

**Freiheitsbeschränkungen in der  
akutstationären Altenpflege – Herausforderungen in der  
Praxis.**

Bachelorarbeit II

Am

Studiengang „Aging Services Management“  
an der Ferdinand Porsche FernFH

Trummer Elisabeth

51807220

Begutachter: Herr Mag. Kudrna Georg

Wiener Neustadt, Juni 2020

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in blue ink that reads "Summer Elisabeth". The signature is written in a cursive style with a large initial 'S'.

01.06.2020

Unterschrift

## **Abstract**

Die wichtigsten geriatrischen Syndrome sind Immobilität, Instabilität und hohe Sturzgefahr sowie kognitiven Einbußen. In der akutstationären Altenpflege unterliegen vor allem ältere Menschen mit einer kognitiven Einschränkung, demenzieller Erkrankung und/oder Delir einem besonders hohen Risiko, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu erleiden. Ethisch und rechtlich darf der Einsatz von Freiheitsbeschränkungen ausschließlich zum Wohle der betroffenen Person angewendet werden. Es sollte stets eine Ausnahme bleiben (*ultima ratio*) und niemals zur Routine werden. Jedoch werden immer wieder Freiheitsbeschränkungen eingesetzt, mit dem Argument der Sturzprophylaxe. Stürze gehören zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen geriatrischer Menschen. Das Sicherheitsdenken des Krankenhauspersonals führt oft zu der Begründung, dass Freiheitsbeschränkungen verhindern sollen, dass Patientinnen und Patienten weglaufen könnten, oder es zu einem Sturzgeschehen kommt. Diverse internationale Studien zeigen, dass restriktive Interventionen die Häufigkeit von Sturzereignissen nicht reduzieren, sondern mitunter noch erhöhen. Aus dieser kontroversen Situation heraus stellen sich unterschiedliche Fragen über den Umgang von Freiheitsbeschränkungen und der Prävention von Sturzgeschehen in der Praxis. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird durch eine qualitative Forschungsmethode die in der Praxis arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege und Medizin einer Universitätsklinik, sowie den definierten Expertinnen und Experten aus der Pflege, Pflegedirektion, Bewohnervertretung sowie einer Juristin durchgeführt. Aus den Interviews ging hervor, dass die die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen patientenorientiert und personalorientiert durch das subjektive Sicherheitsdenken der Pflege begründet wird. Herausforderungen, die sich im Rahmen der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen ergeben, zeichnen sich in der Dokumentation, der Kommunikation des interdisziplinären Teams und den unterschiedlichen Wissensständen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Bezug auf die rechtlichen Aspekte aus. Zu den wichtigsten Maßnahmen, damit der Umgang von Freiheitsbeschränkungen in der Praxis der akutstationären Altenbetreuung besser gelingt, werden institutionelle Strategien zur Prävention und Behandlung eines Delirs genannt. Außerdem sollten vermehrt Schulungen aller beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden, um für Sicherheit im Umgang mit Sturzprävention und Freiheitsbeschränkungen zu sorgen.

Schlüsselwörter: Freiheitsbeschränkungen, Sturzprävention.

## **Abstract**

The most important geriatric syndromes are immobility, instability and high risk of falling, as well as cognitive loss. In acute care for the elderly, older people with cognitive impairment, dementia and/or delirium are particularly at risk of suffering restraints. The use of restriction may be applied, in ethically and legally aspects, exclusively for the benefit of the affected people. It should always remain an exception (*ultima ratio*) and never become routine. However, restrictions are repeatedly used, with the argument of preventing falls. Falls are one of the most common undesirable events of geriatric people. The safety thinking of hospital staff often leads to the argument that restrictions are intended to prevent patients from running away or from falling. Various international studies show that restrictive interventions do not reduce the frequency of fall events, but sometimes also increase them. This controversial situation has raised various questions about the handling of restrictions and the prevention of falls in practice. In order to answer these questions, the practical nursing and medical staff of a university clinic, as well as the defined experts from the nursing, nursing management, residents' representatives and a lawyer, are carried out by means of a qualitative research method. The interviews showed that the application of restraints is patient-oriented and personnel-oriented based on the subjective safety thinking of the nursing staff. Challenges arising in the application of restraints are distinguished in the documentation, the communication of the interdisciplinary team and the different levels of knowledge of the employees with regard to the juridical aspects. Institutional strategies for the prevention and treatment of a delirium are mentioned among the most important measures to improve the management of restrictions in the practice of acute inpatient care for the elderly. In addition, more training should be provided for all employees involved in order to ensure safety in the surrounding area with fall prevention and freedom restrictions.

Key words: restraints, prevention of falls.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1	Problemstellung und Forschungsfragen.....	6
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....	6
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>7</b>
2.1	Demenz .....	8
2.2	Akute Verwirrtheit und Delir.....	8
2.3	Das Heimaufenthaltsgesetz .....	9
2.3.1	Mechanische Maßnahmen .....	10
2.3.2	Elektronische Maßnahmen .....	10
2.3.3	Medikamentöse Maßnahmen.....	10
2.4	Sturz.....	11
<b>3</b>	<b>Empirischer Teil</b> .....	<b>11</b>
3.1	Methodisches Vorgehen .....	13
3.1.1	Erhebungstechnik.....	15
3.1.2	Aufbereitungstechnik .....	15
3.1.3	Auswertungstechnik.....	15
3.2	Darstellung und Auswertung der Ergebnisse.....	16
<b>4</b>	<b>Interpretation und Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>26</b>
4.1	Motive in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen.....	26
4.2	Herausforderungen in der Praxis.....	27
4.3	Sturzprävention mit Alternativen.....	28
4.4	Als notwendig erachtete Interventionen für die Praxis.....	30
<b>5</b>	<b>Conclusio</b> .....	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>Ausblick</b> .....	<b>33</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>35</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>38</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>39</b>
	<b>Anhang</b> .....	<b>40</b>

# 1 Einleitung

Insgesamt 40 Prozent (%) der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre im Akutkrankenhaus leiden an kognitiven Störungen und dementiellen Krankheitsbildern, die bei der stationären Aufnahme oft nicht bekannt sind (Heidl & Runde, 2016). Bei der Aufnahme ins Krankenhaus fühlen sich Patientinnen und Patienten dabei häufig zusätzlich zu ihren gesundheitlichen Beschwerden unwohl. Dabei spielt die neue und ungewohnte Umgebung eine große Rolle, was zu herausforderndem Verhalten der Betroffenen führen kann. Dies äußert sich häufig durch Agitation, Selbst- oder Fremdgefährdung, sodass die mitarbeitenden Gesundheitsberufe eine Freiheitsbeschränkung für indiziert sehen (Gerace, Mosel, Oster & Muir-Cochrane, 2013).

Bezieht man sich auf das Alter, wird oft von geriatrischen Patientinnen und Patienten gesprochen. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind Menschen in hohem, biologischen Alter und vor allem charakterisiert durch altersbedingte veränderte physiologische Funktionen. Aus der Fachliteratur werden geriatrische Leitsymptome wie folgt angeführt:

- Immobilität (Frailty, Sarkopenie)
- Instabilität (Gangstörungen, Stürze)
- intellektuelle Einbußen (kognitive Defizite, Demenz, Delir)
- Isolation (Depression und soziale Deprivation)
- Inkontinenz und
- besondere Empfindlichkeit für Arzneimittelnebenwirkungen und -interaktionen bei Polypharmazie (Maetzler, Grond & Jacobs, 2016, S. 959 ff.).

Diese Menschen stellen eine äußerst vulnerable Personengruppe dar, denn sie sind bei akuten gesundheitlichen Problemen besonders gefährdet ihre Selbstständigkeit zu verlieren und weisen zudem ein deutlich höheres Risiko für psychiatrische Erkrankungen auf (Frühwald, 2007, S. 150 f). Das Zusammenspiel von körperlichen Einschränkungen und kognitiven Einbußen erhöht das Risiko für Sturzereignisse sowie das Risiko im stationären Aufenthalt freiheitsbeschränkt zu werden.

## **1.1 Problemstellung und Forschungsfragen**

Bei der punktuellen Prävalenzerhebung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz im Jahr 2017 wurden in österreichischen Allgemeinkrankenhäusern bei 7,8 % der Patientinnen und Patienten entsprechende Maßnahmen gesetzt. Der Hauptgrund für die Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen war die Prävention von Stürzen mit der Prävalenz von 38,8 % (Lohrmann, 2018). Dies deckt sich mit diversen internationalen Studien, die ebenfalls die Sturzprävention als primären Grund für Freiheitsbeschränkungen nennen (Gerace et al. 2013.; Enns, Rhemutulla, Ewa, Fruetel, Holryod-Leduc, 2014). Der Patientensturz stellt sowohl für die gestürzte Person als auch für die entsprechenden Institutionen ein schwerwiegendes Problem dar. Besonders betroffen sind Patienten mit motorischen Defiziten und eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit (Maetzler, Grond & Jacobs, 2016).

