wurden, verneinen am deutlichsten die (oft kritisierten) Ärzte und RichterInnen, deren Veranstaltungen am wenigsten interdisziplinär ausgerichtet und besucht waren. Auch die BewohnervertreterInnen wollen den Wert der ausgewählten Veranstaltungen in diesem Punkt nicht allzu hoch bewerten (vgl. Tab. 1 und 5, Anhang).

Die Umsetzungsprobleme beim Heimaufenthaltsgesetz werden auch am Ende der Veranstaltungen noch gesehen, die Sorgen haben sich durch sie aber tendenziell verringert. Am skeptischsten sind und bleiben die VertreterInnen der Ärzteschaft, während RichterInnen durch die Veranstaltungen hier eher optimistisch gestimmt werden und sich bei anderen Berufsgruppen an der abwartenden Haltung relativ wenig ändert (vgl. Tab. 1 und 5, Anhang).

### ***Die Kenntnisse im Bereich, in dem das Gesetz zur Anwendung kommt***

Das Problematisierungsniveau in den Veranstaltungen ist in jeder Hinsicht hoch. Es zeigt sich, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Pflegepraxis zumindest rhetorisch als ultima ratio gesehen werden. Das Problem der Abwägung von Sicherheit der Bewohner und Ansprüchen auf individuelle Freiheit wird in seiner Vielschichtigkeit in jedem Einzelfall erfasst. Das daraus sich ergebende Dilemma, dass einzelfallbezogene Entscheidungen auf der Basis einiger weniger allgemeiner Prinzipien zu treffen sind, wird gesehen. Hier hofft man auf die Prozesse eines Learning-by-doing und die Entwicklung von praktikablen einzelfallbezogenen Standards aus der Praxis in der Kooperation zwischen Bewohnervertretern und Pflege Mitarbeitern.

Auch wurde im Verlauf mehrerer Beobachtungen deutlich, dass aufseiten der Experten, die bei diesen Veranstaltungen immer wieder referierten, Lerneffekte zu verbuchen waren. Wie es einer der vortragenden Juristen formulierte, er habe jetzt ein viel besseres Verständnis der Problematik von Alten- und Pflegeheimen als zu Beginn seiner Beschäftigung mit der Thematik. Möglicherweise vollziehen sich im Rahmen solcher Veranstaltungen nicht nur individuel-

le, sondern auch kollektive Lernprozesse. In der unmittelbaren Kommunikation können die verschiedenen relevanten Akteure gegenseitige Vorurteile abbauen und gemeinsame Orientierungen entwickeln. Allerdings sollte dabei auch immer berücksichtigt werden, dass – wie oben kurz erwähnt – die Last des Konsens auf den Schultern der Abwesenden ruhen kann.

### ***Die Rollendefinitionen der verschiedenen Akteure***

Die verschiedenen Akteure sind in unterschiedlichen Konstellationen bei den von uns beobachteten Veranstaltungen zusammengetroffen. Sieht man von den an die Richter adressierten Veranstaltungen ab, wurden dabei die Gerichte kaum als zukünftig wichtige Akteure bei der Umsetzung der Regelungen des Heimaufenthaltsgesetzes in den Blick genommen. Ebenso diffus blieb die Rolle der Ärzte aus den bereits mehrfach erwähnten Gründen. Auch die Angehörigen tauchten in den Veranstaltungen nur als abstrakt definierte Akteursgruppe auf. Diejenigen Teilnehmer, die in den Veranstaltungen die Möglichkeit hatten, sich mit anderen Positionen und Professionen direkt auseinander zu setzen, haben diese Möglichkeit u.E. auch ausgiebig genutzt. Ein wichtiges soziales Format waren hierfür die Workshops. Insbesondere für die Bewohnervertreter, die auf keine tradierte Rollendefinition zurückgreifen können, sind derartige Situationen wichtig. Sie traten nicht nur als Referenten, sondern auch als (Ko-)Moderatoren von Workshops in Erscheinung. Die Bewohnervertreter bemühten sich, ihre Fachkenntnis weniger heraus-, als zur Verfügung zu stellen, Kooperationswilligkeit zu zeigen und dabei auf die im Vorfeld kolportierte Besorgnis der Pflegepraxis im Hinblick auf die Tätigkeit dieser neuen Institution zu reagieren.

