



# Gutachten einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern

Forschungsteam:

Thomas Schmitt-Schäfer  
Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M.  
Prof. Dr. Peter Brieger

## **Auftraggeberin**

Freistaat Bayern vertreten durch das  
Bayrische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

## **Verfasser**

*transfer* - Unternehmen für soziale Innovation  
Thomas Schmitt-Schäfer  
Bahnhofstraße 23, 54516 Wittlich  
(Hauptauftragnehmer)

in Kooperation mit

Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M.  
unter Mitarbeit von Malte Klemmt, M.A.  
Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt (FHWS)  
Münzstraße 12, 97070 Würzburg  
(Unterauftragnehmerin)

Prof. Dr. Peter Brieger  
Ärztlicher Direktor kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH  
Vockestraße 72, 85540 Haar  
(Unterauftragnehmer)

## **Gestaltung**

*transfer* - Unternehmen für soziale Innovation  
Tom Ebertz

Wittlich, Würzburg, München | August 2022



# INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse	8
A. Einführung und Hintergrund	9
B. Forschungsstand zum Auftreten und zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen	12
C. Forschungsstand zu Vermeidung und Reduktion von Zwang	14
D. Ziel der Untersuchung	17
E. Forschungsfragen	18
I. Anwendung von Zwang in Form von FeM	18
II. (Rechtfertigungs-)Gründe für die Anwendung von Zwang in Form von FeM	18
III. Alternativen zur Anwendung von Zwang/FeM	18
F. Begriffserklärungen, rechtliche Grundlagen und Eingrenzung des Untersuchungsstands	19
G. Beschreibung der Einrichtungen	23
H. Methodisches Vorgehen	24
I. Quantitative Vollerhebung	24
1. Design	24
2. Sampling & Rekrutierung	24
3. Datenerhebung	24
4. Datenanalyse	25
5. Stichprobe	25
II. Teilnehmende Beobachtung	26
1. Design	26
2. Sampling & Rekrutierung	27
3. Datenerhebung	28
4. Datenanalyse	29
5. Stichprobe	29
III. Dokumentanalyse	30
1. Design	30
2. Sampling & Rekrutierung	30
3. Datenerhebung	30
4. Datenanalyse	31
5. Stichprobe	32
IV. Fokusgruppen	34
1. Design	34
2. Sampling & Rekrutierung	34
3. Datenerhebung	35
4. Datenanalyse	35
5. Stichprobe	35
V. Expert:innen-Workshops	36
1. Design	36
2. Sampling & Rekrutierung	36
3. Datenerhebung	36
4. Datenanalyse	36



5.	Stichprobe	36
VI.	Forschungsethische Aspekte	37
I.	Ergebnisse der einzelnen Erhebungsschritte	38
I.	Welche FeM gibt es, die in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung angewandt werden?	38
1.	Quantitative Vollerhebung	38
2.	Teilnehmende Beobachtungen	38
3.	Dokumentenanalyse	40
II.	Welche FeM werden wie oft und wie lange in den untersuchten Einrichtungen angewandt?	41
1.	Quantitative Vollerhebung	41
2.	Teilnehmende Beobachtungen	44
III.	Werden die FeM fach- und sachgerecht angewandt?	46
IV.	Bei welchen Behinderungsarten bzw. welchen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten kommt eine FeM besonders häufig zum Einsatz?	47
1.	Quantitative Vollerhebung	47
2.	Teilnehmende Beobachtungen	51
3.	Fokusgruppen	51
4.	Expert:innen-Workshops	52
V.	Welche Gründe sind abstrakt für die Anwendung von FeM geeignet? Welche Gründe sind nicht geeignet?	52
VI.	Auf welche Gründe wird die Anwendung von FeM in den untersuchten Einrichtungen gestützt? In welcher Häufigkeit kommen die Gründe zum Tragen?	53
1.	Quantitative Vollerhebung	54
2.	Teilnehmende Beobachtungen	59
3.	Dokumentenanalyse	60
4.	Fokusgruppen	60
5.	Expert:innen-Workshops	61
VII.	Welche Alternativen gibt es, um FeM zu vermeiden?	62
1.	Quantitative Vollerhebung	63
2.	Teilnehmende Beobachtung	64
3.	Fokusgruppen	65
4.	Expert:innen-Workshops	66
5.	Dokumentenanalyse	67
VIII.	Bestehen bauliche oder personelle Besonderheiten, die die Vermeidung von FeM begünstigen, z. B. Beschäftigung von pädagogischen Fachkräften? Können hieraus Best-Practice-Beispiele entwickelt werden?	69
1.	Quantitative Vollerhebung	69
2.	Teilnehmende Beobachtungen	73
3.	Dokumentenanalyse	74
4.	Fokusgruppen	77
5.	Expert:innen-Workshops	78

6	III. Wie wirken sich die Alternativen auf die Lebensqualität des Betroffenen aus? Sind ggf. Verbesserungen in der Gesundheit, Selbstständigkeit, Teilhabe etc. erkennbar?	79
	IV. Wie wirkt sich die Anwendung von Alternativen auf die Atmosphäre in der Einrichtung aus, insbesondere auf andere Bewohnerinnen/Bewohner und auf Beschäftigte?	80
J.	Diskussion	81
K.	Zu berücksichtigende Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse/Limitationen	87
L.	Fazit und Ausblick	89
M.	Forschungsbeirat	91
N.	Forschungsteam	93
O.	Literaturverzeichnis	94
P.	Tabellenverzeichnis	99
Q.	Abbildungsverzeichnis	101
R.	Anlagenverzeichnis	102



## ZUSAMMENFASSUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE

Das im Auftrag des Bayerischen Ministeriums für Gesundheit und Pflege erstellte Gutachten beleuchtet einen Bereich, der in der bisherigen Forschung unterrepräsentiert war: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen<sup>1</sup> für erwachsene Menschen mit Behinderung.

Für das Gutachten wurden neben einer Literaturlauswertung Daten selbst erhoben. Dabei verfolgte die Untersuchung einen Mix-Methods-Ansatz bestehend aus quantitativen und qualitativen Erhebungsschritten in Form von einer umfangreichen Online-Umfrage, Vor-Ort-Begehungen, Dokumentenanalyse und teilnehmenden Beobachtungen in einzelnen Einrichtungen, Fokusgruppen und Expert:innen-Workshops.

In 850 Einrichtungen in Bayern leben Menschen mit Behinderungen für längere Zeit ihres Lebens, manche über Jahrzehnte und manche sogar wahrscheinlich bis zu ihrem Tod. Die Bedürfnisse und Probleme dieser Menschen sind sehr unterschiedlich. Oftmals steht eine Eigengefährdung im Raum, aber auch Fremdgefährdung und sog. herausforderndes Verhalten prägen das Setting. Freiheitsentziehende Maßnahmen kommen in vielen der Einrichtungen zur Anwendung. Art und Dauer der Maßnahmen variieren jedoch stark und bedürfen für die Zukunft eine noch differenziertere Betrachtung nach weiteren Faktoren, wie beispielsweise Einrichtungstypen und Bewohnendengruppen. Diese Untersuchung bietet hierfür eine Grundlage. Bestimmte Praktiken, die Hinweise auf einen routinemäßigen Einsatz von Freiheitsentziehenden Maßnahmen geben, sind ebenso zu diskutieren wie Rahmenbedingungen, die zur Eskalation von Situationen beitragen können. Die weitere notwendige Suche nach Alternativen zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen oder die Suche nach milderem Mitteln innerhalb dieser Maßnahme stellt eine wichtige Aufgabe für die nächste Zukunft dar. Der Untersuchung lassen sich erste Anregungen dafür entnehmen. Gesehen wurden einzelne Best-Practice-Beispiele, die für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen nutzbar gemacht werden könnten.

Die Untersuchung hat nicht nur die Relevanz des Themas bestätigt, sondern sie zeigt auch auf, dass eine Notwendigkeit besteht, das Thema fortzuführen. Die Suche nach Alternativen und die Beschäftigung mit den Herausforderungen speziell im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen muss den Fokus auf die dort wohnenden Menschen, ihren Alltag, ihre Lebenssituation und ihre Zukunft richten. Die Zielstellung für die Zukunft muss für Freiheitsentziehende Maßnahmen lauten, sie auf ein Minimum zu reduzieren und die Suche nach Alternativen auf allen Ebenen zu intensivieren. Dabei kann sich in Zukunft die Frage nicht nur auf die konkrete Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen beschränken, sondern sie muss auch die Rahmenbedingung betrachten.

---

1 In diesem Gutachten wird der Einrichtungsbegriff des Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PflWoqG Bayern vom 8. Juli 2008 (GVBl. S. 346) verwendet.

## A. EINFÜHRUNG UND HINTERGRUND

Das Thema Zwang und Gewalt in Einrichtungen für (erwachsene) Menschen mit Behinderungen erfährt zunehmend Aufmerksamkeit. Erst im Mai 2022 hat das Deutsche Institut für Menschenrechte eine Handlungsempfehlung für Politik und Praxis unter dem Titel „Schutz vor Gewalt in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen“ herausgegeben. Betonung finden in dem Bericht die menschenrechtliche Perspektive unter Bezugnahme auf die UN-Behindertenkonvention sowie das nach § 37a SGB IX geforderte Gewaltschutzkonzept, wonach die Leistungserbringer geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt zu treffen haben. Handlungs- und gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf sind Teile der in diesen Handlungsempfehlungen vorzufindenden Forderungen. Im Dezember 2021 legte eine Expert:innengruppe ihren Abschlussbericht „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ für das Bundesland Nordrhein-Westfalen vor. Zu erwähnen ist außerdem die im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durchgeführte empirische Studie zu Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen. Die Ergebnisse bestätigen, dass Menschen mit Behinderungen einem besonders hohen Risiko der Erfahrung von Gewalt ausgesetzt sind.

Gewalt und Gewaltschutz sind nicht gleichzusetzen mit der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (im Folgenden oftmals kurz FeM), auch wenn es inhaltliche Überschneidungen gibt. Die menschenrechtliche Perspektive und der Schutz vor Eingriffen in die Grundrechte von Menschen mit Behinderungen ist ein unverhandelbarer Anspruch der Versorgung dieser Personengruppe. Freiheitsentziehende Maßnahmen greifen in die Grundrechte der Menschen auf Freiheit und freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit ein. Ihre Anwendung kann jedoch in Ausnahmen gerechtfertigt sein. Diese gilt es als Ausnahme zu begreifen und als solche sicherzustellen. Eine ethische und rechtliche Reflexion des Ob und des Wie ihrer Anwendung erscheint daher unerlässlich. Gleichwohl können FeM erforderlich sein, um beispielsweise eine Person vor Verletzungen zu schützen. Ein im Feld häufig anzutreffender Begriff ist der des „Herausfordernden Verhaltens“, der in seinem Verständnis und in seiner Vielschichtigkeit einer Analyse unterzogen wird.

Das Bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege hat die Bedeutung des Themas Zwang bereits mit einer Ausschreibung zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung“ im Jahr 2019 zum Ausdruck gebracht. In Abgrenzung zu den eingangs genannten Arbeiten und Handlungsempfehlungen erfolgt eine Konzentration auf freiheitsentziehende Maßnahmen, die gegenüber Menschen mit Behinderungen in den Einrichtungen durch Einrichtungsmitarbeitende angewendet werden. Das Spannungsfeld hier ist noch einmal – wieder in Abgrenzung sowie in ausdrücklicher Ergänzung zu den vorgenannten Arbeiten – ein besonderes: Die erfahrene Zwangsmaßnahme darf ausschließlich als eine Schutzmaßnahme eingesetzt werden. Gleichwohl steht die Frage im Raum, ob die Maßnahme tatsächlich lediglich zum Schutz zum Einsatz gelangt, und falls ja, ob Alternativen ausreichend geprüft und der Grundsatz Zwang als letzte Maßnahme ausreichend Beachtung findet. Die konzeptionelle Überlegung – Maßnahme als Schutz – weist bereits auf die Problematik hin, wenn Maßnahmen aus therapeutischen oder pädagogischen Gründen eingesetzt werden. Es ist kritisch in Frage zu stellen, ob der veränderte Zweck geeignet ist, um zu einer anderen Bewertung der Maßnahme selbst zu gelangen und ob dies geeignet ist, den von der Person wahrgenommenen Zwang zu relativieren.