In unterschiedlichen Interventionsstudien wurde untersucht, inwieweit durch Freiheitsbeschränkungen tatsächlich Sturzereignisse vermieden werden können. Auch wenn das Risiko von Stürzen einer der Hauptgründe für die Verwendung von Einschränkungen war, änderte sich durch restriktive Maßnahmen oder gezielten Wegfall von Beschränkungen, die durchschnittliche Anzahl der monatlichen Sturzereignisberichte nicht (Benesova et al. 2005.; Gerace et al. 2013.; Hamers & Huizing, 2005). Warum werden dann weiterhin Freiheitsbeschränkungen zur Sturzprophylaxe eingesetzt, wenn Studien deren Einfluss widerlegen? Wie sieht die Praxis hinter dem theoretischen Empfehlungen aus?

Aus diesem Widerspruch ergibt sich folgende Fragestellung:

„Welche Herausforderungen ergeben sich in der Umsetzung von Freiheitsbeschränkungen im Stationsalltag?“

„Welche Interventionen braucht es, damit in der Praxis der stationären Altenpflege mehr Alternativen und weniger Freiheitsbeschränkungen in Anwendung kommen?“

## **1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit**

Ziel der Arbeit ist es, mit Expertinnen und Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von geriatrischen Akutstationen die Motive in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen in der Praxis darzustellen. Zudem sollen die von den Mitarbei-

terinnen und Mitarbeitern erlebten Herausforderungen in der Umsetzung aufgegriffen werden. Daraus ergibt sich das Ziel, die aus der Arbeit resultierenden Ergebnisse und diesen Zusammenhang für die Praxis greifbar zu machen und herauszufinden, welche Interventionen gesetzt werden können, damit restriktive Maßnahmen reduziert werden können.

Zur Erarbeitung der Ergebnisse wurde die Methode der qualitativen Forschung mittels Interviewleitfaden mit offenen Fragen dargestellt. Ein Leitfadenterview bietet den Vorteil, dass die Interviewpartnerinnen und -partner die Fragen offen beantworten, daher nicht von der durchführenden Person beeinflusst werden und die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer ihr Wissen und Erfahrungen gut einbringen können (Mayring, 2016, S. 66).

Im folgenden Kapitel wird auf den theoretischen Hintergrund, der für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist, eingegangen. Das dritte Kapitel erläutert im ersten Schritt welche Forschungsmethode für die vorliegende Arbeit verwendet wurde. Zunächst wird die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer sowie der Expertinnen und Experten definiert und begründet. Den Abschluss dieses Kapitels bilden die Beschreibung der Interviewdurchführungen, die Transkription und die Auswertung der Interviews. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse mit der Literatur abgeglichen und anschließend diskutiert. Das fünfte Kapitel stellt die beantworteten Forschungsfragen zusammenfassend dar, das letzte Kapitel gibt einen Ausblick auf mögliche Leitsätze und Handlungsempfehlung, die sich aus den Ergebnissen für die weitere Umsetzung in der Praxis ableiten lassen.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

Die in der Arbeit thematisierte Personengruppe bezieht sich auf Menschen mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen oder Syndromen, die im Folgenden kurz erläutert werden. Da sich die vorliegende Arbeit zum einen mit Freiheitsbeschränkungen und zum anderen mit dem Phänomen Sturz auseinandersetzt, werden zunächst die Begrifflichkeiten definiert, die den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen allgemein beschreiben. In weitere Folge wird der Sturz definiert. Dieses Kapitel soll die Grundlage für das Verständnis der weiterführenden empirischen Methode darstellen.



Das Auftreten von kognitiven Einschränkungen und von Deliren ist stark altersassoziiert und deshalb für diese Thematik besonders relevant.

## **2.1 Demenz**

Die Demenz ist ein klinisches Syndrom einer neurodegenerativen Erkrankung, das charakterisiert ist durch eine erworbene Beeinträchtigung des Gedächtnisses in Kombination mit dem Abbau weiterer Hirnleistungen, die für mehr als 6 Monate anhält. Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten werden die Diagnosen nach den ICD-10- Code F00-F03 eingeordnet. Im Verlauf der Krankheit kommt es zu einem Verlust von geistigen Fähigkeiten, wie dem Gedächtnis, dem Denken, der Orientierung und der Auffassungsgabe. Weiterführend kommt es zu einer Verschlechterung der Lernfähigkeit, der Sprache, des Sprechens und Urteilsvermögens, bis hin zur eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit (Maetzler et al. 2016).

Folgende Verhaltensweisen und Symptome äußern sich bei Menschen mit dementieller Erkrankung und werden im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes mitunter noch zusätzlich verstärkt: motorische Unruhe, Umherwandern, Weg- bzw. Hinlauftendenzen, mangelnde Kooperativität, Aufmerksamkeit fordern, Rufen, Gegenstände werfen, Treten, Schlagen und Ähnliches (Maetzler et al. 2016).

## **2.2 Akute Verwirrtheit und Delir**

Delir bedeutet eine plötzlich auftretende, starke Verwirrtheit. Gleichbedeutend wird Delir beschrieben als akuter Verwirrheitszustand oder „Durchgangssyndrom“. Es kommt zu einer akuten, organisch bedingten Beeinträchtigung des Gehirns, das zu einer unangemessenen Reaktion auf Umweltreize führt. Die Betroffenen sind dabei durcheinander, verwirrt und sind unfähig sich zu orientieren. Menschen über 65 Jahren und Menschen mit Demenz haben ein besonders hohes Risiko, ein Delir zu entwickeln, auch wenn von diesem Syndrom grundsätzlich jeder betroffen sein kann (Böhmdorfer, Frühwald, Iglseider, Jagsch, Lorenzl & Weissenberger-Leduc, 2013). In Krankenanstalten ist das Delir ein relevantes Syndrom bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, die Prävalenz liegt zwischen 14 und 20 %. Ein unbehandeltes Delir kann zu einer erhöhten Mortalität bis zu dauerhafter Pflegeabhängigkeit durch nicht

reversible kognitive Defizite führen (Duning & Göpel, 2016, S.914 ff). Dadurch ergeben sich pflegerische Probleme wie etwa ein erhöhtes Risiko für Sturzereignisse.

Die Trennung von Demenz und Delir ist nicht immer möglich. Die Symptome des Delirs sind ein akuter Beginn, verbunden mit diversen Störungen der Psychomotorik (hyperaktiv, hypoaktiv oder gemischter Antrieb), auffällige Veränderung der Stimmungslage mit schnellen Schwankungen (ängstlich, depressiv, euphorisch), Störung kognitiver Funktionen wie beispielsweise Denkstörungen und verminderte Orientierung, veränderter Schlaf-Wach-Zyklus (Tag-Nacht-Umkehr), Sprach- und Mitteilungsstörungen sowie Wahrnehmungsstörungen im Sinne von Halluzinationen und Verzerrung von realen Eindrücken (Böhmendorfer et al. 2013).

Mit der Definition und Beschreibung der Begriffe wird deutlich, dass geriatrische Patientinnen und Patienten ein höheres Risiko tragen, im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im Akutkrankenhaus freiheitsbeschränkt zu werden. Da diese Menschen eine vulnerable Gruppe darstellen, ist die Rechtsphilosophie ein wesentlicher Aspekt im Umgang mit restriktiven Maßnahmen.

### **2.3 Das Heimaufenthaltsgesetz**

Aus den oben genannten Gründen wurde daher am 01. Juli 2005 das Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG) erlassen. Nach der Definition des Gesetzestextes liegt eine Freiheitsbeschränkung dann vor, wenn eine Ortsveränderung räumlich oder bereichsbezogen einer zu betreuenden oder zu pflegenden Person gegen oder ohne deren Willen mit physischen Mitteln wie mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen erfolgt. Zudem liegt eine Freiheitsbeschränkung bereits dann vor, wenn diese lediglich angedroht wird. Zusammenfassend liegt eine Beschränkung nach dem HeimAufG vor, sobald es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach freiem Willen zu verändern (Bundeskanzleramt, 2020).

### **2.3.1 Mechanische Maßnahmen**

Unter mechanischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden Gegenstände und Geräte definiert, die eine Personen körperlich in deren Fortbewegungsmöglichkeit beschränken oder gänzlich verhindern. Nach dem HeimAufG zählen zu den meldepflichtigen Maßnahmen hochgezogene Bettseitenteile, vorgesteckter Therapietisch am Rollstuhl, Fixierungen im Rollstuhl oder einer Sitzgelegenheit durch Gurte oder Sitzhose, genauso wie die Fixation von einer oder mehreren Extremitäten. Zudem zählt das Feststellen von Rollstuhlbremsen vor dem Tisch oder das körperliche Festhalten ebenso zu den meldepflichtigen Freiheitsbeschränkungen (Bürger & Halmich, 2005). Hochgestellte Bettseitenteile gelten als eine der häufigsten Arten von restriktiven Interventionen (Enns et al., 2014.; Gerace et al., 2013.; Hamers & Huizing, 2005).

### **2.3.2 Elektronische Maßnahmen**

Der Einsatz elektronischer Ortungs- und Überwachungssysteme stellt für sich allein keine Beschränkung dar. Diese besteht, sobald die Pflege- oder Betreuungsperson in Folge der Alarmierung bestimmte Handlungen tätigt, wie beispielsweise das Zurückholen der betroffenen Person. Eine Freiheitsbeschränkung ist zu erwarten bei Alarmarmbändern, Magnetstreifen oder Chips in Kleidung oder Schuhen, die bei Durschreiten eines Ausganges mit angebrachten Sensoren einen Alarm auslösen, worauf die betroffene Person vom Personal wieder zurückgeholt wird (Bürger & Halmich, 2005).