Viele Fragen, die das praktische Procedere betreffen und die von Vertretern der Pflegepraxis aus den Einrichtungen aufgeworfen wurden, konnten nicht verbindlich beantwortet werden, da Routinen für die praktische Arbeit der Bewohnervertreter sich erst entwickeln müssen. Wichtig war jedoch die allseits demonstrierte Bereitschaft, aufeinander zuzugehen, die Besorgnisse der Anderen zur Kenntnis und ernst zu nehmen und sich für die Anfangsphase der Arbeit mit den neuen gesetzlichen Regelungen die notwendige Flexibilität und experimentelle Haltung zuzugestehen.

### ***Erwartungen im Hinblick auf die Position des gesetzlichen Bewohnervertreters***

Die Position des Bewohnervertreters wird in ihrer negativen Ausprägung als zusätzliche weitere externe Kontrolle wahrgenommen, als eine weitere Instanz, die sich in Dinge, Verhältnisse und Situationen einmischt, von der sie keine Ahnung hat. Im vollen Bewusstsein, mit Stereotypisierungen dieser Art konfrontiert zu werden, haben die Bewohnervertreter sich bei den hier beobachteten Veranstaltungen als kooperations- und lernwillige Partner präsentiert, die jeden Einruck einer ausschließlichen Kontrollhaltung zu vermeiden versuchten. Problematisch sind die dabei entstehenden Konstellationen, bei denen es sozusagen um die semantisch-

institutionelle Hoheit geht: wenn die Bewohnervertreter die Position vertreten, sich für die Interessen und das Wohl des Bewohners einzusetzen, dann führt das zu der verständlichen Gegenfrage aus den Heimen: Und wessen Interessen vertreten wir, um wessen Wohl kümmern wir uns? Fragen dieses Typs tauchten verständlicherweise immer wieder auf. Sie konnten in einigen der von uns beobachteten Fälle in den Workshops dahingehend bearbeitet werden, dass man als gemeinsames Ziel von Heimpersonal und Bewohnervertreter die langfristige Verbesserung der Pflegequalität definierte. Die Refokussierung der unmittelbaren Konflikte auf ein gemeinsam definiertes langfristiges Ziel kann möglicherweise die unmittelbar zu erwartenden Konflikte, wenn schon nicht beseitigen, so doch entschärfen. Wichtig erschien es allen Beteiligten, sich gegenseitig zu versichern, dass Konflikte, Missstände und sonstige Probleme möglichst unmittelbar vor Ort ‚kommunikativ‘ bearbeitet werden sollten und eine gerichtliche Klärung nach Möglichkeit im Konsens anzustreben ist. So gesehen zeichnet sich eine Rollendefinition des Bewohnervertreter ab, die eher in Richtung Qualitätsverbesserung als Kontrollorgan zielt. Wenn es gelingt, die Aufgaben der Bewohnervertreter in dieser Richtung zu entwickeln, dann sollte es möglich sein, sowohl ein kooperatives Miteinander zu realisieren, als auch mittel- und langfristig die Bedingungen einer humanen und professionellen Pflege zu sichern, bei der freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf das absolute Minimum reduziert werden können.