10 Freiheitsentziehende Maßnahmen ordnen sich den Zwangsmaßnahmen zu, worunter sich alle Maßnahmen fassen lassen, die gegen den Willen oder ohne Willen der von der Maßnahme betroffenen Personen ausgeführt werden. Für das Erfahren der Maßnahme als Zwang und damit als Überwindung des Widerstands gegen diese Maßnahme, ist es nicht erforderlich, dass die Person einen Willen in der Form erklären kann, der sich rechtlich als „einwilligungsfähig“ qualifizieren ließe. Auch der natürliche Wille ist zu beachten. Ebenso ist es nicht erforderlich, dass der Wille der Person unter Ausübung von körperlicher Gewalt überwunden wird, um von der Person als Zwang und als Willensüberwindung wahrgenommen zu werden. Ob der sich der Zwang rechtlich legitimieren lässt, bestimmt sich nach den gesetzlichen Regelungen des Betreuungsrechts oder der öffentlich-rechtlichen Regelungen, namentlich für Bayern das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG). Die Zuordnung der rechtlichen Legitimierung von Zwang mit dem Erfordernis einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage entspricht der vor allem in der psychiatrischen Literatur vorzufindenden Einordnung als formeller Zwang (formal coercion) in Abgrenzung zum informellen (informal coercion, vgl. vor allem Szmukler & Appelbaum, 2008).

Ermächtigungsgrundlagen für die Anwendung von FeM ergeben sich aus dem Betreuungsrecht und aus dem (hier) Bayerischen-Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG). Es ist davon auszugehen, dass für Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Bayern das PsychKHG keine Rolle spielt, sodass die Fallkonstellationen aus dem Blickwinkel des Betreuungsrechts zu betrachten sind. Es ist außerdem davon auszugehen, dass die überwiegende Zahl der Menschen im Untersuchungsfeld eine:n Betreuer:in hat.

Zentrale Vorschrift für FeM ist somit § 1906 Abs.4 BGB. Dieser sieht eine Genehmigung des Betreuungsrechts vor, wenn in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung einer Person über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise die Freiheit genommen werden soll. Das Gericht ordnet die Maßnahme nicht an, sondern genehmigt die Entscheidung des:der Betreuers:Betreuerin. Der:die Betreuer:in respektive der:die Bevollmächtigte spielt (rechtlich) also eine maßgebliche Rolle bei den FeM. Seine:ihre Entscheidung ist auch dann maßgeblich, wenn die FeM sich unterhalb der Schwelle des Erfordernisses einer gerichtlichen Genehmigung abspielt. Die Entscheidungskompetenz liegt ausschließlich beim Betreuer. Eine Hausordnung vermag FeM nicht zu rechtfertigen, der Einrichtung kommt keine Kompetenz zur Festlegung von Grundrechtseingriffen zu (vgl. Marschner, § 1906 BGB, Rn. 39 mit Hinweis auf BT-Drs. 11/4528, S. 83).

§ 1906 Abs.4 BGB setzt die Unterbringung nach § 1906 Abs.1 BGB nicht voraus. Eine bereits bestehende Unterbringung nach § 1906 Abs.1 BGB schließt allerdings das Erfordernis einer zusätzlichen Genehmigung bei der Anwendung von Maßnahmen nach Abs.4 während einer Unterbringung nicht aus.

§ 1906 Abs.4 BGB legt fest, wann eine Betreuer:innenentscheidung für eine FeM gerichtlich zu genehmigen ist. Nämlich dann, wenn sie für längere Zeit erfolgt oder regelmäßig. Unterhalb dieser Schwelle ist eine gerichtliche Genehmigung nicht einzuholen. Der:die Betreuer:in hat als Maßstab seines:ihres Handelns zu prüfen, ob die FeM zum Wohl der betroffenen Person erforderlich ist, nämlich um Gefahren für das Leben oder einen erheblichen gesundheitlichen Schaden von ihr abzuwenden, §§ 1901, 1906 BGB (vgl. Brosey, 2020, S. 95).

Für das Untersuchungsfeld ist zu berücksichtigen, dass rechtliche Betreuer:innen nicht selten auch zugleich Angehörige der betroffenen Person sind. Dies kann zum einen eine emotionale Belastung auslösen, zum anderen aber auch für ein Agieren auf Augenhöhe hinderlich sein, da sich schließlich auf die Erfahrung und erlebte Expertise der Mitarbeitenden der Einrichtung oder Ärztinnen und Ärzten verlassen wird (Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“, 2021, S. 31). Zu bedenken ist zudem, dass sich die Einrichtungen oftmals nicht in Wohnortnähe befinden und Kontakt damit vermutlich oftmals ausschließlich per Telefon erfolgt oder der Einblick in die alltägliche Situation vor Ort fehlt. Die Einrichtung selbst hat keine Kompetenz bzw. rechtliche Befugnisse über eine FeM zu entscheiden (Ausnahmen: Notsituationen im Sinne von Notwehr oder Notstand). Selbst wenn es zur Anwendung einer FeM bereits gekommen ist, liegt es in der Verantwortung des:der Betreuers:in eine gerichtliche Genehmigung nachträglich einzuholen oder auch ggf. zu entscheiden, dass die Maßnahme beendet wird. Der:die Betreuer:in hat FeM zu beenden, wenn keine erhebliche Gefahr für die Gesundheit der betroffenen Person mehr vorliegt. Sollten sich mildere Maßnahmen als Option ergeben, so sind diese zu ergreifen.

## B. FORSCHUNGSSTAND ZUM AUFTRETEN UND ZUR HÄUFIGKEIT VON ZWANGSMASSNAHMEN

Die Zulässigkeit von Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung hat in den vergangenen zehn Jahren durch mehrere Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 128, 282 ff., 129, 269 ff.; 133, 112 ff.; 142, 313 ff.) und des Bundesgerichtshofs (BGHZ 193, 337) in Deutschland eine zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Die meisten Entscheidungen in diesem Bereich betrafen Patienten, die sich in einer psychiatrischen Klinik unfreiwillig aufhielten und dort weitere Maßnahmen erdulden sollten. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 149, 293 ff.) hat zuletzt in einer Entscheidung zur Fixierung von Patienten in einer psychiatrischen Klinik die Schwere des Grundrechtseingriffs betont; eine Fixierung zugleich in Fällen der Selbst- oder Fremdgefährdung für zulässig erachtet. Für den Bereich Psychiatrie konnte eine Abnahme von Fixierungen seit dieser 2018 ergangenen Entscheidung festgestellt werden (Flammer et al., 2021). Voraussetzung eines solchen Vergleichs ist das Vorhandensein von systematisch erfassten Daten. Die Erfassung für den Bereich Psychiatrie ist erst mit der genannten Entscheidung angemahnt worden und findet inzwischen zunehmend Eingang in den Landesgesetzen.

Neben dem Bereich Psychiatrie (Hirsch & Steinert, 2019) sind auch im Bereich von Pflegeheimen Maßnahmen zur Reduktion von Zwang und Gewalt in der Diskussion und vielfach auch bereits in der Praxis vorzufinden (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2015; Hindrichs & Fähmann, 2016; Kempchen, 2015) und hat auch zu inzwischen weitgehend bekannten Konzepten wie Werdenfelser Weg, ReduFix und Leitlinie FEM geführt. Der Einsatz von Medikamenten im Bereich Pflegeeinrichtungen (Ezzat et al., 2019) gibt Anlass deren Einsatz auch im Bereich für Menschen mit Behinderung genauer zu untersuchen (Steinhart et al., 2013).

Während also das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Erfassung von Zwangsmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie zugenommen hat, fehlt dieses noch für einen anderen Bereich weitgehend: Gemeint sind stationäre Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen.

Ziel dieser Untersuchung war daher eine flächendeckende Untersuchung der Zwangsmaßnahmen in solchen Einrichtungen in Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Bundesland Bayern, das mit 850 stationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen im Bundesländervergleich hervorsticht. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind in diesem Bereich vor allem auf der Grundlage des Betreuungsrechts bei Eigengefährdung zulässig. Hiernach kommen Maßnahmen wie Fixierung, Sedierung, Isolierung, das Anbringen von Bettgittern zum Verhindern des Weggehens oder ähnliches in Betracht (Marschner, 2019, § 1906, Rn. 34 f., Bienwald, 2016, § 1906, Rn. 120).

Es ist kaum etwas darüber bekannt, in wie vielen Fällen es zu Zwangsmaßnahmen kommt, wie diese begründet werden und wie häufig und wie lang diese zur Anwendung kommen. Aufgrund der Schwere des mit einer Zwangsmaßnahme verbundenen Grundrechtseingriffs ist diese Unkenntnis über die tatsächlichen Vorkommnisse in diesem Feld ein nicht zu akzeptierender Zustand. Ohne nähere Kenntnis über Art, Häufigkeit und Gründe für Zwangsmaßnahmen fehlt es an einer Basis für eine Diskussion über Alternativen und der Möglichkeit, deren Wirksamkeit zu prüfen.



Auch der Deutsche Ethikrat fasst in seiner Stellungnahme „Hilfe durch Zwang?“ aus dem Jahr 2018 die Bereiche Pflegeheime und Behindertenhilfe zusammen und verweist vor allem auf Untersuchungen aus dem Bereich Pflegeheime und für dieses Setting vorliegende empirische Daten hin (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 160 ff.). In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass in Pflegeheimen wie in Einrichtungen der Behindertenhilfe Zwangsmaßnahmen in unterschiedlicher Weise auftreten, die regelmäßig mit dem Wohlergehen der betroffenen Person begründet werden. Beispielfhaft genannt werden Sturzprophylaxe, Kontrolle von herausfordernden Verhalten, Unruhe und anderes (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 168). Beschrieben werden zudem pädagogische Maßnahmen gegen den Willen der Person, wenn Personen z.B. aktivierende Maßnahmen, die aus fachlicher Sicht auf Selbstbestimmung und Teilhabe gerichtet seien, ablehnen (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 169 ff.).

Dass ältere, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung in ihren Bedürfnissen nicht gleichgesetzt werden können, wird auch in der Broschüre „Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, 2019) herausgestellt. Der Broschüre sind einige Hinweise und Denkanstöße zur Reduktion von FeM zu entnehmen.

Für das Untersuchungsfeld herauszustellen ist das sog. Herausfordernde Verhalten (HV). Mit dem Begriff wird versucht, eine Störung zwischen Person und Umwelt zu beschreiben. Theunissen (2021 a, b) weist darauf hin, dass es von geltenden Normen, von interaktiven Prozessen und auch vom jeweiligen sozialen Kontext abhängt, ob ein Verhalten und welches Verhalten als herausfordernd wahrgenommen wird. Emerson und Bromley (1995) beschreiben herausforderndes Verhalten als ein „ungewöhnliches Verhalten von derartiger Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass entweder die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder anderer Personen ernsthaft gefährdet ist“.

Den Zahlen zum Betreuungsrecht (Bundesamt für Justiz, 2018) zufolge lässt sich eine Abnahme an Genehmigungsanträgen entnehmen. So gab es im Jahr 2017 51.097 Genehmigungen und 5.441 Ablehnungen (Genehmigungen für 2016: 59.945, für 2015: 60.438; für 2014: 75.727; für 2014: 85.132). Der Statistik lässt sich nicht entnehmen, welchem Bereich (Kliniken, Heime oder sonstige Einrichtungen) diese Genehmigungen oder Ablehnungen zuzuordnen sind oder um welche Maßnahmen es sich im Einzelnen handelte. Die letzten vollständig erfassten Zahlen stammen aus dem Jahr 2017.

## C. FORSCHUNGSSTAND ZU VERMEIDUNG UND REDUKTION VON ZWANG

Der Forschungsstand zur Vermeidung des Einsatzes von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen offenbart eine Forschungslücke. Zu bedenken bleibt dabei, dass in den Einrichtungen Menschen mit unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnissen leben. Daher wird man das Feld differenziert betrachten müssen, wenngleich bestimmte Rahmenbedingungen, die vor allem auf institutioneller Ebene wirken, übertragen werden können.

Daher können die hier nur kurz erwähnten Studien, Untersuchungen, Empfehlungen und Handlungsanweisungen nur eingeschränkt auf das Untersuchungsfeld übertragen werden. Selbst der hier dargestellte Forschungsstand bezieht sich nicht nur auf andere Settings und Personen mit unterschiedlicher Bedarfslage, sondern muss zwischen Mikro-, Makro- und Mesoebene unterscheiden. Insbesondere auf der Mesoebene sind gesundheits- und versorgungspolitische Rahmenbedingungen zu benennen, die nicht Gegenstand der Untersuchung sein können, aber das Feld prägen und einen Einfluss ausüben. Ebenso wurden keine strukturellen Rahmenbedingungen wie beispielsweise die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes untersucht und dessen möglicher Einflussfaktor. Gleichwohl wurde im Rahmen der Dokumentenanalyse festgehalten, wie lange sich eine Person bereits in einer Einrichtung untergebracht befindet („III. Dokumentanalyse“ auf Seite 30).