### **2.3.3 Medikamentöse Maßnahmen**

Eine pharmakologische Freiheitsbeschränkung liegt dann vor, wenn Medikamente mit dem alleinigen Ziel den Bewegungsdrang zu unterbinden verabreicht werden (Bürger & Halmich, 2005). Waren im Jahr 2007 noch weniger als zehn Prozent aller Meldungen medikamentöse Maßnahmen, so beträgt dieser Anteil österreichweit im Jahr 2015 – also zehn Jahre nach Erlass des HeimAufG - bereits bis zu 25 % (Bürger, 2015).

## **2.4 Sturz**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018) bezeichnet Sturz als ein unfreiwilliges, plötzliches, unkontrolliertes Herunterfallen oder Heruntergleiten des Körpers auf eine tiefere Ebene aus dem Stehen, Sitzen oder Liegen. Der Großteil der Sturzereignisse von älteren Menschen ist multifaktoriell bedingt. Die Ursachen liegen also in der Umgebung (extrinsisch) oder sind in der Person begründet (intrinsisch) (Thomsen, 2020). Dabei gelten Menschen mit dementieller Erkrankung oder akuter Verwirrtheit durch die einhergehenden kognitiven Einschränkungen als besonders sturzgefährdet.

Zusammenfassend stellen hohes Alter, sowie Verwirrtheit oder Demenz ein erhöhtes Sturzrisiko – sowie einem erhöhten Risiko freiheitsbeschränkt zu werden – dar.

Um einen Einblick in die praktische Handhabung und den prozesshaften Umgang mit Freiheitsbeschränkungen zu erlangen wurden insgesamt sechs Leitfadeninterviews, davon drei Expertinnen- und Experteninterviews durchgeführt. Das Forschungsinteresse im Rahmen der Interviews war wesentlich von den Forschungsfragen geprägt.

Im Folgenden wird die methodische Vorgehensweise der Interviewdurchführung geschildert. Dabei wird zu Beginn auf die Untersuchungsmethode sowie auf die Verschriftlichung der Interviews eingegangen. Zudem werden die Auswertung der Interviews, die Erstellung des Leitfadens sowie diskrete Informationen zu den Interviewpartnerinnen aufgezeigt. Schließlich werden die Ergebnisse der Interviews erläutert, interpretiert und verglichen.

## **3 Empirischer Teil**

Um Interessenskonflikte zu vermeiden wurde von einer quantitativen Erhebung abgesehen. Die Befragung von dementen Patientinnen und Patienten gestaltet sich hinsichtlich ethischer Aspekte schwierig, daher wurde eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Zur Untersuchung der Forschungsfragen wurde eine qualitative Methode gewählt, da einzelne Aspekte sowie die Individuen sehr genau betrachtet werden können. Die qualitative Forschung interessiert sich für die Beschreibung subjektiver Phänomene oder komplexer sozialer Handlungszusam-

menhänge, Gruppenprozesse oder politischer Entscheidungsprozesse. Dabei geht es vorrangig darum, die subjektive Wirklichkeit von Menschen darzustellen und deren Sichtweisen zu verstehen (Mayring, 2010, S. 18-25).

Durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) sollen die Aspekte hinter den Freiheitsbeschränkungen in Zusammenhang mit Prävention von Sturzereignissen näher erläutert werden. Mittels Interviewdurchführung sollen die genannten Aspekte aus Sicht der in der Praxis tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargestellt werden.

Bei der Wahl der Forschungsmethode steht die Qualität der Untersuchungen im Vordergrund. Damit diese tatsächlich gewährleistet werden kann, verweist Mayring (2016) auf die sechs Gütekriterien. Das erste Gütekriterium erwähnt die Wichtigkeit der genauen Dokumentation des Vorgangs der Methoden und der Verfahren. Dies ist notwendig, um die Forschung nachvollziehbar zu gestalten. Zweitens sollten Interpretationen durch Theorie und aussagekräftige Argumente gestützt werden. Die dritte Richtlinie bezieht sich auf die Notwendigkeit von vorab festgelegten Regeln. Im vierten Gütekriterium wird auf die Nähe zum Gegenstand hingewiesen. Die qualitative Sozialforschung möchte an sozialen Problemen und Herausforderungen ansetzen, die Forschung soll für die Betroffenen durchgeführt werden und rechtfertigt durch diese Interessensannäherung eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand (Mayring, 2016). Ein weiteres Kriterium stellt die Überprüfung der interpretierten Ergebnisse durch die Betroffenen im Feld dar. Der letzte Punkt bezieht sich auf die Triangulation verschiedener Quellen, um mehrere Ansätze kennenlernen und vergleichen zu können. In der angeführten methodischen Vorgehensweise wurde versucht diese Gütekriterien einzuhalten, um ein gewisses Maß an Qualität der empirischen Erhebung zu gewähren.

Die Methode der Interviewdurchführung wurde eingesetzt, da keine langwierigen Beobachtungen durchgeführt werden müssen, um bestimmte Informationen zu erhalten. Die erforderlichen Inhalte werden direkt von den befragten Personen dargestellt. Eine Stärke von qualitativen Methoden ist, dass sie an die jeweiligen Bedingungen und Bedürfnisse angepasst werden können und die Ergebnisse daher dem Gegenstand entsprechend genauer werden können. In der qualitativen Forschung spielen das

Gespräch und der verbale Zugang eine wesentliche Rolle, da sich subjektive Bedeutungen nur schwer aus Beobachtungen ableiten lassen (Mayring, 2016, S. 65f).

Die Interviews wurden mithilfe eines offenen, halbstandardisierten Leitfadens durchgeführt. Ein offenes Interview bezieht sich auf die Freiheit der befragten Personen (Mayring, 2016). Die Inhalte des Leitfadens wurden zuvor von der Interviewerin genauestens mit theoretischem Hintergrundwissen erarbeitet, jedoch bestand die Möglichkeit weitere Fragen bei Bedarf hinzuzufügen. Unter einer Transkription versteht man in der qualitativen Forschung das Niederschreiben des aufgenommenen Interviews. Die Aufnahmen der Interviews wurden in dieser Arbeit mithilfe der Transkriptionsgrundregeln nach Dresing & Pehl (2018) verfasst.

### **3.1 Methodisches Vorgehen**

Um komplexe Wissensstände zu erforschen und zu rekonstruieren und um Kontextwissen zu ermitteln, ist das Expertinnen- und Experteninterview eine geeignete Methode. Es findet dort seine Anwendung, wo Wissen von Menschen gefragt ist, die in der Praxis in einem bestimmten Umfeld tätig sind. Kennzeichnend für diese Methode ist, dass der Mensch ganzheitlich und als komplexes Wesen betrachtet wird. Die Wahrheit stellt etwas Subjektives dar und wird vom Einzelnen wahrgenommen und interpretiert. „Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen (Mayring, 2016). Es finden sich darunter Expertinnen und Experten unterschiedlicher Funktionen wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedirektion, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, ärztliches Personal, Juristinnen und Juristen und Personen aus der Bewohnervertretung.

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen wird durch die persönliche Entscheidung der Interviewgeberin getroffen. Wesentliches Einschlusskriterium ist jedoch die Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren. Die Diversität der Berufsgruppen ist zudem ausschlaggebend, daher wird eine Person der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie eine Person des ärztlichen Personals befragt.

Die vier Expertinnen und Experten werden durch folgende Kriterien gewählt: langjährige Berufserfahrung sowie Expertise im Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Dazu wird eine Person interviewt, die an einer Universitätsklinik für die Pflegedokumentation zuständig ist. Diese Person unterstützt die Pflegekräfte in der richtigen Dokumentation von Verhalten und Reaktion auf alternative, pflegerische Interventionen und hat zudem eine Serviceunterlage entwickelt, die für die Pflege greifbar ist. Eine weitere diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, mit spezifischen Fachkompetenzen wurde ebenfalls befragt. Eine Person hat die Funktion der Bewohnervertretung und führt auch im akutstationären Setting Kontrollen durch und arbeitet dabei mit den Pflegepersonen an weiteren Strategien und Empfehlungen, wie gelindeste Mittel und alternative Maßnahmen besser eingesetzt werden können. Die dritte Expertin ist Juristin in Führungsposition, die selbst jahrelang in der Bewohnervertretung tätig war. Andere Kriterien, wie beispielsweise das Alter oder das Geschlecht, spielen bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner keine Rolle.

Aus ethischer Sicht ist anzumerken, dass die Befragungen auf freiwilliger Basis durchgeführt wurden. Die Interviews sind anonymisiert und lassen keinen Rückschluss auf die Person oder die Institution, in der sie arbeiten, zu. Die Interviewpartnerinnen und -partner unterschreiben eine Zustimmungserklärung, die eine auditive Aufzeichnung erlaubt. Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und transkribiert. Die befragten Personen stimmen der Verwendung der Transkripte für die vorliegende Aufgabe schriftlich zu. Zudem wird das endgültige Transkript den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Durchsicht und Freigabe zugesendet.

Laut Mayring (2016, S. 65f.) unterscheidet man zwischen Erhebungstechniken (Materialsammlung), Aufbereitungstechniken (Sicherung und Strukturierung des Materials) und Auswertungstechniken (Materialanalyse). Diese Techniken werden im Folgenden kurz dargestellt.