**Tabellenanhang:**

**TABELLE 1: Bewertung der Veranstaltungen (gesamt) nach 8 Dimensionen**

**FR1 Ziele des HeimAufGes begrifflich bzw. nachvollziehbar?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 195        | 72,0    | 73,0                | 73,0                   |
|         | 2 nur teilweise    | 67         | 24,7    | 25,1                | 98,1                   |
|         | 3 in geringem Maße | 5          | 1,8     | 1,9                 | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 267        | 98,5    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 4          | 1,5     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR2 Gesetzesinhalte klar und verständlich?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 158        | 58,3    | 59,4                | 59,4                   |
|         | 2 nur teilweise    | 102        | 37,6    | 38,3                | 97,7                   |
|         | 3 in geringem Maße | 6          | 2,2     | 2,3                 | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 266        | 98,2    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 5          | 1,8     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR3 Ist ihre eigene Aufgabe vom HeimAufGes klar definiert?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 162        | 59,8    | 63,0                | 63,0                   |
|         | 2 nur teilweise    | 83         | 30,6    | 32,3                | 95,3                   |
|         | 3 in geringem Maße | 10         | 3,7     | 3,9                 | 99,2                   |
|         | 4 gar nicht        | 2          | ,7      | ,8                  | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 257        | 94,8    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 14         | 5,2     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR4 Sind Rolle und Kompetenz der neuen Bewohnervertreter klar?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 145        | 53,5    | 54,9                | 54,9                   |
|         | 2 nur teilweise    | 103        | 38,0    | 39,0                | 93,9                   |
|         | 3 in geringem Maße | 16         | 5,9     | 6,1                 | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 264        | 97,4    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 7          | 2,6     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR5 Gute Beziehung zu anderen Berufsgruppen, die bei Vollzug beteiligt?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 103        | 38,0    | 39,8                | 39,8                   |
|         | 2 nur teilweise    | 129        | 47,6    | 49,8                | 89,6                   |
|         | 3 in geringem Maße | 23         | 8,5     | 8,9                 | 98,5                   |
|         | 4 gar nicht        | 4          | 1,5     | 1,5                 | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 259        | 95,6    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 12         | 4,4     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR6 Hat Veranstaltung zur Intensivierung dieser Beziehung beigetragen?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 91         | 33,6    | 35,3                | 35,3                   |
|         | 2 nur teilweise    | 109        | 40,2    | 42,2                | 77,5                   |
|         | 3 in geringem Maße | 41         | 15,1    | 15,9                | 93,4                   |
|         | 4 gar nicht        | 17         | 6,3     | 6,6                 | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 258        | 95,2    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 13         | 4,8     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR7 Sind die Bestimmungen des HeimAufGes gut umsetzbar?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 99         | 36,5    | 38,5                | 38,5                   |
|         | 2 nur teilweise    | 134        | 49,4    | 52,1                | 90,7                   |
|         | 3 in geringem Maße | 22         | 8,1     | 8,6                 | 99,2                   |
|         | 4 gar nicht        | 2          | ,7      | ,8                  | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 257        | 94,8    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 14         | 5,2     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**FR8 Hat die Veranstaltung dazu beigetragen?**

|         |                    | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|--------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 in hohem Maße    | 144        | 53,1    | 56,3                | 56,3                   |
|         | 2 nur teilweise    | 99         | 36,5    | 38,7                | 94,9                   |
|         | 3 in geringem Maße | 12         | 4,4     | 4,7                 | 99,6                   |
|         | 4 gar nicht        | 1          | ,4      | ,4                  | 100,0                  |
|         | Gesamt             | 256        | 94,5    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                  | 15         | 5,5     |                     |                        |
| Gesamt  |                    | 271        | 100,0   |                     |                        |

**TABELLE 2: Feedback nach Berufsgruppen****FUNKTION Ich nehme teil in meiner (künftigen)Funktion als...**

|         |                                   | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|---------|-----------------------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig  | 1 BewohnervertreterIn             | 19         | 7,0     | 7,2                 | 7,2                    |
|         | 2 RichterIn                       | 44         | 16,2    | 16,7                | 24,0                   |
|         | 3 PflegerIn/ BetreuerIn           | 50         | 18,5    | 19,0                | 43,0                   |
|         | 4 PDL/pädagogische(r)<br>LeiterIn | 64         | 23,6    | 24,3                | 67,3                   |
|         | 5 Arzt/Ärztin                     | 6          | 2,2     | 2,3                 | 69,6                   |
|         | 6 administrative(r)<br>LeiterIn   | 45         | 16,6    | 17,1                | 86,7                   |
|         | 7 Sonstiges                       | 35         | 12,9    | 13,3                | 100,0                  |
|         | Gesamt                            | 263        | 97,0    | 100,0               |                        |
| Fehlend | 9                                 | 8          | 3,0     |                     |                        |
| Gesamt  |                                   | 271        | 100,0   |                     |                        |