Zur Prävention und Vermeidung von Zwang liegt vor allem für den Bereich der Psychiatrie inzwischen umfangreiches Material vor (Hirsch & Steinert, 2019). Soweit es um die Vermeidung von Zwang geht, ist die von der DGPPN 2018 herausgegebene AWMF-S3-Leitlinie zu nennen. Dargestellt wird, dass bestimmte Faktoren Aggressionen und letztlich Zwang eher begünstigen. Hierzu gehört u.a. die architektonische Umgebung. Zur Reduktion von Zwang wird eine Vielzahl von evidenzbasierten Empfehlungen ausgesprochen. Neben einzelnen evidenzbasierten Interventionen werden komplexe Interventionen empfohlen, also Interventionen, die aus mehreren zusammenwirkenden Maßnahmen bestehen. Weitere Studien zeigen den günstigen Einfluss einer veränderten Architektur auf die Stationsatmosphäre (Brieger et al., 2020). Ebenso zeigt sich, dass Konzepte wie das Weddinger Modell zur Reduktion von (mechanischen) Zwangsmaßnahmen beitragen (Czernin et al., 2020; Mahler et al., 2022).

Aus dem Schrifttum auf dem Bereich der Sonderpädagogik zu nennen sind die Arbeiten von Theunissen. Er zeigt unter Hinweis auf Beispiele aus den USA und Kanada auf, wie wirkungsvoll eine konsequente Einbindung der Menschen mit komplexer Behinderung im Sozialraum ihrer Heimat zu einer Reduktion der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen führen kann. Maßgeblich sei eine personenzentrierte Planung, eine positive Verhaltensunterstützung und ein Sicherheitsplan, die als Maßnahmen ineinandergreifen (Theunissen, 2021a, S. 141 ff., 2021b). Jede größere, vom Sozialraum abgegrenzte Einrichtung – ob offen oder geschlossen – evoziert als abgeschlossene Einheit demnach schon qua ihrer Organisationform rein atmosphärisch eine gewisse Zwangsanwendung (vgl. Theunissen & Kulig, 2019).

Theunissen und Kulig (2019) stellen in ihrem Forschungsbericht „Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg“ zehn Empfehlungen vor. Neben Maßnahmen auf struktureller Ebene wird die Vermeidung aversiver

(restriktiver) Interventionen zugunsten non-aversiver (nicht-bestrafender) Strategien vorgeschlagen. Zudem sollten Mitarbeitende nicht nur in Deeskalation und Selbstverteidigung geschult werden, sondern, so die ausdrückliche Empfehlung, in positiver Verhaltensunterstützung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei autistischen, geistig oder mehrfachbehinderten Menschen und in Beratung, psychoedukativen oder sozialpsychiatrischen Unterstützungsmaßnahmen zum Umgang mit Personen, bei denen seelische Behinderungen, Persönlichkeitsstörungen oder traumatische Erfahrungen dominieren (Theunissen & Kulig, 2019, S. 72).

In Abgrenzung zu der oben erwähnten S3-Leitlinie ist bei allen Konzepten im Bereich der Sonderpädagogik und Behindertenhilfe zu betonen, dass diese Konzepte, Methoden oder Maßnahmen selten evidenzbasiert sind und ihre Wirksamkeit damit nicht empirisch belegt ist. Theunissen & Kulig problematisieren dies selbst unter Kritik an einem engen Evidenzverständnis und stellen einen „best practice“-Ansatz heraus, der in der Literatur auch als „evidence-based practice“ (Gambrill, 2019) Eingang gefunden hat

Debus et al. stellen in Form von Gesprächssimulationen Kommunikationsmethoden und symbolische Alternativen für Situationen herausfordernden Verhaltens im Kontext Psychiatrie vor, die durch gesteuerte Perspektivenwechsel und gezielte Änderung der Atmosphäre zwischen Betreuenden und Betreuten zur Vermeidung von physischer Gewalt, Zwang und Freiheitsentzug beitragen (Ahrens et al., 2019; Debus, 2011, 2017, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d).

Für die Personengruppe Erwachsene mit Intelligenzminderung werden zur Reduktion aggressiver Eskalationen ein multi-systemischer Ansatz im Sinne einer Strategiesammlung vorgeschlagen (Wehmeyer et al., 2021), die sich auf verschiedenen Ebenen wiederfinden und sich in einer offenen, wertschätzenden, respektvollen Haltung bei ressourcenorientierter Ausrichtung zeigen. Hierzu gehören ein offener Austausch und eine selbst-reflexive Haltung. Ebenso können Checklisten zur Routinebeobachtung von Aggressionen und Einschränkungen genutzt werden (Nagy et al., 2019).

Unterschiedliche Ansätze (z.B. Werdenfelser Weg, ReduFix, Kampagne des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege „Eure Sorge fesselt mich“) haben gezielt für das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen im Bereich der Pflege sensibilisiert und zu einem höheren Bewusstsein und einer Zurückhaltung der Anwendung von FeM u.a. durch das Aufzeigen von Alternativen und dem Aufbau von Kompetenzen in diesem Bereich beigetragen.

An solchen Ansätzen fehlt es für den hier zu untersuchenden Bereich noch weitgehend, vor allem an Wirksamkeitsnachweisen von Maßnahmen. Gleichwohl werden sich Empfehlungen zur Vermeidung von Zwang aus anderen Bereichen, jedenfalls in Teilen, übertragen lassen.

Erwähnung finden soll jedoch der Ansatz, der mit den 2014 erschienenen „Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen zur Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen/seelischen Behinderungen (SGB XII), Band II, Praxisleitfaden zur Durchführung der geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB – Lockerung von Zwangsmaßnahmen“ verfolgt wird. Dies zeigt ein zunehmendes Problembewusstsein in dem Feld. Bemerkenswerterweise ist im Untertitel von „Lockerung von Zwangsmaßnahmen“ die Rede, denn eine streng rechtliche Betrachtung verlangt die Rechtfertigung einer jeder einzelnen Zwangsmaßnahmen und deren Aufrechterhaltung.

- 16 Neben dem Herausarbeiten von Prädiktoren zur Entstehung von Aggressionen und Strategien zur Vermeidung sowie zur Deeskalation von eskalierenden Situationen sind hier auch die Situationen in den Blick zu nehmen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen aus einem Wohlverständnis heraus zu Anwendung gelangen. Diese Überlegungen finden sich u.a. in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats aus dem Jahr 2018. Neben der Anwendung von FeM, die vermeintlich unvermeidbar zur Abwendung einer Gefahr bestehen und damit das Spannungsfeld Schutz versus Freiheit adressieren, sind Routinen in Institutionen zu hinterfragen wie ebenso in diesem Feld der Einsatz von FeM oder auch deren Androhung im Sinne einer pädagogischen Maßnahme. Sodann verkehrt sich die FeM nämlich von einer Schutzmaßnahme zu einer Sanktionsmaßnahme oder einem Druckmittel.

Es finden sich in der Literatur also einige Ansätze, die teilweise evidenzbasiert sind, teilweise auf einen Best Practice Ansatz Bezug nehmen. Ihnen allen ist gemein, dass sie nicht gezielt und spezifisch das Feld der Einrichtungen für erwachsende Menschen mit Behinderungen in den Blick nehmen und deren dort lebende Menschen in ihrer Vielschichtigkeit wahrnehmen. Es wird also vorrangig darum gehen müssen, jeweils die Übertragbarkeit von Methoden und Konzepten im Einzelnen zu betrachten und zugleich institutionelle, strukturelle und personelle Rahmenbedingungen zu analysieren. Solange aber wenig über die Anzahl und die Anwendung von FeM im Speziellen bekannt ist, fehlt es einer wichtigen Basis für weitere Überlegungen. Da aber davon ausgegangen werden muss, dass FeM in den Einrichtungen zum Einsatz kommen, ist die Sensibilisierung für diese Maßnahmen und ein Verständnis der Maßnahmen als Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Personen nur als letztes Mittel einzusetzen, unerlässlich. Hierzu gehört es auch, die Rechtfertigungsgründe, die für den Einsatz von FeM vorgebracht werden, in ihrer Vielschichtigkeit von der Verhaltenssteuerung, der Eigengefährdung, dem herausfordernden Verhalten bis hin zum Fremdschutz wahrzunehmen und kritisch auf ihre Tragfähigkeit hin zu analysieren.

## **D. ZIEL DER UNTERSUCHUNG**

Die Untersuchung zielt darauf ab, einen Eindruck und Überblick über Art, Anwendung und Häufigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern zu erhalten. Soweit ersichtlich, handelt es sich um die erste Untersuchung in dem Feld. Das festgestellte Forschungsdesiderat soll beleuchtet werden. Bisher fehlen in diesem Bereich Erkenntnisse. Die Untersuchung folgt einem Mix-Methods-Ansatz, um Hinweise über die Anwendung von FeM einschließlich ihrer Rechtfertigungsgründe und möglicher Alternativen zum Einsatz von FeM, zu erhalten. Erst wenn mehr Kenntnisse über FeM in diesem Setting bestehen, lassen sich möglicherweise weitere Schlussfolgerungen formulieren bzw. weitere Untersuchungen sowie Handlungsempfehlungen anschließen. Diese zu entwickeln, ist nicht Teil der Untersuchung.

Das Forschungsvorhaben umfasste eine Laufzeit von 18 Monaten. Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen wurde es um sechs Monate verlängert.

Die Forschungsgruppe ist sowohl hinsichtlich der praktischen Erfahrung wie auch der wissenschaftlichen Herangehensweise multiprofessionell bzw. interdisziplinär zusammengesetzt: Thomas Schmitt-Schäfer ist Sozialwissenschaftler (Diplom-Pädagoge), Frau Prof. Dr. Tanja Henking, LL.M. ist Professorin für Gesundheits-, Medizin- und Strafrecht, Prof. Dr. Peter Brieger ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Forensische Psychiatrie.

Ein Forschungsbeirat bestehend aus Vertreter:innen unterschiedlicher Bereiche und Interessensgruppen hat das Vorhaben kontinuierlich begleitet. Die einzelnen Erhebungsschritte sowie Auswertungen wurden den Beiratsmitgliedern vorgestellt und mit ihnen diskutiert sowie ihnen in einem geschützten Bereich einer Homepage zur Prüfung zugänglich gemacht.

## **E. FORSCHUNGSFRAGEN**

Gegenstand der Untersuchung waren folgende von der Auftraggeberin benannte Forschungsfragen, die sich in drei Komplexe gliedern:

### **I. Anwendung von Zwang in Form von FeM**

- Welche FeM gibt es, die in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung angewandt werden?
- Welche FeM werden wie oft und wie lange in den untersuchten Einrichtungen angewandt?
- Werden die FeM fach- und sachgerecht angewandt?
- Bei welchen Behinderungsarten bzw. welchen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten kommt eine FeM besonders häufig zum Einsatz?

### **II. (Rechtfertigungs-)Gründe für die Anwendung von Zwang in Form von FeM**

- Welche Gründe sind abstrakt für die Anwendung von FeM geeignet? Welche Gründe sind nicht für die Anwendung von FeM geeignet?
- Auf welche Begründung wird die Anwendung von FeM in den untersuchten Einrichtungen gestützt? In welcher Häufigkeit kommen die Gründe zum Tragen?

### **III. Alternativen zur Anwendung von Zwang/FeM**

- Welche Alternativen gibt es, um FeM zu vermeiden?
- Bestehen bauliche oder personelle Besonderheiten, die die Vermeidung von FeM begünstigen, z. B. Beschäftigung von pädagogischen Fachkräften? Können hieraus Best-Practice-Beispiele entwickelt werden?
- Wie wirken sich die Alternativen auf die Lebensqualität des Betroffenen aus? Sind ggf. Verbesserungen in der Gesundheit, Selbstständigkeit, Teilhabe etc. erkennbar?
- Wie wirkt sich die Anwendung von Alternativen auf die Atmosphäre in der Einrichtung aus, insbesondere auf andere Bewohnerinnen/Bewohner und auf Beschäftigte?