### **3.1.1 Erhebungstechnik**

Für die vorliegende Arbeit wurde ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen gewählt. Diese Art von Interview ermöglicht den Interviewten frei zu beantworten, um ihr Wissen und ihre Erfahrungen gut einbringen zu können.

Auf Grund der vom Bundesministerium aktuell beschlossenen Ausgangsbeschränkungen und der terminlichen Kollisionen für ein telefonisches Interview, wurden zwei Interviews zur Frage und Beschreibung des beruflichen Hintergrunds und der Expertise vorausgefüllt. Die schriftliche Beantwortung dieser Frage diente dem Zweck, die telefonischen Interviews kurz zu halten. Dabei wurden zum Teil Antworten ergänzt, offene Fragen geklärt und diese in einem endgültigen Transkript zusammengefasst, damit die Auswertung einheitlich stattfinden kann.

Im nächsten Schritt werden auf Grundlage der Literatur Kategorien gebildet, die im Rahmen des Interviews erfragt werden sollen. Diese Kategorien werden im Leitfaden in Fragen transferiert, die so offen sind, dass sie Antworten zulassen, die über die Vorannahmen der Forschenden hinausgehen.

### **3.1.2 Aufbereitungstechnik**

Die gründliche und angemessene Beschreibung des Gegenstandes, ist ein besonderes Anliegen der qualitativen Forschung. Daher sollte man zwischen Erhebung und Auswertung die Aufbereitung des Materials mehr thematisieren. Denn das erhobene Material muss erst festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor es ausgewertet werden kann. Für die vorliegende Arbeit wurde für die Materialaufbereitung die wörtliche Transkription gewählt. Die schriftliche Fassung von Interviews ist für eine detaillierte Auswertung notwendig. Die wörtliche Transkription ermöglicht eine vollständige Texterfassung mündlich erhobenen Materials und ist die Basis für eine ausführliche Auswertung (Mayring, 2016, S. 89).

### **3.1.3 Auswertungstechnik**

Für die Auswertung der durchgeführten Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Bei dieser Art der Auswertung werden Texte systematisch analysiert.



Das Material wird hierfür zusammengefasst und Schritt für Schritt mit entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet. Ziel der Analyse ist weiters, das Interviewmaterial so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Die Zusammenfassung des Interviews lässt sich weiters für eine induktive Kategorienbildung nutzen. Dies ist eine systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material. Das Ziel ist hierbei, eine bestimmte Struktur aus dem Interviewmaterial herauszufiltern. Es soll so eine eindeutige Zuordnung von Textmaterial zu den Kategorien immer möglich sein (Mayring, 2016, S. 114ff.).

Die Analyse und Interpretation der Interviews wird in einzelne Schritte zerlegt und folgt einem zuvor festgelegten Ablauf, was das Vorgehen übersichtlich, für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar macht. Die Auswertung von Leitfadenterviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse Kategoriensystems, das wie ein „Suchraster“ dazu dient, aus der Fülle des Interviewmaterials diejenigen Aspekte herauszufiltern, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind (Mayring, 2010, S. 114-121).

Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe einer Tabelle ausgewertet. Um die transkribierten Daten nachvollziehbar zu machen, wurden die bedeutungsvollen Inhalte aus dem Interview herausgefiltert, zusammengefasst und in mehreren Kategorien, mithilfe theoretischer Grundlagen, analysiert. Das Material musste Zeile für Zeile genauestens durchgearbeitet werden, um die passenden Aussagen den jeweiligen Kategorien zuordnen zu können.

### **3.2 Darstellung und Auswertung der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Befragung der Interviewteilerinnen und Interviewteiler mit Hilfe der angeführten Tabellen erörtert. Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in Ober- und Unterkategorien. Das Kategoriensystem beinhaltet neben den Bezeichnungen für die jeweilige Kategorie auch Kategoriendefinitionen, Ankerbeispiele und Kodierung. Die Definition der Kategorien beschreibt, was diese beinhaltet. Das Ankerbeispiel stellt das aussagekräftigste Zitat dar, welches nochmals verdeutlicht welche Textstelle der jeweiligen Kategorie angehört. Die Kodierung beschreibt die Aspekte und Informationen, die eine Textstelle enthalten muss, damit sie einer Kategorie zugeordnet werden kann.

**Tabelle 1: Kategorie 1, Gründe für Freiheitsbeschränkungen**

	<b>Kategorienbezeichnung</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierung</b>
<b>OK 1</b>	<b>Gründe für Freiheitsbeschränkungen</b>	Motive in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen	„Bei den Überprüfungen in der Praxis werden als Gründe immer wieder sturzbedingte Verletzungsgefahr oder auch fordernde Verhaltensweisen genannt.“ (INT5, Z. 32).	Alle Informationen die sich auf die Gründe beziehen.
UK 1.1	Patientinnen- und Patientenorientierte Gründe	Restriktive Maßnahmen zum Eigenschutz der Patientinnen und Patienten wie Sturzprävention, Maßnahmen bei herausforderndem Verhalten.	„[...] denke ich, dass die Gründe in der Prophylaxe von Sturzgeschehen oder eben Abwendung sonstiger Gefahren liegen.“ (INT2, Z.26).	Alle Aussagen zum Thema Selbstschutz der Patientinnen und Patienten.
UK 1.2	Personalorientierte Gründe	Dabei geht es um personelle und zeitliche Ressourcen innerhalb der Institution.	„Überforderung des Personals, v. a. auch durch Personalmangel, Arbeitskräftemangel in Verbindung mit einer hohen Anzahl an BewohnerInnen.“ (INT4, Z.32).	Alle Informationen, in denen personelle Ressourcen genannt werden.
UK 1.3	Subjektives Empfinden des Personals	Hier geht es um subjektive Äußerungen	„Für das Personal der Ein-	Äußerungen der Pflege über Ängste,

	nals	rungen, Sicherheitsdenken der Pflegepersonen	<i>richtungen ist es oft schwierig, dass sie den Patienten nicht vor allen Gefahren schützen können und müssen, dieser Anspruch ist oft da [...]“ (INT4, Z. 56).</i>	Verantwortungsempfinden.
--	------	----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Die Kategorie der Gründe für den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen lässt sich klar in drei Unterkategorien einordnen: Patientinnen- und patientenorientierte Gründe, personalorientierte Gründe und das subjektive Empfinden des Pflegepersonals. Die Auswertung der Interviews ergibt, dass die Befragten ähnliche Ansichten vertreten. Hinsichtlich der Unterkategorie der patientenorientierten Gründe wird in jedem Interview die Vermeidung von Sturzereignissen als Motiv einer Freiheitsbeschränkung genannt. Zudem äußern mehrere befragte Personen, dass sie vor allem im Nachtdienst restriktive Maßnahmen anwenden, da sie in dieser Schicht über weniger personelle Ressourcen verfügen. Bei drei von sechs Interviews wurde die Personalbesetzung als weiterer Faktor gesehen, der die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen begründet.

*„Bei uns auf der Station sind öfter demente Personen, denen die fremde Umgebung sehr zusetzt oder Leute, die nach einem Insult delirant werden. Oftmals ist es aufgrund der Personalsituation im akutstationären Bereich notwendig, solche Maßnahmen zu ergreifen, weil man sich zum Beispiel im Nachtdienst kaum noch anders zu helfen weiß. Patientinnen und Patienten verlassen immer wieder ihr Bett, Zimmer oder sogar die Station, was schwerwiegende Folgen haben kann.“ (INT3, Z.25 f).*

Vor allem durch die Befragung der professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege wird deutlich, dass sie selbst ein hohes Sicherheitsdenken und Verantwortungsbewusstsein besitzen. Sie möchten kein Sturzereignis und damit möglicherweise einhergehende Verletzungen verantworten.

Die folgende Tabelle soll die Herausforderungen im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen in der Praxis darstellen. Dazu wurden die Unterkategorien Dokumentation, Sturzprävention und rechtliche Aspekte gewählt.

**Tabelle 2: Kategorie 2, Herausforderungen in der Praxis**

	<b>Kategorienbezeichnung</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierung</b>
<b>O K2</b>	<b>Herausforderungen in der Praxis</b>	Vorgehensweisen, Strukturen und Abläufe in der praktischen Umsetzung.	<i>„[...] die Meldung von Freiheitsbeschränkungen laut dem HeimAufG zum Beispiel erfordert da Zusammenarbeit von mehreren Berufsgruppen und da ist es manchmal einfach eine Herausforderung diese Zusammenarbeit zu bekommen.“ (INT1, Z.44-46).</i>	Alle Informationen, die sich auf Probleme, unklare Aufgabenstellung und Ressourcenaufwand beziehen.
UK 2.1	Dokumentation	Zeitlicher Aufwand der Pflegedokumentation, des ärztlichen Dekurses. Außerdem Probleme hinsichtlich der Meldung von Freiheitsbeschränkungen im Dokumentationssystem.	<i>„Eine der größten Herausforderungen ist es dem Dokumentationsaufwand, der ja auch seine Berechtigung hat, gerecht zu werden und trotzdem genug Zeit für die Pflege im PatientInnenzimmer zu haben. Oft bleibt dann am Ende des Dienstes nur mehr eine halbe Stunde Zeit, um Pflegeplanungen und ähnliches zu kontrollieren und da wird dann</i>	Alle Aussagen, die sich auf den Pflegeprozess beziehen und Informationen über die Meldung von Freiheitsbeschränkungen.