**TABELLE 3: Feedback nach Veranstaltung****VNR Veranstaltungsnummer**

|        |                             | Häufigkeit | Prozent | Gültige<br>Prozente | Kumulierte<br>Prozente |
|--------|-----------------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig | 1 Richter Schwechat         | 35         | 12,9    | 12,9                | 12,9                   |
|        | 2 Richter Innsbruck         | 11         | 4,1     | 4,1                 | 17,0                   |
|        | 3 Heime<br>Niederösterreich | 34         | 12,5    | 12,5                | 29,5                   |
|        | 4 Heime Salzburg            | 67         | 24,7    | 24,7                | 54,2                   |
|        | 5 Heime Tirol               | 36         | 13,3    | 13,3                | 67,5                   |
|        | 6 Heime Vorarlberg          | 25         | 9,2     | 9,2                 | 76,8                   |
|        | 7 Heime Salzburg 2          | 63         | 23,2    | 23,2                | 100,0                  |
| Gesamt |                             | 271        | 100,0   | 100,0               |                        |

**TABELLE 4: Mittelwerte (8 Fragen) nach Veranstaltungen**

| Bericht                  |  |  |  |   |  |  |   |   |
|--------------------------|--|--|--|---|--|--|---|---|
| VNR Veranstaltungsnummer | FR1 Ziele des HeimAufGes s begreiflich bzw. nachvollziehbar? | FR2 Gesetzesinhalte klar und verständlich? | FR3 Ist ihre eigene Aufgabe vom HeimAufGes klar definiert? | FR4 Sind Rolle und Kompetenz der neuen Bewohnervetreter klar? | FR5 Beziehung zu anderen Berufsgruppen die bei Implementierung helfen? | FR6 Hat Veranstaltung zur Intensivierung dieser Beziehung beigetragen? | FR7 Sind die Bestimmungen des HeimAufGes gut umsetzbar? | FR8 Hat die Veranstaltung dazu beigetragen? |
| 1 Richter Schwachat      | 1,20   | 1,53                                       | 1,21   | 1,43  | 2,03   | 2,29   | 2,09  | 1,59  |
| 2 Richter Innsbruck      | 1,27   | 1,50                                       | 1,20   | 1,30  | 1,73   | 1,67   | 1,60  | 1,40  |
| 3 Heime Niederösterreich | 1,38   | 1,52                                       | 1,29   | 1,41  | 1,48   | 1,88   | 1,82  | 1,44  |
| 4 Heime Salzburg         | 1,27   | 1,40                                       | 1,42   | 1,47  | 1,69   | 1,69   | 1,52  | 1,43  |
| 5 Heime Tirol            | 1,44   | 1,50                                       | 1,34   | 1,50  | 1,60   | 1,75   | 1,69  | 1,36  |
| 6 Heime Vorarlberg       | 1,12   | 1,28                                       | 1,56   | 1,38  | 1,55   | 1,79   | 1,32  | 1,20  |
| 7 Heime Salzburg 2       | 1,29   | 1,37                                       | 1,67   | 1,75  | 1,84   | 2,26   | 1,86  | 1,77  |
| Insgesamt                | 1,29   | 1,43                                       | 1,42   | 1,51  | 1,72   | 1,94   | 1,72  | 1,49  |

**TABELLE 5: Mittelwerte (8 Fragen) nach Berufsgruppen**

| Bericht  |  |  |  |   |  |  |   |   |
|--|--|--|--|---|--|--|---|---|
| FUNKTION Ich nehme teil in meiner (künftigen)Funktion als... | FR1 Ziele des HeimAufGes s begreiflich bzw. nachvollziehbar? | FR2 Gesetzesinhalte klar und verständlich? | FR3 Ist ihre eigene Aufgabe vom HeimAufGes klar definiert? | FR4 Sind Rolle und Kompetenz der neuen Bewohnervetreter klar? | FR5 Beziehung zu anderen Berufsgruppen die bei Implementierung helfen? | FR6 Hat Veranstaltung zur Intensivierung dieser Beziehung beigetragen? | FR7 Sind die Bestimmungen des HeimAufGes gut umsetzbar? | FR8 Hat die Veranstaltung dazu beigetragen? |
| 1 BewohnervetreterIn   | 1,05   | 1,26                                       | 1,56   | 1,42  | 1,50   | 1,84   | 1,47  | 1,61  |
| 2 RichterIn  | 1,23   | 1,52                                       | 1,21   | 1,44  | 2,00   | 2,20   | 2,00  | 1,53  |
| 3 PflegerIn/ BetreuerIn                                      | 1,48   | 1,56                                       | 1,36   | 1,51  | 1,68   | 1,65   | 1,67  | 1,47  |
| 4 PDL/pädagogische(r)  | 1,25   | 1,36                                       | 1,44   | 1,53  | 1,67   | 1,89   | 1,64  | 1,47  |
| 5 Arzt/Ärztin  | 1,33   | 1,33                                       | 1,83   | 1,67  | 1,33   | 2,40   | 2,33  | 2,00  |
| 6 administrative(r)  | 1,36   | 1,52                                       | 1,49   | 1,61  | 1,64   | 1,87   | 1,64  | 1,39  |
| 7 Sonstiges  | 1,17   | 1,26                                       | 1,57   | 1,52  | 1,68   | 2,10   | 1,66  | 1,55  |
| Insgesamt  | 1,28   | 1,43                                       | 1,43   | 1,52  | 1,71   | 1,92   | 1,71  | 1,50  |