## F. BEGRIFFSERKLÄRUNGEN, RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND EINGRENZUNG DES UNTERSUCHUNGSSTANDS

Gegenstand der Untersuchung sind Anzahl, Art und Häufigkeit „Freiheitsentziehender Maßnahmen“. Nicht Gegenstand der Untersuchung ist die freiheitsentziehende Unterbringung im Sinne des § 1906 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 BGB. Unter der freiheitsentziehenden Unterbringung ist das Verbringen bzw. der Verbleib innerhalb eines begrenzten Bereichs einer geschlossenen Einrichtung oder einem geschlossenen Teil einer Einrichtung gegen den Willen der betroffenen Person zu verstehen. Unter Bezugnahme auf § 415 Abs.2 FamFG liegt eine Freiheitsentziehung vor, wenn einer Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit insbesondere in einer abgeschlossenen Einrichtung, wie einem Gewahrsamsraum oder einem abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses, die Freiheit entzogen wird. Konzentriert wurde sich auf sog. unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 Abs.4 BGB, wobei der Begriff "unterbringungsähnliche Maßnahme" missverständlich sein kann und im Folgenden daher nur der Begriff der freiheitsentziehenden Maßnahmen verwendet wird. Die Abgrenzung zwischen Unterbringung nach § 1906 Abs.1 BGB und Maßnahmen nach § 1906 Abs.4 BGB wirft zuweilen Probleme auf, insbesondere dann, wenn die Maßnahme sich an mehrere oder alle Bewohnenden einer Einrichtung wendet. Als Beispiel für diese Abgrenzungsfrage dient das nächtliche Abschließen eines Schlafraums. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH FamRZ 2015, 567 = BtPrax2015, 65) kommt es darauf an, ob die Bewegungsfreiheit der Person begrenzt wird, wenngleich auch nur kurzfristig, und dies mit der Maßnahme auch bezweckt wird. Danach sei es nicht erforderlich, dass sich die Maßnahme als individuelle personenbezogene Maßnahme darstelle. Im rechtswissenschaftlichen Schrifttum findet sich als Vorschlag einer Abgrenzung zwischen § 1906 Abs.1 und Abs.4 BGB eine Unterscheidung danach, ob es sich um generelle oder um individuelle Maßnahmen handelt (HK-BUR/Bauer/Braun, § 1906, Rn. 75; Marschner, 2019, § 1906, Rn.30).

So weit ermittelt werden konnte, liegt keine Beleihung durch die Fachaufsichtsbehörde für eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung zur Ausübung hoheitlicher Aufgaben vor (siehe hierzu § 8 Abs.3 und 4 BayPsychKHG). Daher konzentrieren sich die weiteren Überlegungen auf das Betreuungsrecht.

Danach können freiheitsentziehende Maßnahmen wie die freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1906 Abs.1 BGB und Maßnahmen nach § 1906 Abs.4 BGB eben nur unter den Voraussetzungen dieser genannten Vorschriften erfolgen. Dieses bedeutet auch, dass die Maßnahmen nur zum Eigenschutz, nicht aber zum Fremdschutz zum Einsatz gelangen dürfen. Das Betreuungsrecht ist an den Interessen der betreuten Person selbst ausgerichtet. Nur so weit eine Gefahr für die Person selbst besteht, sind zur Anwendung dieser Gefahr erforderliche Maßnahmen zulässig. Drittinteressen können eine Maßnahme nach § 1906 BGB nicht rechtfertigen (Marschner, 2019, § 1906, Rn. 39). Hierzu fehlt es an einer rechtlichen Grundlage. Lediglich das PsychKHG kennt Maßnahmen bei Fremdgefährdung. Maßnahmen zum Schutz Dritter (Fremdgefährdung) können damit allenfalls in den Grenzen allgemeiner Rechtfertigungsgründe wie Notwehr (§ 32 StGB) oder Notstand (§ 34 StGB) zulässig sein. Als Rechtfertigungsgrund trägt der Schutz Dritter freiheitsentziehende Maßnahmen im Untersuchungsfeld somit generell nicht. Im Falle von Drittgefährdung, die sich nicht durch deeskalierende Maßnahmen beherrschen lassen, muss im Zweifel die

Polizei hinzugezogen bzw. Maßnahmen nach dem BayPsychKHG eingeleitet werden. Soweit versucht wird, auch bei Drittgefährdung über das Betreuungsrecht eine Anwendung des § 1906 BGB zu erreichen, indem sich über die Drittgefährdung (mittelbar) eine Selbstgefährdung ergebe, so sind diese Versuche mit äußerster Zurückhaltung und besonders kritisch zu betrachten. Sie könnten sich als Umgehungsstrategie trotz klaren Gesetzeswortlaut entlarven.

Für eine freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1906 Abs.1 BGB muss der:die in diese Maßnahme einwilligende Betreuer:in der betroffenen Person eine gerichtliche Genehmigung einholen (§ 1906 Abs.2 BGB). Der Fokus der Untersuchung richtete sich auf freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs.4 BGB. Diese können ergänzend zur Unterbringung zum Einsatz kommen, sie können aber auch zum Einsatz kommen, wenn die Person sich freiwillig in der Einrichtung aufhält. Das Gesetz beschreibt diese freiheitsentziehenden Maßnahmen als unterbringungsähnliche Maßnahmen. Diese freiheitsentziehenden Maßnahmen liegen dann vor, wenn der betroffenen Person durch mechanische Maßnahmen, durch entsprechend wirkende Medikamente (im Sinne einer „medikamentösen Fixierung“) oder auf sonstige Weise Bewegungsfreiheit entzogen wird. Die Einrichtung kann nicht selbst entscheiden, ob sie eine entsprechende Maßnahme durchführt. Dies haben Betreuende/Bevollmächtigte zu entscheiden. Er:sie willigt in diese Maßnahme ein. Zu berücksichtigen ist bei dieser Entscheidung, ob die Maßnahme zum Eigenschutz der Person erforderlich ist und mildere Maßnahmen nicht vorhanden sind bzw. nicht ersichtlich sind. Solange allerdings die Person selbst einwilligungsfähig ist, z.B. selbstbestimmt entscheiden kann, dass nachts ein Bettgitter angebracht werden soll, entscheidet sie und nicht die Betreuenden/Bevollmächtigten.

Wenn die Maßnahme regelmäßig erfolgt oder über einen längeren Zeitraum, dann bedarf es ergänzend eine gerichtliche Genehmigung der Einwilligung des Betreuers in die Maßnahme.

Von einer „regelmäßigen“ Maßnahme ist auszugehen, wenn sie z.B. immer wieder zur gleichen Zeit erfolgt (immer nachts, immer werktags, etc.). Wann allerdings ein „längerer Zeitraum“ vorliegt, wird uneinheitlich beantwortet, wenngleich sich überwiegend am Maßstab von § 128 StPO orientiert wird und somit 24 Stunden oftmals genannt werden. Einigkeit besteht allerdings darüber, dass sich die Frage der Genehmigungsbedürftigkeit auch relativ beantwortet und vom Charakter der Maßnahme und letztlich ihrer Eingriffsintensivität abhängt. Jedenfalls bei Maßnahmen, die mit einem massiven Eingriff einhergehen wie die 5-Punkt-Fixierung, ist der Zeitraum deutlich kürzer zu bemessen. Aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (wenn auch im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung) ist eine Genehmigungsbedürftigkeit bereits ab 30 Minuten Dauer der Maßnahmen anzunehmen.

Der Gesetzestext spricht von mechanischen, medikamentösen und sonstigen Maßnahmen.

Zu den mechanischen Maßnahmen zählen beispielsweise Fixierungen durch Gurte, Bettgitter, Sitzgurte, Fixierungsdecken, Bettgitter, Stecktische, Verhindern des Verlassens der Einrichtung durch Abschließen der Zimmertür oder Einrichtung (vgl. hierzu BGH, Beschluss vom 7.1.2015, Az. XII ZB 395/14; BGH, Beschluss vom 28.7.2015, Az. XII ZB 44/15), ohne dass die betroffene Person einen Schlüssel erhält oder auf Wunsch umgehend aufgeschlossen wird (siehe bereits oben). Der BGH betont, dass erkennbar sein muss, dass der:die Betreuer:in die Maßnahme wünscht (BGH, Beschluss vom 28.7.2015, Az. XII ZB 44/15, Rn. 13 ff.). Der:die Betreuer:in ist zudem für



Bestimmte Medikamente können eine freiheitsentziehende Wirkung entfalten. Mittels Sedativa oder Psychopharmaka kann die betroffene Person in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt werden (vgl. hierzu Kirsch & Hirsch, 2016). Ob das Medikament zum Zwecke der Behandlung oder als Mittel zur Freiheitsentziehung eingesetzt wird, bestimmt sich nach dem Hauptziel ihres Einsatzes (OLG Hamm FGPraxis 1997, 64; Marschner, 2019, § 1906, Rn.36; Götz in: Grünewald, § 1906, Rn. 27).

Der Gesetzgeber hat mit der Formulierung „in anderer Weise“ sonstige Maßnahmen ebenfalls erfasst und bringt damit zum Ausdruck, dass freiheitsentziehend auch Maßnahmen außerhalb von mechanisch wirkenden Maßnahmen wie Fixierungen, Bettgittern oder der Einschluss in einem Raum wirken können. Als Beispiele aus Literatur und Rechtsprechung kann die Wegnahme von Straßenkleidung, Hörgeräten, Sehhilfen, Fortbewegungsmitteln, die Ein- und Ausgangskontrolle, der Einsatz von optischer Täuschung ohne Anspruch einer abschließenden Aufzählung angeführt werden (vgl. Bienwald, § 1906 BGB, Rn.122).

Da hier lediglich das Betreuungsrecht eine Ermächtigungsgrundlage für eine freiheitsentziehende Maßnahme bietet, ist folgendes zu beachten: Eine freiheitsentziehende Maßnahme kann nur zum Wohl des Betroffenen erfolgen. Sie muss geeignet und erforderlich bei Abwesenheit milderer Mittel sein, um den Betroffenen zu schützen. Dabei muss eine Abwägung zwischen dem Schutz der betroffenen Person und ihren Freiheitsinteressen erfolgen.

Die Überlegungen konzentrieren sich auf die FeM im Sinne des § 1906 Abs.4 BGB. Damit ist die Frage adressiert, wann die Entscheidung des Betreuers für die Anwendung von FeM einer gerichtlichen Genehmigung unterliegt. Dies ist nur dann gegeben, wenn die Maßnahme längere Zeit dauert oder regelmäßig erfolgt. Es wäre jedoch zu kurz gegriffen, für diese Untersuchung FeM auf die Anwendungsfälle einer richterlichen Genehmigung zu beschränken. Der/Die Betreuer:in kann auch in FeM einwilligen, die unterhalb dieser Schwelle liegen. Diese Entscheidung fällt ebenfalls in seinen Aufgabenbereich (solange ihm dieser Aufgabenkreis zugeordnet ist) und nicht in die Entscheidungskompetenz der Einrichtung. Bei dem Betreuerhandeln ist das Wohl der betreuten Person nach Maßgabe des § 1901 BGB zu berücksichtigen. Eine FeM lässt sich nur mit dem Wohl und damit dem Eigenschutz vor erheblicher Eigengefährdung begründen.

Es stellen sich für das Untersuchungsfeld besondere Fragen. Dies betrifft zum einen Menschen mit einer Behinderung, die unwillkürliche Bewegungen vollziehen und so beispielsweise von einem Stuhl rutschen würden, wenn sie nicht durch einen Gurt gehalten werden. Die Freiheitsentziehung im Sinne des § 1906 Abs.4 BGB bezieht sich auf willentlich gesteuerte Bewegung, sodass dies kein Anwendungsfall des § 1906 Abs.4 darstellt. Ebenso setzt die Freiheitsentziehung voraus, dass die Person sich fortbewegen kann, sodass z.B. eine bewusstlose Person diese Voraussetzung gar nicht erfüllt. Von einer Freiheitsentziehung ist auch nicht die Rede, wenn die Person mit der Maßnahme einverstanden ist. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, ob die Person einwilligungsfähig ist. Ob sie also die Bedeutung und Tragweite ihrer Entscheidung selbst einschätzen, Alternativen erkennt, das Für und Wider abwägen kann und auf dieser Basis ihren Willen bestimmen kann.

Klarstellend gilt es zu ergänzen: Eine Patientenverfügung kann die Entscheidung des Betreuers und die Einholung einer gerichtlichen Genehmigung nicht ersetzen. Die

Patientenverfügung dient der antizipierten Entscheidung in Bezug auf Behandlungen. Gleichwohl kann sie eine wichtige Entscheidungshilfe im Kontext freiheitsentziehender Maßnahmen darstellen. Eine Patientenverfügung ist eine höchstpersönliche Willenserklärung und kann nur vom Betroffenen selbst im einwilligungsfähigen Zustand errichtet werden. Der Betreuer kann keine „stellvertretende“ Patientenverfügung errichten. Gleiches gilt für eine „Vertreterverfügung“, wenn mit diesem Schriftstück Entscheidungen getroffen und legitimiert werden sollen. Der Betreuer ist verantwortlich für die Maßnahme, er muss im Moment der anstehenden Entscheidung tätig werden.