			<i>natürlich viel übersehen.“ (INT3, Z. 41f).</i>	
UK 2.2	Rechtliche Aspekte	Bewusstsein des HeimAufG in der Praxis, Anordnung und Meldung.	<i>„hier ist es sicher so, dass nicht alle Mitarbeiter über dasselbe Wissen und dieselben Informationen verfügen oder gar keine Möglichkeit haben das Wissen anzuwenden. Die Kontrollen durch die Bewohnervertretung können hier aber hilfreich sein gewisse Fragen zu klären.“ (INT2, Z. 83 f).</i>	Alle Angaben über unklare Abläufe oder rechtliche Graubereiche.
UK 2.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Probleme in der Kommunikation, strukturelle Hindernisse.	<i>„Bei einem Teil der Meldung und Aufhebung der Freiheitsbeschränkung sind wir auf die Ärztinnen und Ärzte angewiesen, durch Stress, Kommunikationsprobleme usw. passieren dann auch immer mal Fehler. Um genau zu sein, wäre es eigentlich die sogar die alleinige Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, die Freiheitsbeschränkung am Computer zu melden. In der Realität sieht es aber so aus,</i>	Alle Informationen über Herausforderungen in der multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.

			<p><i>dass das Formular vom diplomierten Pflegepersonal vorausgefüllt wird, dann vom Arzt freigegeben und bei Entlassung der Patientin oder des Patienten wieder aufgehoben. Daher haben wir als Diplomierte oft das Gefühl, dass es immer unsere Aufgabe ist, daran zu denken und das sorgt für Frust.“ (INT3, Z.48-57).</i></p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

In allen Interviews wird auf den Dokumentationsaufwand hingewiesen. Die Befragten äußern, dass hier nicht nur der zeitliche Aspekt (vgl. Int 5, Z.98-99) eine Rolle spielt, denn oft stellen sich hier die Fragen, wann und wie oft eine Maßnahme evaluiert und adaptiert wird (vgl. INT1, Z.38f). Die Expertinnen und Experten verweisen zudem darauf, dass die Beobachtung der Patientinnen und Patienten den Grundpfeiler für die Bedürfniserhebung darstellt. Erst dadurch kann die richtige Maßnahme gefunden werden. Außerdem wird hier auch auf die interdisziplinäre Kommunikation und Aufgabenteilung hingewiesen.

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass sich in der Praxis immer wieder rechtliche Fragestellungen ergeben.

*„[...] wann wird aus einer gelinderen Maßnahme eine Freiheitsbeschränkung oder wann ist es noch immer eine gelindere Maßnahme.“ (INT1, Z. 35-36).*

Dabei wird auch in zwei Interviews geäußert, dass es nicht immer alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über denselben Wissenstand verfügen. Hier wird zudem auf die Aufgabe der Bewohnervertretung verwiesen, die hier für das ärztliche und pflegerische Personal notwendige Informationen bereitstellen (vgl. INT2, Z. 83f; INT4, Z.140f).

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit bei der Meldung von Freiheitsbeschränkungen wurde zudem von mehreren Personen genannt. Dieser Aspekt bezieht sich oftmals auf die Dokumentation und Meldung. Dabei geht es vorrangig darum, dass erst die Pflege das ärztliche Personal auf die Meldung aufmerksam machen muss (vgl. INT1, Z.43-47, INT6, Z. 76f).

Die folgende Kategorie soll den Einsatz von Alternativen darstellen, damit freiheitsbeschränkende Maßnahmen vermieden werden können. Außerdem werden hier Interventionen zur Sturzprophylaxe angeführt, die keine Freiheitsbeschränkung darstellen.

**Tabelle 3: Kategorie 3, Alternativen zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen**

	<b>Kategorienbezeichnung</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierung</b>
<b>O K3</b>	<b>Alternativen zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen</b>	Maßnahmen und Strategien, die keine Freiheitsbeschränkung darstellen.	<i>„Bei uns auf der Station wird viel mit alternativen Maßnahmen gearbeitet. Durch die österreichische Demenzstrategie und unsere Expertise in diesem Pflegephänomen ist es uns natürlich auch wichtig, sensibel mit dem Thema umzugehen und die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten vorrangig abgedeckt werden.“ (INT3, Z.80-82).</i>	Informationen in Zusammenhang mit Maßnahmen, die keine freiheitsbeschränkende Maßnahme darstellen.
<b>UK 3.1</b>	Nicht- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Sturzprävention	Maßnahmen und Strategien, die keine Freiheitsbeschränkung darstellen.	<i>„Das könnte sein Bewegung, gezielte Gespräche oder auch biografiegestützte Gespräche, die Einbindung von Angehörigen, Aromapflege, diverse Unterhaltungsmög-</i>	Alle Aussagen zum Thema Sturzprävention

			lichkeiten wie Demenzpuppen, Spiele etc. Hier kommt es immer darauf an, dass man zuerst die Bedürfnisse erhebt und sich im Klaren ist, was die Person gerade braucht.“ (INT3, Z. 92 f).	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Für die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen werden in allen Interviews vor allem die Bedürfniserhebung, Umgebungsgestaltung, gezielte Mobilisation, Beschäftigung, biografiegstützte Gespräche, Einbezug von Bezugspersonen und Aromapflege genannt. Zudem werden auch gelindere Maßnahmen bei noch mobilen Patientinnen und Patienten durch den RCN-Walker empfohlen.

Die folgende Tabelle stellt die für notwendig erachteten Interventionen dar, die dazu beitragen soll, damit der Umgang mit Alternativen und restriktiven Maßnahmen besser gelingt.

**Tabelle 4: Notwendige Schritte für die Praxis**

	Kategorienbezeichnung	Definition	Ankerbeispiel	Kodierung
OK 4	<b>Notwendige Schritte für die Praxis</b>	Kompetenzen, strukturelle Änderungen, die in der Praxis hilfreich sein können, um den Umgang zu erleichtern	„Wichtig ist es, ein Bewusstsein zu schaffen, dass es sehr wohl Möglichkeiten gibt, die keine Freiheitsbeschränkung darstellen oder auch, die zumindest ein gelinderes Mittel sind.“ (INT4, Z.126).	Alle Maßnahmen, die empfohlen werden, damit der Umgang mit Freiheitsbeschränkungen in der Praxis besser gelingt.
UK 4.1	Schulung	Maßnahmen, die sich auf Fortbildungen und Schulung	„Vorträge zum HeimAufG sollte bereits während	Alle Aussagen zum Thema Fortbildung, Schulung



		lungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehen.	<i>der Ausbildung in den Krankenpflegeschulen bzw. FHs stattfinden. Regelmäßige Schulungsangebote in den Einrichtungen sollten stattfinden.“</i> (INT5, Z 188-189).	und Information hinsichtlich Sturzprävention oder Freiheitsbeschränkung.
UK 4.2	Beauftragte Personen	Personen, die sich innerhalb der Organisation/ Institution besonders mit der Thematik auseinandersetzt und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis unterstützt.	<i>„Da können Beauftragte sicher Unterstützen, weil sich die vertiefend a bisserl damit beschäftigen und unter Umständen durch Hospitationen in anderen Bereichen neue Ideen einbringen können.“</i> (INT1, Z. 103-104).	Alle Informationen zu Empfehlungen einer beauftragten Person, die sich besonders mit der Gesamthematik befasst und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen soll.
UK 4.3	Leitlinien	Wissenschaftlich fundierte Leitlinien zur Sturzprävention.	<i>„Die EBN-Leitlinie als Fundament dieser Interventionen.“</i> (INT1, Z.110).	Alle Informationen über evidenzbasierte Leitlinien zur Sturzprophylaxe.
UK 4.4	Institutionelle Aspekte	Dabei werden jene Punkte beschrieben, die sich auf die Institution beziehen. Dies können Konzepte, Präventionsmaßnahmen, Umgebungsge-	<i>„Für mich ist es auch von großer Bedeutung bereits präventiv zu agieren, die MitarbeiterInnen zu sensibilisieren. In unserer Klinik versuchen</i>	Jene Aussagen der Befragten werden hier mit einbezogen, die gezielt einer Institution zuzuschreiben sind. Dabei geht es vor allem um umgebungs-

		staltung oder sonstige sein.	wir eine Skala zu implementieren, die uns das Delirium-Risiko anzeigen soll, damit wir schon bevor es überhaupt zu einer Verwirrtheit kommt, die notwendigen Maßnahmen setzen können.“ (INT2, Z. 203 f).	bezogene Aspekte, Präventionsmaßnahmen oder Konzepte.
--	--	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Im Allgemeinen lässt sich zusammenfassen, dass die notwendigen Interventionen für einen kritischeren Umgang mit Freiheitsbeschränkungen von allen sechs Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern gleichermaßen betrachtet werden. Die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hinsichtlich dem Umgang mit Freiheitsbeschränkungen, sowie die vermehrte Schulung und Anleitung zur Anwendung von Leitlinien stellen Interventionen dar, welche Abläufe einheitlicher gestalten sollen. Zudem sollten beauftragte Personen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheit im Umgang mit der Dokumentation, Planung und Anwendung von alternativen Maßnahmen oder Freiheitsbeschränkungen vermitteln:

*„Mit der Arbeitsgruppe und den regelmäßigen Treffen habe ich das Gefühl, dass es schon recht gut läuft. Aber eine konkret beauftragte Person könnte hier sicher noch intensiver auf die Defizite der einzelnen Stationen eingehen.“* (INT2, Z. 191-192).