**TABELLE 6: Mittelwerte (8 Fragen) nach Hauptberufsgruppen, Veranstaltungen für Richter**

| Bericht                    |  |  |  |   |  |  |   |   |
|----------------------------|--|--|--|---|--|--|---|---|
| RICHTER Gruppe der Richter | FR1 Ziele des HeimAufGes s begreiflich bzw. nachvollziehbar? | FR2 Gesetzesinhalte klar und verständlich? | FR3 Ist ihre eigene Aufgabe vom HeimAufGes klar definiert? | FR4 Sind Rolle und Kompetenz der neuen Bewohnervetreter klar? | FR5 Beziehung zu anderen Berufsgruppen die bei Implementierung helfen? | FR6 Hat Veranstaltung zur Intensivierung dieser Beziehung beigetragen? | FR7 Sind die Bestimmungen des HeimAufGes gut umsetzbar? | FR8 Hat die Veranstaltung dazu beigetragen? |
| 1 RichterInnen             | 1,22   | 1,54                                       | 1,21   | 1,45  | 1,98   | 2,18   | 2,03  | 1,55  |
| 2 alle anderen             | 1,00   | 1,33                                       | 1,00   | 1,00  | 1,33   | 1,67   | 1,33  | 1,33  |
| Insgesamt                  | 1,20   | 1,52                                       | 1,19   | 1,42  | 1,93   | 2,15   | 1,98  | 1,53  |

**TABELLE 7: Mittelwerte (8 Fragen) nach Hauptberufsgruppen, Veranstaltungen für Heime**

| Bericht                                   |  |  |  |   |  |  |   |   |
|---|--|--|--|---|--|--|---|---|
| PFLEGE Gruppe der Berufe im Pflegebereich | FR1 Ziele des HeimAufGes s begreiflich bzw. nachvollziehbar? | FR2 Gesetzesinhalte klar und verständlich? | FR3 Ist ihre eigene Aufgabe vom HeimAufGes klar definiert? | FR4 Sind Rolle und Kompetenz der neuen Bewohnervetreter klar? | FR5 Beziehung zu anderen Berufsgruppen die bei Implementierung helfen? | FR6 Hat Veranstaltung zur Intensivierung dieser Beziehung beigetragen? | FR7 Sind die Bestimmungen des HeimAufGes gut umsetzbar? | FR8 Hat die Veranstaltung dazu beigetragen? |
| 1 Pflegebereich                           | 1,35   | 1,46                                       | 1,44   | 1,55  | 1,65   | 1,83   | 1,68  | 1,46  |
| 2 alle anderen                            | 1,15   | 1,26                                       | 1,58   | 1,50  | 1,67   | 2,04   | 1,60  | 1,57  |
| Insgesamt                                 | 1,30   | 1,41                                       | 1,48   | 1,54  | 1,66   | 1,88   | 1,66  | 1,49  |

## Summary

Das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie wurde im Vorfeld der Einführung des Heimaufenthaltsgesetzes durch das BMJ mit einer Studie beauftragt, welche dem Gesetz eine möglichst hohe Wirksamkeit sichern soll. Um herauszufinden, auf welche Situation das Gesetz trifft und wodurch seine Akzeptanz und die Zusammenarbeit zwischen Heimen, BewohnervertreterInnen und Gerichten verbessert werden kann, wurden in 45 zufällig ausgewählten Heimen unterschiedlichen Typs Interviews mit Verantwortlichen geführt. Erste Ergebnisse liegen vor:

- + Die zum Einsatz kommenden Freiheitsbeschränkungen sind unterschiedliche mechanische und elektronische Hilfsmittel, die verhindern sollen, dass Bewohner weglaufen und in der Folge zu Schaden kommen oder sich durch Sturz verletzen. Dabei wird das Weglaufen und die dadurch gegebene Selbstgefährdung sowohl von den Altenheimen als auch den Behinderteneinrichtungen als das dringlichste Problem gesehen. Bei Personen mit mangelnder Orientierungsfähigkeit, die aufgrund ihrer körperlichen Schwäche unfallgefährdet sind, kommen Steckgitter und Rollstuhlgurte als die geläufigsten technischen Hilfsmittel zur Anwendung. Demgegenüber spielen Probleme der Fremdgefährdung eine geringere Rolle; in den Behinderteneinrichtungen, wo sie doch bei jüngeren BewohnerInnen häufiger vorkommen, finden wir als eine Reaktion darauf vielfach medikamentöse ‚Einstellungen‘, die teilweise extern vorgenommen werden, oder es wird an die staatliche Organe (Polizei/Amtsarzt) verwiesen.
- + Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden in dem Bewusstsein gesetzt, dass es sich dabei jeweils um pflegerisch notwendige und angemessene, auch rechtlich korrekte und ‚richtige‘ Maßnahmen handelt. Zumeist werden auch jetzt schon alle relevanten Akteure (Pflegedienstleitung, Physio- und ErgotherapeutInnen, ÄrztInnen, SachwalterInnen und Angehörige) in die Entscheidung einbezogen.
- + Gleichzeitig erfährt man den Bereich der Pflege von Alten und Behinderten als in hohem Maß der öffentlichen Aufmerksamkeit und Kritik ausgesetzt und man sieht sich im Alltag der Einrichtungen mit teils einander widersprechenden Erwartungshaltungen konfrontiert. Vielfach wird – das gilt für die Altenheime – eine Zunahme derjenigen BewohnerInnen konstatiert, bei denen Anforderungen der fürsorglichen Pflege und Sicherheit mit denen der Freiheitsgewährung kollidieren.
- + Die Vorinformation, die in Hinblick auf das Heimaufenthaltsgesetz besteht, ist sehr unterschiedlich. In jedem Fall bestehen aber große Unsicherheiten und vielfach auch Missver-

ständnisse. Zu einem beträchtlichen Teil gibt es Skepsis, ja Ablehnung gegenüber dem Heimaufenthaltsgesetz. Sie rührt aus zwei konträren Annahmen bezüglich der generellen Ausrichtung des Gesetzes.

Einerseits befürchtet man als Folge der ‚Verrechtlichung‘ einen Druck in Richtung auf den Einsatz von mehr freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und in dessen Folge eine Verschlechterung der Qualität der Pflege, möglicherweise auch eine strategische Abweisung einer ‚schwierigen‘ Klientel. Andererseits verbindet man mit dem neuen Gesetz die Vorstellung eines rigiden Verbots von bestimmten als unabdingbar erachteten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und ein daraus resultierendes Erschwernis der Arbeit des Pflegepersonals. In beiden Fällen wird der Verlust von Möglichkeiten eines fallspezifischen individuellen Ermessens und eine Zunahme von abstrakter problemferner Kontrolle beklagt.

+ Doch es gibt auch positiv gestimmte Erwartungshaltungen gegenüber dem Heimaufenthaltsgesetz. Dabei erhofft man sich vor allem eine Signalwirkung in Richtung auf eine weitere Sensibilisierung im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen und eine verstärkte Diskussion über Alternativen. Letztlich eine Verbesserung der Qualität der Pflege.

+ Besonders große Unsicherheit und Unklarheit herrscht bezüglich der Rolle der neu zu schaffenden WohnnervtreterInnen; manche vermuten die Einrichtung einer weiteren zusätzlichen Kontrollinstanz, eine Art der Kontrolle zudem, die aufgrund ungenügender Kenntnis des Arbeitsbereichs, der geriatrischen Pflege und der Behindertenarbeit, und einer ausschließlich juristischen Orientierung ineffektiv bleibt und nur zu einer weiteren bürokratischen Schikane gerät. Auch hier zeichnet sich jedoch auch die Perspektive der Ausgestaltung dieser Funktion als Beratungs- Vermittlungs- und Kommunikationsinstanz ab, die vor allem die Diskussion über alternative Lösungen, der Probleme des Schutzes vor Selbst- und Fremdgefährdung befördern kann.