Eine weitere Besonderheit im Feld stellt die Abgrenzung einer freiheitsentziehenden Maßnahme von einer pädagogischen Maßnahme dar. In diesem Zusammenhang ist auch das sog. herausfordernde Verhalten zu erwähnen. Dabei ist bereits kritisch in Frage zu stellen, ob eine freiheitsentziehende Maßnahme, die einen Eingriff in Grundrechte bedeutet, überhaupt eine pädagogische Maßnahme sein kann oder anders gefragt, ob der pädagogische Zweck der Maßnahme ihren freiheitsentziehenden Charakter nimmt. Als Beispiel für die Überlegungen kann der Time-out-Raum dienen, der je nach Art der Nutzung und Gestaltung als Rückzugraum dienen kann und bis hin zu einer Maßnahme der Isolierung reichen kann. Sodann ist der Time-out-Raum kein Rückzugsraum mehr, sondern der Raum wird zur Isolation und damit unzweifelhaft zur Isolierung der Person genutzt. Dieses muss stets dann angenommen werden, wenn die Person diesen Raum aufsuchen muss und diesen Raum für einen bestimmten Zeitraum nicht mehr verlassen darf. Das Verhindern des Verlassens kann durch eine mündliche Anordnung oder durch Zuhalten oder Abschließen der Tür erreicht werden. So ist jeweils für die Maßnahme in ihrer konkreten Anwendungsweise zu prüfen, ob eine freiheitsentziehende Maßnahme vorliegt.

Gleichwohl dies nicht Gegenstand des Forschungsauftrags war, wurde versucht, auch andere Maßnahmen, die Einfluss auf die Lebensgestaltung der Personen haben können und die in ihr Selbstbestimmungsrecht, ihr Recht auf Kommunikation, also schließlich ihre Persönlichkeitsrechte eingreifen und (mittelbar) im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen stehen könnten, zu erfassen. Hierzu gehören Einschränkungen der Kommunikationsmöglichkeiten wie die Wegnahme eines Mobilfunktelefons oder dessen Nutzungsbegrenzung, Gestaltung von Mahlzeiten und deren Einnahme, vorgegebene Zeiten auf den Zimmern oder Gemeinschaftsräumen, Begrenzung der Nutzung von Freizeitangeboten bzw. des Zugangs zu Beschäftigungsmöglichkeiten.

Ebenso wurde ein Augenmerk (insbesondere im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen) auf Konstellation des sog. informellen Zwangs gelegt, der eben keiner formalen Kontrolle unterliegt, aber von der Person mittelbar als Zwang empfunden werden kann. Orientiert wurde sich dabei auf die von den Psychiatern Szmukler und Appelbaum (2008) vorgeschlagenen vier Kategorien, die, dies ist einschränkend festzuhalten, von Behandlungsdruck sprechen: Überreden, zwischenmenschliche Einflussnahme, Anreiz, Drohung. Aus dem psychiatrischen Feld ist diese Problematik bekannt und kontrovers diskutiert (Hotzy & Jaeger, 2016). Mit Einschränkungen kann diese Differenzierung hier nutzbar gemacht werden.

## G. BESCHREIBUNG DER EINRICHTUNGEN

In Deutschland leben rund 200.000 Menschen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen & Deutsches Institut für Menschenrechte, 2022). In Bayern befinden sich über 850 Einrichtungen, die für über 33.000 Menschen mit Behinderung einen Wohnplatz bieten.

Die Studie fand in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen in Bayern statt. Studienteilnehmende sind Einrichtungsleitungen, Mitarbeitende, Bewohnende und deren gesetzliche Betreuer:innen. Die Heimbewohnenden weisen folgende Beeinträchtigungen auf: geistige Behinderung (45 %), psychische Behinderung (19 %), chronische Suchterkrankung (6 %), körperliche Behinderung (2 %), eine Sinnesbehinderung (2 %) oder eine Mehrfachbehinderung (26 %) (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019). Es wurde von einer heterogenen Struktur in Bezug auf die konkreten Wohnformen ausgegangen.

Dies schlüsselt sich wie folgt auf:

**Tabelle 1: Volljährige Bewohnende mit Behinderungen in Einrichtungen nach Behinderungsart**

Art der Behinderung	Anzahl volljährige Bewohnerinnen und Bewohner am 01. Oktober 2018	
	abs.	%
Sinnesbehinderung	501	2%
Körperbehinderung	653	2%
Geistige Behinderung	13.381	45%
Psychische Behinderung	5.693	19%
Chronisch Suchtkranke	1.907	6%
Mehrfachbehinderte	7.891	26%
Gesamt	30.026	26%

Quelle: (Bayrisches Landesamt für Statistik 2019), Darstellung: transfer

## H. METHODISCHES VORGEHEN

Die empirischen Untersuchungen wurden mit einem sequenziellen Erhebungsdesign in einer Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsschritten durchgeführt. Durch die Anwendung eines solchen Mixed-Methods-Ansatzes konnten fehlende Daten bzw. Erkenntnisgewinne aus einem methodischen Zugriff durch Daten aus anderen Untersuchungsschritten kompensiert werden (Kuckartz, 2014). Denn FeM werden als solche nur benannt, wenn sie von Verantwortlichen auch als solche erkannt werden. Zudem wird vermutet, dass in diesem Feld einige Zwangsmaßnahmen als pädagogische Maßnahmen deklariert werden, obwohl sie sich bei rechtlicher Betrachtung als Zwangsmaßnahmen darstellen. Dieser Problematik bewusst, in diesen Fällen zu aussagekräftigen Daten zu kommen, ist ein Forschungsansatz gewählt worden, der es erlaubt, einen möglichst tiefen Einblick in das Setting und den Alltag in den Einrichtungen zu erhalten. Das Studiendesign wurde überdies als multi-zentrische, explorative Querschnittstudie angelegt. Im Sinne der Triangulation nach Flick (2011) wurden in den Studienteilen jeweils unterschiedliche Perspektiven (u.a. Einrichtungsleitungen, Einrichtungsmitarbeitende, Bewohnende bzw. Betroffenenvertretungen, Fachaufsichten, Beratende, Vertretungen der Sozialverwaltungen) auf die Thematik dieser Arbeit eingeschlossen. Diese Perspektiven wurden durch den Einsatz verschiedener, komplementärer methodischer Zugänge und den damit verbunden unterschiedlichen generierten Datentypen konkretisiert. Durch dieses Vorgehen konnten Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen, jeweils angepasst an die Fragestellungen dieser Arbeit, gewonnen werden. Die Integration der Daten erfolgte im Rahmen der Interpretation der Befunde der einzelnen Studienteile.

### I. Quantitative Vollerhebung

#### 1. Design

Um quantitative Daten über die Anwendung oder Vermeidung von FeM zu erhalten, wurde eine schriftliche Querschnittsbefragung aller stationären Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderungen in Bayern, im Sinne einer Vollerhebung, durchgeführt.

#### 2. Sampling & Rekrutierung

Eingeschlossen wurden 850 stationären Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderungen in Bayern nach Art. 2 Abs.1 S.1 Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) sowie betreute Wohngruppen, auf die die Bestimmungen des zweiten Teils des PfleWoqG Anwendung finden, Art. 2 Abs. 4 S.4 PfleWoqG. Diese Einrichtungen verfügten zum Erhebungszeitraum insgesamt über ca. 33.000 Plätze. Zielgruppe der Befragung waren die jeweiligen Einrichtungsleitungen. Die entsprechenden Informationen zur Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Einrichtungen wurden vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellt.

#### 3. Datenerhebung

Die schriftliche Befragung erfolgte mittels eines standardisierten, vom Forschungsteam operationalisierten und im Forschungsbeirat wiederholt beratenen Fragebogens (siehe „I. Fragebogen“ auf Seite 103), über den Online-Service LimeSurvey. Mit ausgewählten Einrichtungen (n=5) wurde ein Pretest durchgeführt und das Messinstru-

ment auf Basis der Rückmeldungen angepasst. Die Erhebung startete im April 2021 und wurde in drei Wellen vorgenommen. In der ersten Welle wurden alle Einrichtungen per E-Mail-Anfrage zur Teilnahme eingeladen. Jeweils vor dem Start der 2. (Mitte Mai) und 3. (Mitte Juni) Welle wurden die Einrichtungen, die bis dato noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten, zusätzlich telefonisch zur Teilnahme eingeladen. Das eingesetzte Messinstrument beinhaltet zunächst Items zur regionalen Verortung, der Einrichtungsart und -struktur, zu den Formen der Behinderungen der Bewohnenden, deren Anzahl sowie nach der Anzahl der Mitarbeitenden und deren fachlicher Qualifizierung. Zudem wurden Daten zu Wohnverhältnissen und Infrastruktur erhoben. Ein weiterer Teil des Messinstrumentes erfragt die Begriffsverständnisse zu herausfordernden Verhaltensweisen (selbstgefährdendes/fremdgefährdendes Verhalten, physische und verbale Gewalt) sowie zu Alternativen und Strategien des Umgangs mit herausforderndem Verhalten und freiheitsentziehenden Maßnahmen (interne/externe Kooperation, Handlungspläne und Zuständigkeiten). Daran schloss sich eine ausführliche Befragung nach Anwendung, Zweck, Häufigkeit und Dauer von FeM sowie zur richterlichen Genehmigung der FeM und zur Einbindung der Betreuenden an („I. Fragebogen“ auf Seite 103). Es wurden sowohl geschlossene als auch offene Frageitems eingesetzt.

#### **4. Datenanalyse**

Die Auswertung der erhobenen Daten fand unter Verwendung deskriptiver Analysen, Mittelwertvergleichen und Korrelationsanalysen mit Hilfe von SPSS (Version 27) statt.

#### **5. Stichprobe**

Zum Abschluss der Befragung am 30. Juni 2021 hatten 244 Einrichtungen an der Befragung teilgenommen (29% der Gesamtpopulation). 113 der bearbeiteten Fragebogen wurden vollständig auswertbar beantwortet, was einer Rücklaufquote von 13% der angeschriebenen Einrichtungen entspricht. Aufgrund telefonischer Rückmeldungen bei sieben Einrichtungsleitungen ist bekannt, dass diese für mehrere Einrichtungen gebündelt antworteten, sodass die Daten mindestens 125 Einrichtungen repräsentieren (15% der Gesamtpopulation). Die Daten repräsentieren zudem Einrichtungen mit insgesamt 6.488 Plätzen, was knapp 20% aller Plätze der Einrichtungen der Grundgesamtheit entspricht. In Bezug auf die Regionale Verteilung nach Verwaltungsbezirken zeigt sich, dass die Stichprobe recht nah an der Gesamtverteilung der Einrichtungen in Bayern liegt. Einrichtungen aus Oberbayern (37% in der Stichprobe, 28% in der Grundgesamtheit) und Mittelfranken (17%, 12%) sind überrepräsentiert. Einrichtungen aus Niederbayern (8%, 11%), Unterfranken (10%, 11%), Oberpfalz (10%, 13%) und Oberfranken (4%, 8%) sind unterrepräsentiert. Einrichtungen in Schwaben sind ident (14%, 14%). Weitere Merkmale der Einrichtungen zeigt Tabelle 2 sowie die Ergebnisbeschreibungen in Kapitel VI.

**Tabelle 2: Stichprobenmerkmale (quantitative Vollerhebung)**

Merkmale der Einrichtungen (n=113)			
Regionale Verteilung (Bezirkszugehörigkeit)	Oberbayern:	n=42	37%
	Mittelfranken:	n=19	17%
	Schwaben:	n=16	14%
	Unterfranken:	n=11	10%
	Oberpfalz	n=11	10%
	Niederbayern	n=9	8%
	Oberfranken:	n=5	4%
Wohnform	Stationäre Einrichtungen/ besondere Wohnform	n=104	92%
	Betreute Wohnform/ Wohngemeinschaft	n=9	8%
	Offen	n=82	73%
	Teilweise geschlossen	n=15	13%
	Geschlossen	n=7	6%
	Keine Angabe	n=9	8%
Leistung	Assistenz mit Tagesstruktur	n=77	68%
	Assistenz ohne Tagesstruktur	n=33	29%
	Keine Angabe	n=3	4%
Zielgruppe (Hauptbeeinträchtigung der Bewohnenden)	Geistige Beeinträchtigungen	n=66	58%
	Seelische Beeinträchtigungen	n=36	32%
	Körperliche Beeinträchtigungen	n=7	6%
	Sinnenbeeinträchtigungen	n=4	4%
Größe (in Plätzen)	M=57	SD=69	Range=4-426
Merkmale der Bewohnenden			
Geschlecht	Weiblich:	39%	
	Männlich	61%	
Alter (in Jahren)	M=48	Range: 17-93	
Merkmale der Mitarbeitenden (in Eingliederungshilfe und Pflege)			
Anzahl		M=55	SD=87
		Range=2-475	
Mitarbeitende pro Bewohnende		M=0,9	SD=0,4
		Range=0,3-2,4	
Stellenumfang (Vollzeitäquivalent)		M=35	SD=65
		Range=1-333	

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

## II. Teilnehmende Beobachtung

### 1. Design

Es wurden teilstandardisierte, passive, teilnehmende Beobachtungen in fünf ausgewählten Einrichtungen durchgeführt. Dies ermöglicht es, sowohl die akteursbezogenen Verhaltensweisen als auch die damit verbundenen strukturellen Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Kontexte zu untersuchen (Baker, 2006). Dieser Vorteil betrifft in dieser Studie vor allem die systematische und umfassende Identifika-

tion von FeM und deren Kontextfaktoren, auch wenn diese aus Sicht der beteiligten Personen nicht als solche wahrgenommen wurden.