Zudem wird in den Interviews mehrfach auf die Verwendung von Leitlinien verwiesen. Dafür wird die evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprävention der Medizinischen Universität mehrfach genannt.

Die Aussagen zu den strukturellen Maßnahmen hinsichtlich der österreichischen Demenzstrategie, Interventionen zur Delirprävention, haben sich gedeckt. Institutionelle Aspekte, die nach den Expertinnen und Experten ausbaufähig sind, betreffen die Rahmenbedingungen und Konzepte zur Umgebungsgestaltung. Darunter fallen bauliche Maßnahmen wie Demenzgärten oder Stationen, die ein im Kreis gehen er-

möglichen. Zudem weisen die Befragten darauf hin, dass strenge Strukturen der Krankenanstalten kaum Flexibilität ermöglichen.

Die Aussagen zu den Motiven im Einsatz von Freiheitsbeschränkungen sowie der Herausforderungen in der Umsetzung decken sich. Im Allgemeinen wird deutlich, dass die befragten Personen sowie die Expertinnen und Experten sich vor allem strukturelle Veränderungen wünschen, damit die Handhabung in der Praxis besser gelingt.

## **4 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse**

Die dargestellten Ergebnisse der Interviews werden verglichen sowie diskutiert und anhand von verschiedenen Quellen interpretiert. Dazu werden ebenso die vier ermittelten Oberkategorien getrennt aufgezeigt.

### **4.1 Motive in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen**

Mehrere Studien beschreiben folgende Motive zur Anwendung von Freiheitsbeschränkungen. Evans & Fitzgerald (2002) fassen in der Übersichtsarbeit zehn Studien im stationären Altenpflegebereich zusammen. Dabei werden vier Hauptkategorien identifiziert:

1. **Patientenorientierte Gründe:** Sicherheit vor Sturz und Verletzungen, Agitation, Umherwandern, Unterstützung in den Lebensaktivitäten, Kontrolle von Verhalten,
2. **Personal- und Organisationsorientierte Gründe:** Rechtliche Verantwortung des Personals, strukturelle Merkmale wie Personalbesetzung
3. **Behandlungsorientierte Gründe:** Verhinderung oder Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung
4. **Sozialorientierte Gründe:** Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung (Evans & Fitzgerald, 2002).

Hier spielen vor allem die Haltungen, Einstellungen und Werte des Personals eine Rolle. An erster Stelle steht das Sicherheitsdenken der Pflegenden bzw. Betreuenden, zum Schutz der Bewohner vor Sturz oder Verletzungen zu handeln. Thomsen

beschreibt in einem Artikel, dass die möglichen Gründe für herausfordernde Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern möglicherweise nicht ausreichend reflektiert, sondern als Ausdruck der Grunderkrankung pauschalisiert werden, ohne dabei auf individuelle Besonderheiten zu achten. Es wird zudem veranschaulicht, wie etwa zunehmende Immobilität durch Fixierungen bestimmte Pflegephänomene wie auch Sturzgeschehen zunehmen, was auch die mitarbeitenden Personen frustriert (Thomsen, 2019).

Zudem zeigen diverse internationale Studien, dass auch wenn das Risiko von Stürzen das Hauptmotiv für die Verwendung von Einschränkungen war, sich die durchschnittliche Anzahl der monatlichen Sturzereignisberichte nicht änderte (Benesova et al., 2005.; Hamers & Huizing, 2005). Warum werden dennoch restriktive Maßnahmen gesetzt, um Stürze zu verhindern? Durch die Interviews lässt sich diese Frage mit dem subjektiven Empfinden des Krankenhauspersonals beantworten. Zusammenfassend äußern die befragten Personen, dass sie „keine Risiken eingehen wollen“, dass sie das Bedürfnis haben immer alles „im Blick zu haben, alles richtig zu machen“, oder dass sie eine Abgängigkeit der Patientinnen und Patienten nicht verantworten möchten (vgl. INT2, Z.32f; INT3, Z.31-33).

Eine Expertin nimmt auch im Interview Bezug auf die juristische Fachliteratur von Barth & Engel, die sich dazu äußert, dass das HeimAufG nicht dazu dient, jedes Lebensrisiko zu vermeiden (vgl. Strickmann, 2012, Heimaufenthaltsrecht, S. 141). Thomsen beschreibt diesen Zustand als Mischung aus unreflektierter Fürsorglichkeit und irrationalen Ängsten der Pflegepersonen, die infolge von übertriebener Darstellung verschiedener Szenarien aufkommen. Diese Routine birgt Risiken der Einrichtungen verneble den klinischen Blick und die realistische Einschätzung von Risiken (Thomsen, 2019).

## **4.2 Herausforderungen in der Praxis**

Laut Expertinnen und Expertenreview der EBN-Sturzleitlinie wird empfohlen Freiheitsbeschränkungen zur Sturzprophylaxe nur in Einzelfällen in Erwägung zu ziehen.

Die Bestimmung des HeimAufG geht über die berufsrechtliche Dokumentationspflicht hinaus. Laut §5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) hat das dip-

lomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bei der Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten pflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation beinhaltet im Rahmen des Pflegeprozesses das pflegerische Assessment, die Pflegediagnose und -planung sowie Pflegemaßnahmen und deren Evaluierung (Bürger & Halmich, 2005). Auffälligkeiten und Besonderheiten im Befinden oder Verhalten der betroffenen Personen, die daraufhin eingeleitete Interventionen und Reaktionen der Patientinnen und Patienten sind möglichst zeitnah in der Dokumentation zu erfassen. Alternativen sowie gelindere Maßnahmen sind im Vorfeld zu erproben und entsprechend in der Dokumentation festzuhalten. Wird zu einem späteren Zeitpunkt der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen notwendig, ist aufgrund der umfangreichen Dokumentation eine stufenweise Annäherung an die Beschränkung ersichtlich und nachvollziehbar (Bürger, 2015). Daraus lässt sich erkennen, dass der Aufwand in der korrekten Dokumentation groß ist.

### **4.3 Sturzprävention mit Alternativen**

Die Evidenzbasierte Leitlinie Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen (EBN-Leitlinie) achtet darauf, praxisrelevantes Wissen zu generieren und für die Praxis anwendbar aufzubereiten. Auch die befragten Expertinnen und Experten betrachten diese Leitlinie als Fundament der Interventionen (vgl. INT1, Z. 110).

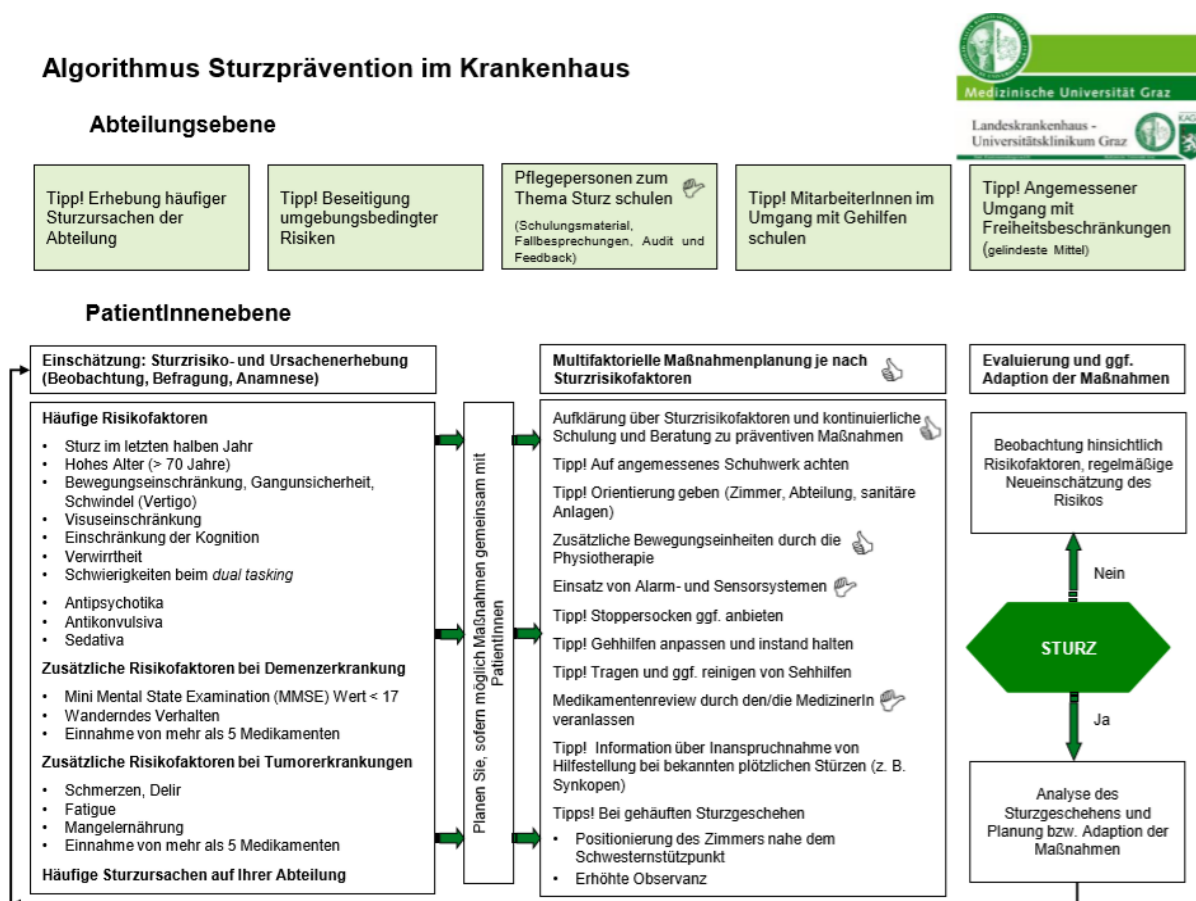
In den Interviews, als auch in der EBN-Leitlinie, werden folgende multifaktorelle Maßnahmen empfohlen: Bewegungsübungen, Medikamentenreview, Umgebungsanpassung sowie Einsatz von Hilfsmittel. (Schoberer, Archan, Breimeier et al. 2018, S. 21). Zunächst gilt es die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu erheben und diese zufrieden zu stellen. Umgebungsgestaltung wie beispielsweise Nachtbeleuchtung oder das Bereitstellen von Hilfsmitteln oder der Rufglocke wird mehrmals genannt (INT2, INT3, INT4). Stoppersocken, festes Schuhwerk, Sehbehelfe überprüfen gehören zu weiteren genannten Maßnahmen.