+ Es ist nicht zu befürchten, dass Konflikte in der Handhabung freiheitsbeschränkender Maßnahmen nach der neuen Rechtslage zu einer signifikanten Anzahl von Gerichtsverfahren führen. Allerdings ist damit zu rechnen, dass eine Reihe von offenen Fragen und grundsätzlichen Problemen, die das Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes entstehen, durch die Rechtsprechung geklärt werden müssen.

+ Die Erhebung hat auch erbracht, dass die Dimensionen der Risikoorientierung, der Flexibilität und der Kommunikation das Ausmaß und die Art des Einsatzes von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen beeinflussen. Zusammen mit ‚harten‘ Faktoren wie Einrichtungsgröße und bauliche Gegebenheiten bestimmen diese ‚kulturellen‘ Bedingungen die Qualität der Pflege im Spannungsfeld von Fürsorge und Schutz auf der einen, Selbstbestimmung und Freiheitsgewährung auf der anderen Seite.

Die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes wurde landesweit durch eine Serie von ganztägigen Informationsveranstaltungen in Kooperation zwischen dem Bundesministerium für Justiz, den Oberlandesgerichten, dem Dachverband Österreichischer HeimleiterInnen, dem Österreichischen Komitee für Sozialarbeit und dem Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur (in Zusammenarbeit wiederum mit den anderen Trägervereinen der Bewohnervertretung) und anderen Organisationen vorbereitet. Eine Reihe dieser Veranstaltungen (N=7) wurde daraufhin teilnehmend beobachtet, welche Erwartungen die Teilnehmer an die Tagung, an das Gesetz und die beteiligten Akteure richteten und wie diese Erwartungen erfüllt oder korrigiert wurden. Zudem wurden Feedback-Bögen der TeilnehmerInnen ausgewertet.

+ Im Vergleich zu den im Rahmen der Untersuchung geführten Interviews mit einzelnen EinrichtungsvertreterInnen stellten sich die antizipierten Konflikte mit der neuen gesetzlichen Regelung und die Kritik am Heimaufenthaltsgesetz in diesen öffentlichen Expertenforen weniger prägnant dar. Im Zuge dieser interdisziplinären Informationsveranstaltungen wurde auf einem bereits höheren Informationsniveau konstruktiver und professionell lösungsorientiert argumentiert als in den einzelnen Interviews.

+ Als besonders günstig erwies sich die doppelte Präsentation des Gesetzes durch dessen unmittelbare „Produzenten“ aus dem BMJ und durch seine Adressaten (VertreterInnen der Einrichtungsleitung und der Pflege). Die Darstellung der Genese des Gesetzes und seiner Regelungsziele und -inhalte durch die Legisten einerseits und die Einordnung des Gesetzes in Maßnahmen der Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung durch Pflegefachkräfte andererseits demonstrierte die Harmonisierbarkeit der Zielvorstellungen beider Seiten.

+ Die Existenz offener Fragen wurde in den Veranstaltungen nicht beschönigt. Die Lösung wurde der kooperativen Bearbeitung durch die verschiedenen an der Umsetzung des Gesetzes beteiligten Akteure zugewiesen. Erprobt wurde die interdisziplinäre Kooperation bereits bei den Veranstaltungen selbst. Je mehr Möglichkeit dazu geboten wurden, desto befriedigender wurden die Veranstaltungen empfunden und desto zuversichtlicher die gesetzliche Aufgabebewältigung gesehen. Am problematischsten wurde die Einbindung der Ärzte in den Vollzug des Gesetzes beurteilt, auch weil es an ihrer Präsenz bei den Veranstaltungen mangelte.

+ Die Bewohnervertreter, die auf keine tradierte Rollendefinition zurückgreifen können, konnten bei den Veranstaltungen erstmals in Erscheinung treten (als Referenten, Moderatoren). Sie bemühten sich, ihre Fachkenntnis weniger heraus-, als zur Verfügung zu stellen, Kooperationswilligkeit zu zeigen und dabei auf die im Vorfeld kolportierte Besorgnis der Pflegepraxis im Hinblick auf die Tätigkeit dieser neuen Institution zu reagieren.