## 2. Sampling & Rekrutierung

Das Beobachtungssetting stellten stationäre Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderungen in Bayern dar. Die Studienpopulation innerhalb des Beobachtungskontextes ergab sich aus der Gesamtheit der Bewohnenden sowie den Einrichtungsmitarbeitenden der jeweiligen Einrichtungen. Im Rahmen des Erkenntnisinteresses der Studie waren jene Berufsgruppen für die Beobachtung relevant, welche direkt in die Versorgung der Bewohnenden involviert sind. Die Grundgesamtheit des Studienteils stellten die ca. 850 Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung im Freistaat Bayern dar. Zur Auswahl der Einrichtungen wurden Ansätze eines kriteriengeleiteten purposeful-samplings (Palinkas et al., 2015) genutzt. Einschlusskriterien der Einrichtungen, in denen die teilnehmenden Beobachtungen stattfanden, waren:

- Stationäre, „geschlossene“ Einrichtung für volljährige Menschen mit Behinderungen
- Ausschließlich volljährige Bewohnende
- Zugehörigkeit zum Untersuchungsgebiet Freistaat Bayern
- Kooperationszusage der Einrichtungsleitungen
- Informierte Einwilligung aller Studienteilnehmenden (siehe Anhang II)

Es wurde eine maximale Variation hinsichtlich folgender Merkmale angestrebt:

- Einrichtungsgröße (Anzahl Bewohnende)
- Zielgruppe (Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit psychischer Behinderung, Suchtkranke, gemischte Zielgruppen)
- Regionale Verteilung im Sinne der Zugehörigkeiten der Einrichtungen zu Bayerischen Bezirken nach der Prävalenz von Einrichtungen in den Bezirken (Oberbayern, Schwaben, Oberpfalz, Unterfranken)
- Trägerschaft
- Verdichtungsraum/ländlicher Raum
- Durch die Einrichtungen angebotene Leistungstypen

Die Rekrutierung der Einrichtungen erfolgte über ein Kontaktformular, welches im Zuge der quantitativen Vollerhebung (siehe Kapitel H.I) an alle Einrichtungen der o.g. Grundgesamtheit versendet wurde. Durch das Formular konnten die Einrichtungen ihr Interesse zur Teilnahme bekunden. Innerhalb der Rückmeldungen wurden die o.g. Sampling-Kriterien angewandt. Im Falle eines Einschlusses wurde der Kontakt mit den ausgewählten Einrichtungsleitungen aufgenommen. Zudem wurden, sofern vorhanden, Betriebsräte oder Personalvertretungen über das Studienvorhaben in Kenntnis gesetzt bzw. ein entsprechendes Einverständnis eingeholt. Die Information der Mitarbeitenden und Bewohnenden geschah durch die Einrichtungsleitung. Bewohnende und Mitarbeitende, die der Studienteilnahme nicht zugestimmt haben, wurden nicht in die Beobachtungen eingeschlossen.



### 3. Datenerhebung

Im Zeitraum von Juli bis November 2021 wurden die Beobachtungen in den fünf eingeschlossenen Einrichtungen durchgeführt. Pro Einrichtung wurden je drei Beobachtungsphasen ca. 8 Stunden durchgeführt, so dass in jeder Einrichtung etwa 24 Stunden lang Feldbeobachtungen stattfanden (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Beobachtungsphase**

Einrichtung	Phase	Zeitraum (Stunden)
A	1	18:00 - 22:30 (4,5)
	2	13:00 - 23:00 (10)
	3	12:30 - 00:00 (11,5)
B	1	08:00 - 11:00 (3) 15:30 - 21:00 (5,5)
	2	15:30 - 21:00 (5,5)
	3	17:30 - 03:30 (10)
C	1	12:00 - 21:00 (9)
	2	06:00 - 14:30 (8,5)
	3	21:00 - 06:00 (9)
D	1	17:00 - 22:45 (5,75)
	2	11:00 - 17:30 (6,5)
	3	06:15 - 11:00 (4,75)
E	1	06:00 - 14:00 (8)
	2	14:00 - 22:00 (8)
	3	18:00 - 03:00 (9)

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Die Beobachtungsphasen fanden sowohl tagsüber, nachts, wochentags und am Wochenende statt. Die teilnehmenden Beobachtungen wurden passiv angelegt, d.h. die Beobachtenden waren im Feld präsent, nahmen aber nicht aktiv am untersuchungsrelevanten Geschehen teil. Die Beobachtungen verliefen offen, d.h. alle Personen im Feld kannten Ziele und Vorgehen der Beobachtenden. Es wurden keine forschungsintendierten Stimuli eingesetzt. Die Beobachtungen fanden teilstrukturiert mittels eines Beobachtungsprotokolls (Anhang IV) und frei, d.h. ohne längerfristige personale oder örtliche Bindung, statt. Die Beobachtenden bewegten sich frei in den Einrichtungen, eingeschlossen wurden jedoch gezielt Mahlzeiten und Gemeinschaftssituationen, Morgen- und Abendroutinen sowie weitere routinemäßige Interaktionsgeschehnisse. Es bestand die Möglichkeit, dass die Beobachtenden durch Mitarbeitende auf FeM hingewiesen wurden. Es fanden zudem keine forschungsintendierten Interaktionen zwischen den Beobachtenden und den Bewohnenden statt. Im Nachgang zu beobachteten FeM bestand die Möglichkeit, mit Mitarbeitenden über die Gründe der Anwendung der Maßnahmen, über mögliche Alternativen und Erfahrungen im Umgang mit den Alternativen zu sprechen, sollten diese Informationen nicht durch die Beobachtung selbst generiert worden sein. Die Erhebungen wurden jeweils durch eine Beobachtende durchgeführt. Die Beobachtenden weisen pflegerisch-pädagogische Expertise und Berufserfahrung sowie Forschungserfahrung auf. Zur Standardisierung der Beobachtungsphasen innerhalb einer Einrichtung und zwischen den ausgewählten Einrichtungen wurden beobachtete Ereignisse und Begebenheiten während der Beobachtungen in teilstrukturierte Beobachtungsprotokolle notiert (Anhang IV). Diese wurden im Anschluss an die letzte Beobachtungsphase innerhalb einer Einrichtung in einrichtungsbezogene Beobachtungsberichte (Anhang V) formuliert und integriert. Zur Bestimmung relevanter Strukturmerkmale der Einrichtungen wurden diese um Angabe dieser Merkmale gebeten.



## 4. Datenanalyse

Als primäres Datenmaterial dienten die einrichtungsbezogenen Beobachtungsberichte, diese wurden im Zuge der Protokollierungen vollständig anonymisiert. Es wurden ausschließlich Daten analysiert, die keine Rückschlüsse auf Personen oder Institutionen zulassen. Die Auswertung des Datenmaterials fand mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse durch Extraktion (Gläser & Laudel, 2009, 2013) statt. Hierbei wurden theoriegeleitete deduktive Analysekatoren (z.B. die juristische Unterscheidung zwischen mechanischen, medikamentösen und sonstigen FeM) mit datenimmanenten induktiven Analysekatoren (z.B. die Kategorisierung von Begründungen) kombiniert. Ergänzt wurde das qualitativ-inhaltsanalytische Vorgehen durch deskriptive Analysen, z.B. bei der Angabe von Häufigkeiten von beobachteten FeM.

## 5. Stichprobe

Die beobachteten Einrichtungen haben die Zielgruppe(n) von Menschen mit geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung oder Behinderung, Mehrfachbehinderung und/oder Autismus, werden sowohl teilweise geschlossen als auch geschlossen geführt und befinden sich in freigemeinnütziger, öffentlicher oder privater Trägerschaft. Die Einrichtungsgröße liegt im Mittel bei M=62 Bewohnenden (SD=51, Range=28-150). In die Beobachtungen eingeschlossen wurden insgesamt 200 Bewohnende. Die Merkmale der Einrichtungen zeigt Tabelle 4.

**Tabelle 4: Stichprobe (Teilnehmende Beobachtung)**

Einrichtung	Zielgruppe	Wohnform*	Größe (Anzahl Bewohnende)	Organisation (Beobachtet)		
				G=Gruppe		
A	Geistige Behinderung und/oder Autismus	teilweise geschlossen	150	G1 G2 G3	geschlossen geschlossen geschlossen	18 Bew. 16 Bew. 4 Bew.
B	Geistige Behinderung und/oder Mehrfachbehinderung	teilweise geschlossen	60	G1 G2 G3 G4 G6 G7	geschlossen offen offen offen geschlossen offen	9 Bew. 9 Bew. 8 Bew. 9 Bew. 8 Bew. 13 Bew.
C	Psychische Erkrankung	geschlossen	32	G1 G2 G3 G4	geschlossen geschlossen geschlossen geschlossen	8 Bew. 8 Bew. 8 Bew. 8 Bew.
D	Geistige und/oder psychische Behinderung	geschlossen	28	G1 G2	geschlossen geschlossen	14 Bew. 14 Bew.
E	Psychische Erkrankung und/oder psychische Behinderung	teilweise geschlossen	39	G1 G2 G3 G4 G5 G6	offen offen offen offen geschlossen geschlossen	7 Bew. 7 Bew. 7 Bew. 7 Bew. 9 Bew. 9 Bew.

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Aus Gründen der Anonymisierung wurde auf eine Zuordnung der Bezirkszugehörigkeit der Einrichtungen verzichtet. Die beobachteten Einrichtungen sind folgenden Bezirken zugehörig: Oberbayern, Oberfranken, Oberpfalz (2), Schwaben. Drei von den Einrichtungen stehen in freigemeinnütziger Trägerschaft, eine in öffentlich-rechtlicher und eine in privater Trägerschaft.

### **III. Dokumentanalyse**

#### **1. Design**

In den beobachteten Einrichtungen werden relevante Daten aus Dokumenten, welche zum einen organisatorische Begebenheiten der untersuchten Einrichtungen und zum anderen die mittelbar eingeschlossenen Bewohnenden betreffen, erhoben. Diese Daten, die nicht reaktiv und unabhängig vom Forschungsprozess erstellt wurden, ermöglichen es, Kontextinformationen über beobachtete FeM und Rechtfertigungen zu identifizieren.

#### **2. Sampling & Rekrutierung**

Die Erfassung der relevanten Dokumente geschah in den Einrichtungen, in denen auch die teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt wurden (vgl. H.I.2). Der Zugang zu den Dokumenten wurde durch die Einrichtungsleitungen gewährt. Die Erfassung wurde von Projektmitarbeitenden vorgenommen. Die Projektmitarbeitenden erhielten durch die Einrichtungsleitungen Zugang zu den relevanten Dokumenten und erfassten diese vor Ort in den Einrichtungen. Teilweise wurden einrichtungsbezogene Dokumente (z.B. Hausordnungen) als Gesamtdokumente erfasst.