Die Evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprävention verweist zudem darauf, dass Schulungs- und Beratungsmaßnahmen jeglicher Art zum Thema Sturz auch bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu 100% empfohlen werden. Inwieweit die Maßnahme zielführend ist, muss im Einzelfall, je nach Grad

der Einschränkung, geprüft werden (Schoberer et al., 2018, S. 23). Der Aspekt der Patientinnen- und Patientenedukation wurde nur in einem Interview konkret angesprochen.

„[...] Außerdem finde ich es wichtig, dass man die Patienten regelmäßig darüber [anm: Eigeninitiativen zur Sturzprävention] informiert werden, gerade wenn sie vergesslich sind. Leider werden Menschen mit Vergesslichkeit oft unterschätzt. Ich glaube auch hier kann man die Patienten schulen und auf die Hilfsmittel verweisen. Viele akzeptieren diese Maßnahmen und sind dankbar, dass wir sie einsetzen.“ (INT2, Z.181-182).

Die folgende Abbildung zeigt zusammenfassende Empfehlungen aus der EBN-Leitlinie als Schritt-für-Schritt Anleitung für die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis.



**Abbildung 1: Algorithmus Sturzprävention im Krankenhaus, EBN-Sturzleitlinie**

Außerdem ist anzumerken, dass die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer den genannten Studien, die sich gegen Freiheitsbeschränkungen aussprechen, kritisch gegenüberstehen (INT3, Z.136-139). Die befragten Personen geben an, dass

freiheitsbeschränkende Maßnahmen immer individuell auf die Situation bezogen betrachtet werden müssen. Sie können auch nicht prinzipiell von vorne herein abgelehnt werden.

#### **4.4 Als notwendig erachtete Interventionen für die Praxis**

Alle befragten Personen gaben an, dass die Schulung aller beteiligten Berufsgruppen, vor allem aber für Pflegepersonen notwendig ist, damit der Umgang mit Freiheitsbeschränkungen besser funktionieren kann. Die EBN-Leitlinie hat in Bezug auf die Sturzprophylaxe eine eindeutige Empfehlung für Schulungsmaßnahmen der Pflegepersonen zum Thema Sturzprävention, welches in einigen Interviews bestätigt wird. Das ärztliche Personal äußert zudem, dass auch für medizinisches Personal ein Bedarf an Weiterbildung besteht (vgl. INT6, Z. 131f).

Auch in der Literatur wird mehrmals die Umsetzung von Schulungsprogrammen für Pflegepersonen aufgezeigt. Es ist wichtig, die Verantwortlichen bei der Entscheidungsfindung von geeigneten Mittel und Maßnahmen zu unterstützen und Alternativen aufzuzeigen. Doch in der Praxis wird der Einsatz von Alternativmaßnahmen durch Routinen sowie strukturelle und finanzielle Einschränkungen allerdings oft erschwert. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen interprofessionell geschult sein, um die möglichen Folgen abzuwägen und Alternativen adäquat einzusetzen. Eine teamorientierte Intervention aus unterschiedlichen Komponenten bedeutet steigende Qualität in der Betreuung der geriatrischen Patientinnen und Patienten und hat das Potential, freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Krankenhaus zu verringern (Enns et al., 2014).

Die Expertinnen und Experten weisen vermehrt darauf hin, dass es notwendig ist Rahmenbedingungen und Ressourcen zu schaffen, damit eine ganzheitliche Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen möglich ist (vgl. INT 5, Z.180-181, INT3, Z. 194f).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018) beschreibt, dass Präventionsstrategien durch Richtlinien unterstützt werden sollten, damit eine sichere Umgebung geschaffen wird und die Risikofaktoren reduziert werden. Zudem weist die WHO darauf hin, dass die Ausbildung von Gesundheitsberufen, sowie die Bildung einzelner Per-

sonen die Basis für eine Sturzprophylaxe darstellt. Effektive Sturzpräventionsprogramme zielen darauf ab, die Zahl Sturzereignisse und die Schwere der Verletzung im Falle eines Sturzes zu reduzieren. Dies deckt sich mit den Informationen aus den Interviews.

In einem Artikel über Spezialstationen für Patientinnen und Patienten mit kognitiver Einschränkung werden Ergebnisse einer Umfrage in Kliniken für Geriatrie in Deutschland zusammengefasst. An geriatrischen Kliniken wird eine Großzahl von akut erkrankten Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen behandelt. Hier sind viele Maßnahmen, die als demenzsensibel oder delirpräventiv gelten, bereits etabliert. Dazu gehören etwa der Einsatz von Assessment- und Screeninginstrumenten zur gezielten Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen oder Risiko für akute Verwirrtheit, gezielte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Themen Demenz und Delir, frühe Mobilisation als auch kritisches Medikamentenreview. Zusätzlich gibt es in einigen geriatrischen Abteilungen Spezialstationen für Menschen, denen die Anpassung an den Stationsalltag und die Umgebung besonders schwerfällt oder Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen des Delirs zunehmen. Im Jahr 2017 waren dies in Deutschland 42 Spezialbereiche, die architektonische, strukturelle und personelle Besonderheiten aufwiesen (Bauer, Kopf, Rösler & Zieschang, 2019). Dies beschreibt auch der Jurist und Leiter des Fachbereiches Bewohnervertretung in Niederösterreich, Christian Bürger (2015). Die strukturellen Bedingungen in der akutmedizinischen Versorgung sollte an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst werden. Nicht die an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten haben sich den Bedingungen der Krankenhäuser anzupassen, sondern umgekehrt. Das bedeutet, dass Kliniken ein psychosoziales Demenzkonzept und Strategie zur Delirprävention umsetzen, indem Stationen eine altersgerechte, demenzgerechte Architektur aufweisen, sich geriatrisch spezialisieren und eigene geriatrische Abteilungen aufbauen (Bürger, 2015).

Im Nächsten Kapitel werden die Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet.

## **5 Conclusio**

Die Ergebnisse dieser Erhebung haben gezeigt, dass Pflegepersonen häufig bei möglicher Sturzgefahr bei Patientinnen und Patienten mit dementieller Erkrankung



oder akut aufgetretener Verwirrtheit auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen zurückgreifen. Dabei spielt mitunter der subjektive Schutzinstinkt der Pflegepersonen eine Rolle.

### **Welche Herausforderungen ergeben sich in der Umsetzung von Freiheitsbeschränkungen im Stationsalltag?**

Sowohl die befragten Expertinnen und Experten als auch die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege und Medizin, sind sich hinsichtlich der Problematik im Ablauf und Umgang mit Freiheitsbeschränkungen einig. Herausforderungen in der Umsetzung von Freiheitsbeschränkungen ergeben sich im akutstationären Setting durch den Dokumentationsaufwand, rechtliche Unklarheiten und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Teilweise werden hier Kommunikationsprobleme oder Schwierigkeiten im Ablauf der Meldung geäußert.

Interventionen zur Sturzprävention sind vielfältig: Umgebungsorientierte Faktoren, Einsatz von Hilfsmittel, gezielte Mobilisation und Bewegungstherapie, Patientinnen- und Patientenedukation sowie Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, als auch sozialorientierte Möglichkeiten wie pflegetherapeutische Beschäftigung, Validation oder Aromapflegeanwendungen. Diese Interventionen besitzen unterschiedliche Evidenzgrade, werden aber gleichermaßen als Möglichkeiten zur Vermeidung von Sturzereignissen durch Nicht-restriktive Maßnahmen genannt.

Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner - einschließlich der befragten Expertinnen und Experten - sehen in den Studien, welche freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Sturzprävention ablehnen, die Problematik in der praktischen Anwendbarkeit. Die befragten Personen äußern, dass – wie auch im HeimAufG §4 der Zulässigkeitsveraussetzungen geregelt - eine restriktive Maßnahme immer im Einzelfall geprüft werden muss. Der Umgang mit dieser Problemstellung in der Praxis kann durch Evidenzbasierte Leitlinien, wie der EBN-Leitlinie zur Sturzprävention bei älteren und alten Menschen im Krankenhaus und Langzeitpflegeeinrichtungen, unterstützt werden. Dies kann dann gelingen, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezielt geschult werden. Umsetzbar wäre dies, wenn es innerhalb der Kliniken beauftragte Personen gibt, die sich mit der Thematik gezielt auseinandersetzen und als Ansprechperson für das multiprofessionelle Team fungiert.

## **Welche Interventionen braucht es, damit in der Praxis der stationären Altenpflege mehr Alternativen und weniger Freiheitsbeschränkungen in Anwendung kommen?**

Hier können drei wesentliche Maßnahmen herausgefiltert werden, die von allen Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmern empfohlen oder gewünscht werden:

- 1) Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- 2) Eine beauftragte Person innerhalb der Klinik
- 3) Strukturelle Interventionen im Sinne von Delirprävention

Strukturelle Interventionen zur Delirprävention und Mileugestaltung der geforderten Stationen stellt für alle Befragten einen wesentlichen Teil zum sensibleren Umgang der Thematik dar. Diese Strategie wird auch in der Literatur als innovative, bedürfnisorientierte Lösung empfohlen.

## **6 Ausblick**

Aus den Ergebnissen lassen sich folgende Empfehlungen für den Umgang mit Freiheitsbeschränkungen der akutstationären Altenpflege ableiten:

- Vor jeder Handlung sollte das Verhalten der Betroffenen hinsichtlich der Bedürfnisse ermittelt werden
- Vor Anwendung restriktiver Maßnahme alle Alternativen ausschöpfen
- Gezielte Dokumentation über beobachtetes Verhalten, gesetzter Interventionen und Reaktion
- Verhältnismäßigkeit und Angemessenheit der Maßnahmen
- Die Notwendigkeit der Freiheitsbeschränkung regelmäßig überprüfen, Routine vermeiden
- Multiprofessionelle Schulung

Strukturelle Interventionen wie die Umfeldgestaltung der Stationen, vermehrte Ressourcen über Hilfsmittel wie Demenzpuppen oder Beschäftigungsmöglichkeiten und

die Möglichkeit für multiprofessionelle Schulungen können zur Delirprävention beitragen und einen Schritt näher in Richtung demenzsensibles Krankenhaus rücken.

Abschließend gilt es Handlungssicherheit im Umgang mit Alternativen zu erlangen. Dies gelingt umso besser, je informierter und aufgeklärter die beteiligten Professionen sind. Gleichzeitig ist es eine gute Chance, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden und den Betroffenen ein höheres Maß an Lebensqualität zu bieten.

## Literaturverzeichnis

- Asmussen-Clausen, M. Bartoszek, G., Gerdemann, N., Janik, A., Kuster, C., Nydahl, P., Runge-Werner, P., Schlegel, Y. (2018). *Pflege von Menschen mit neurologischen Erkrankungen*. In: K. Gold, Y. Schlegel, K.-P. Stein (Hrsg.) *Pflege Konkret – Neurologie Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe*. Urban & Fischer, Elsevier GmbH, München.
- Bauer, J., Kopf, D., Rösler, A. & Zieschang, T. (2019). *Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung*. *Z Gerontol Geriat* 52, 598–606. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1439-z>.
- Bürger, C. (2015). *So viel Freiheit wie möglich...*. *ProCare* 20, 38–41. <https://doi.org/10.1007/s00735-015-0554-y>.
- Bürger, C., & Halmich, M. (2015). *HeimAufG- Heimaufenthaltsgesetz. Stand: 1.9.2015*. Wien & Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Böhmendorfer, B., Frühwald, T., Iglseider, B., Jagsch, C., Lorenzl, S. & Weissenberger-Leduc, M. (2013). *Delir 2013. Ein häufiges Syndrom im Alter - eine interdisziplinäre Herausforderung*. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Wien: Facultas Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Auflage. Marburg, 2018.
- Duning, T. & Göpel, C.R. (2016). *Nachhaltig vorbeugen. Relevanz des Delirs im Krankenhaus*. In: *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. Demenz: Wie Krankenhäuser das große Vergessen bewältigen können*. Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. 10, 914-917.
- Enns, E., Rhemutulla, R., Ewa, V., Fruetel, K. & Holroyd-Leduc, J. (2014). *A Controlled Quality Improvement Trial to Reduce the Use of Physical Restraints in Older-Hospitalized Adults. Models of Geriatric care, Quality Improvement, and Program*

- Dessemination.* The American Geriatrics Society. 62, 541-545.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.12710>.
- Evans, D., Fitzgerald, M. (2002). *Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis.* International Journal Nursing Studies. 39(7), 735-743.
- Frühwald, T. (2007). Krankheiten im Alter – Einige Aspekte der Geriatrie. In, Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch.* 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Springer: Wien, New York.
- Gerace, A., Mosel, K., Oster, C. & Muir-Cochrane, E. (2013). *Restraint use in acute- and extended mental health services for older persons.* International Journal of Mental Health Nursing. 22(6), 545-557.
- Hamers, J. P. H. & Huizing, A. R. (2005). *Why do we use physical restraints in the elderly?* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 38(1), 19–25.
- Heidl, S. & Runde, A. (2016). *Zwischen Frustration und Fürsorge, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus.* 10. 907-910.
- Lohrmann, C. (2018). *Pflegequalitätserhebung 2.0 - 14. November 2017.* Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.
- Maetzler W., Grond M., Jacobs A.H. (2016) Neurogeriatrie. In: Hacke W. (eds) *Neurologie.* Springer: Berlin, Heidelberg.
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 11. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* 6., neu ausgestattete, überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Thomsen, M. (2019). *Fixierungen vermeiden*. ProCare. 24, 18–20. <https://doi-10.1000012p0190.han.fernfh.ac.at/10.1007/s00735-019-1047-1>

Schoberer, D., Archan, T., Breimaier, H.E., Findling, E.T., Frießnegg, S., Koll, I.M, Palli, C., Schaffer, S., Stiasny, G., Zuschneegg, J. (2018). *Evidenzbasierte Leitlinie - Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. 3. Aktualisierte und methodisch adaptierte Auflage*, Medizinische Universität Graz und Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz.

Strickmann, G. (2012). *Heimaufenthaltsrecht*, 2. Auflage. Linde Verlag Ges.m.b.H.

### **Online Quellen:**

Benesova, J., Bruder, J., Hamborg, M., Holste, D., Koalick, P., Lärm, M., Wnuck, H. (2005). Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker. S. 9-15. Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung, Hamburg. [https://www.demenz-ded.de/fileadmin/redaktion/demenz-ded.de/Download/Handlungsempfehlungen\\_zur\\_Fixierung.pdf](https://www.demenz-ded.de/fileadmin/redaktion/demenz-ded.de/Download/Handlungsempfehlungen_zur_Fixierung.pdf) [abgerufen am 23.03.2020].

Bundeskanzleramt (2020). Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG). Online: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231> [abgerufen am 05.03.2020].

World Health Organization (WHO) (2018). Falls. Online: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/falls>. [abgerufen am 02.05.2020].

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Algorithmus Sturzprävention im Krankenhaus, EBN-Sturzleitlinie.....29

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Kategorie 1, Gründe für Freiheitsbeschränkungen .....	17
Tabelle 2: Kategorie 2, Herausforderungen in der Praxis.....	19
Tabelle 3: Kategorie 3, Alternativen zur Vermeidung von .....	22
Tabelle 4: Notwendige Schritte für die Praxis.....	23



## Anhang

Interviewleitfaden:

**1. Bitte erklären Sie kurz Ihren beruflichen Hintergrund und inwiefern kommen Sie dabei mit dem Thema Freiheitsbeschränkungen in Berührung? Zusatzfrage für Expertinnen und Experten: Warum sind Sie Experte?**

**2. Wo sehen Sie die primären Gründe in der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?**

**4. Welche Alternativen oder gelinderen Maßnahmen können eingesetzt werden, damit eine Freiheitsbeschränkung vermieden werden kann?**

**3. Welche Herausforderungen erleben Sie in der Umsetzung von Freiheitsbeschränkungen?**

**5. Laut Studien gibt es keine Empfehlung in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen zur Sturzprävention. Wie sehen Sie das?**

*mögliche Zusatzfragen:*

**5.1 Welche Aspekte in Bezug auf Freiheitsbeschränkungen und Sturzprophylaxe sehen Sie als positiv?**

**5.2 Welche Aspekte erleben Sie negativ?**

**6. Welche nicht freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zur Prävention von Stürzen empfehlen Sie?**

**7. Welche Schritte erachten Sie als notwendig, damit (*entsprechend dem Ziel des HeimAufG*) es besser gelingt, dass in der Praxis der stationären Altenpflege mehr Alternativen und weniger Freiheitsbeschränkungen gesetzt werden?**