#### **3. Datenerhebung**

Im Zuge der Dokumentenanalyse wurden relevante Daten, in Bezug auf die Anwendung und Vermeidung von FeM, in Form von Dokumenteneinsichten in den untersuchten Einrichtungen durch Mitglieder des Forschungsteams im Zeitraum von November 2021 bis Februar 2022 (Fallakten) und November 2021 und März 2022 (Leistungsvereinbarung und Dienstpläne) erhoben. Erfasst wurden Dokumente auf Einrichtungsebene (jeweils n=5) (Leistungsvereinbarungen nach §§ 75 SGB XII f., Einrichtungskonzepte und Leitbilder, Hausordnungen und Verhaltensvereinbarungen, Stellenpläne sowie Dienstpläne) und Dokumente auf der Bewohnendenebene (n=46 Bewohnende) (einrichtungsinterne Fallakten, einrichtungsinterne Hilfepläne sowie Dokumentationen zu FeM). Teilweise wurden relevante Daten aus den Dokumenten extrahiert (z.B. einrichtungsinterne Fallakten), teilweise wurden Dokumente vollständig erfasst. Die Erhebung in Form von Fallakteneinsichten fand vor Ort in den Räumlichkeiten der Einrichtungen statt, einrichtungsbezogene Dokumente und Unterlagen wurden dem Forschungsteam digital in gesicherten Ordnern zu Verfügung gestellt.

Für die Dokumentenerhebung auf Bewohnendenebene wurde folgendes Vorgehen gewählt: Es wurden in den Einrichtungen die Bewohnenden und ihre rechtlichen Betreuer:innen/Vorsorgebevollmächtigten gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen. Eine schriftliche Einwilligung wurde nach Aufklärung über die Studie vorab eingeholt (Siehe Anhang II). Daraus wurde eine Liste der teilnehmenden Bewohnenden generiert, die an die Forschungsgruppe übermittelt wurde.

Im Rahmen einer Begehung untersuchte einer von zwei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. Peter Brieger bzw. in einer Einrichtung Prof. Dr. Johannes Hamann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der TU München/kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München) die Einrichtung. Dabei wurden die in der Einrichtung vorliegenden Dokumente gesichtet.

Dies umfasste:

- die EDV und papiergestützte Dokumentation des Aufenthaltes,
- die vorliegenden Unterlagen hinsichtlich der rechtlichen Aspekte insbesondere im Betreuungs- und Unterbringungsverfahren.
- Außerdem wurden die Unterlagen des Kostenträgers gesichtet,
- schließlich auch medizinische Vorunterlagen.

Ergänzt wurde diese Sichtung durch ein Eingangsgespräch mit den therapeutischen Leitungen der Einrichtung und einer Begehung der jeweiligen Station.

Die Erfassung erfolgte durch die beiden Untersucher mittels einer standardisierten Datenmaske sowie einer halbstandardisierten Dokumentation der Beobachtungen.

Dabei wurden

- soziobiographische Daten,
- die medizinischen Diagnosen,
- die verabreichten Medikamente,
- der Einsatz von Bedarfsmedikation,
- Vorbehandlungen,
- das Datum der Aufnahme in die Einrichtung,
- der Wohnort vor Aufnahme in die Einrichtung,
- der Kostenträger des Aufenthaltes,
- die Auswertung der Genehmigungen des Betreuungsgerichtes,
- der zur Unterbringung führenden Gutachten und der damit verbundenen Unterlagen

erfasst

Die Dokumentation wurde durch die beiden Untersucher wechselseitig interviert.

#### **4. Datenanalyse**

Die erfassten Daten der Dokumentenanalyse wurden mittels eines induktiv-deduktiven, qualitativ-inhaltsanalytischen Vorgehens sowie deskriptiv im Sinne von Häufigkeitszählungen mit Hilfe von Microsoft Excel bzw. SPSS Version 27 ausgewertet. Analysiert wurden jeweils relevante Informationen der jeweiligen Dokumentarten hinsichtlich der Untersuchungsfragstellungen: In den Leistungsvereinbarungen mit den bayerischen Bezirken als Trägern der Eingliederungshilfe sind die Zielgruppe des Angebotes, Ziele und Maßnahmen sowie Umfang und Qualität der einzusetzenden Ressourcen (insbesondere Personalschlüssel nach Qualifikation) definiert. In den fachlichen Konzepten wird der jeweils trägerspezifische (weltanschauliche, religiöse Orientierung und Grundsätze, fachliche Orientierung und Grundannahmen, eingesetzte Methoden und erforderliche Ressourcen) beschrieben. Anonymisierte Stellenpläne informieren über die tatsächliche Stellenbesetzung, anonymisierte Dienstpläne über die Binnenorganisation und den konkreten Personaleinsatz. In den angebots- bzw. einrichtungsinternen Fallakten und Hilfeplanungen werden vorliegende Beeinträchtigungen, Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, Ziele der Hilfen und erforderliche Maßnahmen beschrieben. Fallakten beinhalten ärztliche Verordnungen zur Gabe von Medikamenten, auch solcher mit potenziell freiheitsentziehender bzw. beschränkender Wirkung, die Anwendung von FeM in den Einrichtungen wurde in zugehörigen Dokumentationen erfasst.

Hinsichtlich der Medikation wurde diese nach Kategorien gemäß der „Roten Liste“ klassifiziert. Es wurde betrachtet, inwieweit die eingesetzte Medikation und ihre Dosierung leitliniengerecht war. Dies ist für Erkrankungen wie Schizophrene Psychosen und Unipolare Depressionen gut möglich. Für andere Störungen – insbesondere im Kontext geistiger Behinderung – liegen aber nur unzureichend Leitlinien vor. In solchen Fällen wurde good clinical practice GCP zu Grunde gelegt. Die Einstufung erfolgte dahingehend, ob die Medikation eindeutig Leitlinien gerecht war (ja – nein – Grenzfall).

## 5. Stichprobe

Die Einrichtungsstichprobe ist identisch mit derjenigen, in denen die teilnehmenden Beobachtungen stattgefunden haben (vgl. H.II.5). Merkmale der Bewohnenden, deren Fallakten erfasst und analysiert wurden, zeigt Tabelle 5.

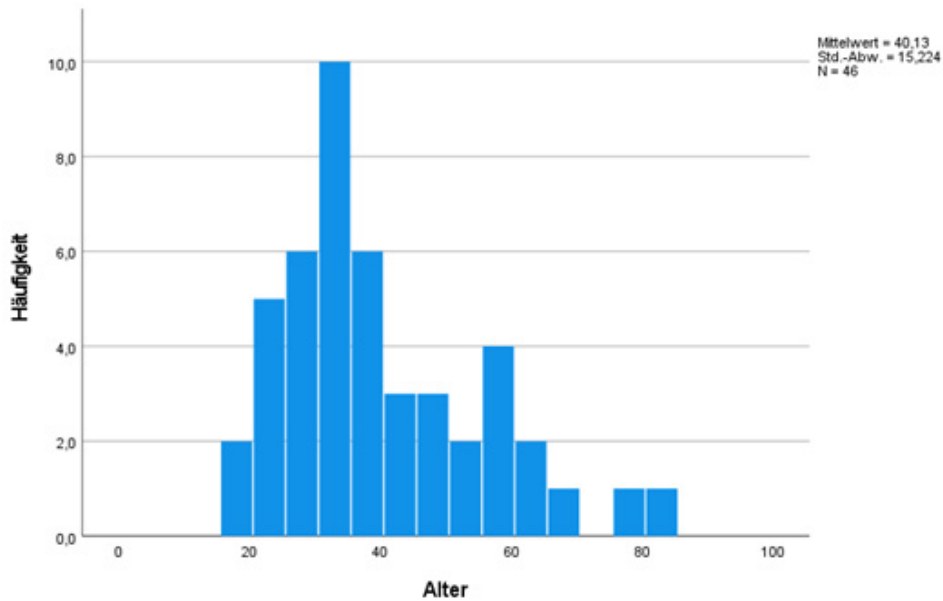
**Tabelle 5: Stichprobe (Dokumentanalyse)**

Merkmale der Bewohnenden (n=46)	
Geschlecht	Weiblich: n=21 Männlich: n=25
Alter (in Jahren)	M=40, SD=15, Range=18-82
Länge Aufenthalt (in Jahren)	M=11, SD=15, Range=<1-57
Herkunft	Aus Bayern n=37, davon n=16 aus anderen Bezirken, aus anderen Bundesländern n=9
Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)	Psychotische Erkrankung (ICD F“): n=19 (43,3%), Borderline Persönlichkeitsstörung: n=6 (13%), Geistige Behinderung: n=31 (67,4%), Autismus: n=8 (17,4%)
Psychopharmaka	n=44
Neuroleptika	n=36

**Quelle:** transfer, eigene Berechnung und Darstellung

**Geschlecht:** Bei der Geschlechterteilung überwogen etwas Männer (25 von 46, d.h. 54,3%), wobei dies je nach Einrichtung verschieden war (in einer Einrichtung waren 8 von 12 untersuchten Personen Frauen, in einer anderen waren dagegen 7 von 8 untersuchten Personen männlich).

**Alter:** Die untersuchten Bewohnenden waren im Schnitt 40,1 Jahre alt. Die ältesten Bewohnenden waren 82, die jüngsten 18. Jahre. Zur Altersverteilung siehe anliegendes Histogramm 1.

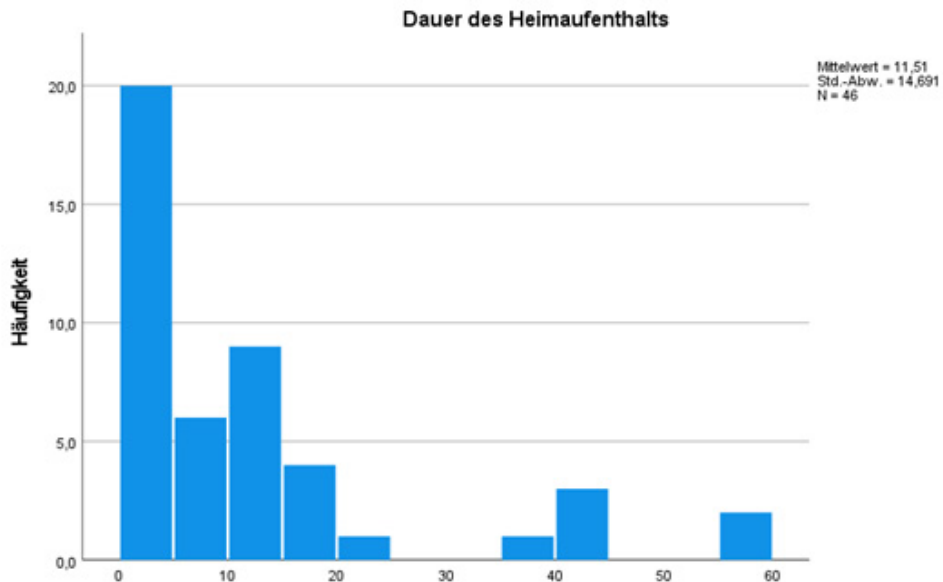


Quelle: transfer, eigene Darstellung

In der Stichprobe waren Männer im Schnitt mit 43,2 Jahren älter als die Frauen, die im Schnitt 36,5 Jahre alt waren, statistisch war dies aber nicht signifikant.

Dauer des Lebens im Heim: Die Menschen lebten im Schnitt 11,5 Jahre in dem Heim, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde. Der Median lag bei 7,25 Jahren. Das Minimum war 0 Jahre, das Maximum 57 Jahre. 6 Personen waren länger als 30 Jahre im Heim wohnend (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Dauer des Heimaufenthaltes (Dokumentanalyse)



Quelle: transfer, eigene Darstellung

Männer waren im Schnitt 14,6 Jahre im Heim, Frauen 7,9 Jahre, ohne dass dieser Unterschied signifikant gewesen wäre. Menschen mit einer geistigen Behinderung (31 von 46) lebten im Durchschnitt deutlich länger im Heim als Menschen ohne geis-

34 tige Behinderung: Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung lag die durchschnittliche Wohndauer bei 15,4 Jahren, bei Menschen ohne geistige Behinderung bei 3,6 Jahren. In einer ANOVA erreichte dies eine hohe Signifikanz ( $p < .001$ ).

Herkunft: 9 von 46 Bewohnenden stammten aus anderen Bundesländern als Bayern. Von den 37 „bayerischen Bewohnenden“ wurden 16 aus einem anderen bayerischen Bezirk aufgenommen. „Wohnortnähe“ (d.h. Bewohnende stammten aus demselben Bezirk, in dem die Einrichtung lag) war in den Heimen sehr unterschiedlich verteilt: in einem Heim stammten 87,5 % der Bewohnenden aus anderen Bezirken oder Bundesländern, in einem anderen Heim waren es dagegen 100%, die aus demselben Bezirk stammten. Tendenziell war es bei Menschen mit geistiger Behinderung so, dass sie eher aus anderen Bezirken oder anderen Bundesländern kamen (61,3%), während bei Menschen ohne geistige Behinderung diese Quote bei 40,0% lag.

Diagnosen: Hinsichtlich der Diagnosen, die ärztlicherseits gestellt wurden, fanden sich bei 8 Personen (17,4%) eine Suchterkrankung, bei 19 (43,3%) lag eine psychotische Erkrankung (ICD10 F2) vor, bei 6 Personen war eine Borderline Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden und bei 31 (67,4%) eine geistige Behinderung. Autismus als Diagnose war bei 8 (17,4%) dokumentiert. Dabei ist zu beachten, dass im Sinne des Komorbiditätsprinzips mehrere Diagnosen nebeneinanderstehen konnten.

## IV. Fokusgruppen

### 1. Design

In den Einrichtungen, in denen die teilnehmenden Beobachtungen sowie Dokumentenanalysen stattfanden, wurden jeweils leitfadengestützte Fokusgruppen durchgeführt (Siehe Anhang VI). Diese dienten der Validierung bisheriger Befunde und der Verknüpfung mit den Erfahrungen und Perspektiven der Fokusgruppenteilnehmenden. Der Fokusgruppenansatz als Möglichkeit zur partizipativen Einbindung relevanter Stakeholder hat sich bereits in der Versorgungsforschung bewährt (u.a. Schöpf et al. 2016) und hat den Vorteil, dass thematisch fokussiert Erkenntnisse über gruppenspezifische Wahrnehmungen, Interpretationen und Meinungen gewonnen werden können (Zwick & Schröter, 2012).

### 2. Sampling & Rekrutierung

Die Fokusgruppenteilnehmenden wurden aus Einrichtungen in die Studie rekrutiert, die durch die o.g. Samplingstrategie der teilnehmenden Beobachtungen bzw. Dokumentenanalyse (siehe H.III.2) in die Studie eingeschlossen waren. Auf der Ebene der Teilnehmenden wurden Ansätze eines kriteriengeleiteten purposeful-samplings (Palinkas et al., 2015) genutzt. Konnte dieses aufgrund forschungspraktischer Hindernisse nicht umgesetzt werden, wurde ein convenience-sampling (Diekmann, 2007) vorgenommen. Einschlusskriterien der Einrichtungen, in denen die teilnehmenden Beobachtungen stattfanden, waren:

- Zugehörigkeit zu einer relevanten Personengruppe
- Einwilligungsfähigkeit
- Volljährigkeit
- Beherrschung der deutschen Sprache
- Informierte Einwilligung zur Teilnahme

Relevante Personengruppen sind:

- Einrichtungsleitungen oder Stellvertretungen
- Bereichsleitungen oder Gruppenleitungen
- Fachkräfte
- Fachdienste
- Bewohnende
- Betreuungspersonen
- Angehörige

Teilnehmende wurde einrichtungsbezogen über die Einrichtungsleitungen rekrutiert.

### 3. Datenerhebung

Die fünf einrichtungsbezogenen Fokusgruppen wurden im Zeitraum von Dezember 2021 bis März 2022 in den Räumlichkeiten der Einrichtungen durchgeführt und dauerten 120 bis 180 Minuten. Moderiert und protokolliert wurden die Gruppendiskussionen von Mitgliedern des Forschungsteams. Zur Standardisierung und Vergleichbarkeit kam ein Diskussionsleitfaden zum Einsatz (Anhang VI). Als Stimulus wurden Zwischenergebnisse der vorherig durchgeführten Erhebungsschritte eingesetzt. Zur Ergebnisvisualisierung wurden Meta-Plan-Verfahren und Mind-Mappings eingesetzt. Die Diskussionen wurden jeweils in Ergebnisprotokollen dokumentiert und bereits zusammengefasst (Ruddat, 2012).

### 4. Datenanalyse

Das primäre Datenmaterial der Analyse stellten die Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen dar. Diese wurden mittels eines inhaltlich-strukturierenden, inhaltsanalytischen Verfahren (Kuckartz, 2016) mit Hilfe von MaxQDA Version 2022 ausgewertet.

### 5. Stichprobe

Die fünf Fokusgruppen fanden mit insgesamt 37 Teilnehmenden (M=7, Range=5-10) statt. Die Verteilung der Personengruppen zeigt Tabelle 6.

**Tabelle 6: Stichprobe (Fokusgruppen)**

Personengruppe	Anzahl (n=37)
Fachkräfte	8
Bereichs-/Gruppenleitungen	7
Einrichtungsleitungen/Stellvertretungen	6
Bewohnende	5
Betreuungspersonen	5
Angehörige	3
Fachdienste	3

**Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung**

## **V. Expert:innen-Workshops**

### **1. Design**

Es wurden sieben bezirksbezogene Expert:innen-Workshops durchgeführt.

### **2. Sampling & Rekrutierung**

Die Expert:innen wurden unter Mitwirkung des Forschungsbeirates (siehe M) und durch persönliche Ansprachen rekrutiert. Als relevante Expert:innengruppen wurden definiert:

- Vertretungen der Sozialverwaltungen
- Abteilungs-/Bereichsleitungen
- Team-/Gruppenleitungen
- Fachdienste/Fachkräfte
- Fachaufsichten
- Betroffenenvertretungen
- Einrichtungsleitungen
- Betreuungspersonen
- Beratende/Trainer:innen

### **3. Datenerhebung**

Pro eingeschlossenem Verwaltungsbezirk (Oberbayern, Niederbayern, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken, Oberpfalz, Schwaben) wurde ein Expert:innen-Workshop durchgeführt. Diese fanden digital per Video-Konferenz statt und dauerten jeweils 180 Minuten. Sie wurden jeweils von zwei Mitgliedern des Forschungsteams moderiert und protokolliert. Die Inhalte der Workshops wurden ergebnisbezogen dokumentiert.

### **4. Datenanalyse**

Die Auswertung der Ergebnisdokumentationen erfolgte mittels der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) mit Hilfe von MaxQDA Version 2022.

### **5. Stichprobe**

Die sieben Workshops fanden mit insgesamt 50 Teilnehmenden (M=7, Range=1-15) statt. Die Verteilung der Personengruppen zeigt Tabelle 7.



**Tabelle 7: Stichprobe (Expert:innen-Workshops)**

Personengruppe	Anzahl (n=50)
Abteilungs-/Bereichsleitung	13
Betroffenenvertretungen	8
Vertretungen der Sozialverwaltung	7
Team-/Gruppenleitungen	7
Fachdienste/Fachkräfte	7
Einrichtungsleitungen	4
Beratende/Trainer:innen	2
Betreuungspersonen	1
Fachaufsichten	1

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

## VI. Forschungsethische Aspekte

Das Vorhaben berührt forschungsethisch relevante Aspekte. Für die teilnehmende Beobachtung, Fokusgruppen und Dokumentenanalyse wurden nach Aufklärung über die Studie Einwilligungen eingeholt (siehe Anhang II). Die Studieninformationen wurden zusätzlich in leichter Sprache zur Verfügung gestellt (siehe Anhang II).

Ein Votum mit der die ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit der Studie bestätigt wurde, liegt von der Ethikkommission der LMU München (Az. 20-1104/25.02.2021 – Siehe Anhang III).

Das Studienprotokoll wurde zudem veröffentlicht (Klemmt, Brieger, Schmitt-Schäfer, Mörtz & Henking, 2022).

# I. ERGEBNISSE DER EINZELNEN ERHEBUNGSSCHRITTE

## I. Welche FeM gibt es, die in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung angewandt werden?

Nachfolgend werden Ergebnisse dargestellt, die Hinweise auf die tatsächliche Anwendung bzw. Arten von FeM in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung geben. Einschlägige Studienteile waren diesbezüglich die quantitative Vollerhebung und die teilnehmenden Beobachtungen, da hier neben den Selbstangaben im Fragebogen auch die Erfassung der tatsächlichen Praxis möglich war, wengleich mit Einschränkungen (vgl. K)

### 1. Quantitative Vollerhebung

In der Fragebogenerhebung haben die Einrichtungen die Anwendung folgender FeM genannt: Einschließen<sup>2</sup>, 3-, 4-, 5-Punkt-Fixierung, Extremitäten-Fixierung im Liegen, Bauchgurt im Liegen, Beckengurt im Liegen, Fixierung mittels Kleidung, Extremitäten-Fixierung im Sitzen, Bauchgurt im Sitzen, Beckengurt im Sitzen, Netzbetten, Bettgitter, Stuhl/Stecktische.

Neben dem Einsatz von Medikamenten im Sinne einer FeM werden genannt: Isolierung, Festhalten, (Video-)Überwachung, Wegnahme von Kleidung/Schuhen, Wegnahme von Fortbewegungs- oder Hilfsmitteln.

(Zur Häufigkeit und Dauer der FeM siehe unten unter Abschnitt I. II., „Tabelle 1: Volljährige Bewohnende mit Behinderungen in Einrichtungen nach Behinderungsart“, „Tabelle 2: Stichprobenmerkmale (quantitative Vollerhebung)“ und „Tabelle 3: Beobachtungsphase“).

### 2. Teilnehmende Beobachtungen

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen konnten FeM erfasst werden (n=42), die sowohl Einschlüsse<sup>3</sup>, Fixierungen, Sedierungen als auch den Einsatz von Signal- bzw. Schließsystemen umfassen (vgl. „Tabelle 8: Beobachtete FeM (Arten)“).

2 Einschluss oder Einschließen = Einschließen eines Bewohners/einer Bewohnerin, z.B. in Isolierräumen, Time-Out-Räumen, Zimmern etc.

3 Einschluss oder Einschließen = Einschließen eines Bewohners/einer Bewohnerin, z.B. in Isolierräumen, Time-Out-Räumen, Zimmern etc. Isolierung = Isolierung eines Bewohners/einer Bewohnerin ohne Einschluss, z.B. in Isolierräumen, Time-Out-Räumen, Deeskalationsräumen, Zimmern etc

Tabelle 8: Beobachtete FeM (Arten)

Einschluss	Fixierung	Medikamentöse Sedierung	Signal-/Schließsysteme
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschlussene Eingangstür</li> <li>• Verschlussene Gruppentür</li> <li>• Zimmereinschluss</li> <li>• Türnetz</li> <li>• Wurmlochtür</li> <li>• Versperre Zimmer durch Stuhl</li> <li>• Einschluss in Time-Out-Raum</li> <li>• Beschränkte Ausgangszeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-Punkte-Fixierung am Bett</li> <li>• Fäustlinge mit Fixierungsmöglichkeit</li> <li>• Bettgitter</li> <li>• Kayser-Bett</li> <li>• Fixierung von Beinen und Schultern am Rollstuhl</li> <li>• Overall mit Fixierungsmöglichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabe sogenannter "Bedarfsmedikation"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichtschränke</li> <li>• Türalarm</li> <li>• Transponder</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

### a. Einschlüsse

Es konnten sowohl Einschlüsse beobachtet werden, die alle Bewohnenden betreffen, wie z.B. der Fall bei verschlossenen Eingangs- oder Gruppentüren, als auch Einschlüsse von einzelnen oder mehreren Personen in den privaten Zimmern der Bewohnenden oder in Time-out-Räumen. Die Einschlüsse erfolgen sowohl wiederkehrend (z.B. jede Nacht) oder situativ (z.B. nach Streit zwischen Bewohnenden). Neben dem Abschließen von Türen wurden außerdem der dauerhafte Einsatz von Wurmlochtüren und Türnetzen beobachtet, welche Bewohnende am selbstbestimmten Verlassen der Zimmer ebenso hindern, wie bei dem Versperren von Zimmertüren durch andere Möbelgegenstände.

Fallbeispiel Einschluss: Nach einem Streit zwischen zwei Bewohnenden in Einrichtung A wird eine Bewohnende in für ca. 30 Minuten in einen Time-Out-Raum eingeschlossen. Die Maßnahme wird per Video überwacht. Ein anderes Beispiel ist ein Zimmereinschluss nach der Rückkehr von der Tagesbeschäftigung zur Beruhigung.

### b. Fixierungen

Neben einer 5-Punkt-Fixierung wurden Fixierungen an Betten oder Rollstühlen, an Betten befestigte Gitter oder der Einsatz von Kayserbetten beobachtet. Außerdem werden Utensilien/Kleidungsstücke mit Fixierungsmöglichkeiten wie Overalls oder Fäustlinge eingesetzt.

Fallbeispiel Fixierung: In Einrichtung B werden die Beine und Arme eines Bewohnenden wiederkehrend beim Abendessen an seinen Rollstuhl fixiert.

### c. Sedierung

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen konnten in zwei Einrichtungen der Einsatz von Medikamenten zur Sedierung von Bewohnenden beobachtet werden. In beiden Fällen handelte es sich, nach Aussage der Einrichtungsmitarbeitenden, um die Gabe von Bedarfsarzneimitteln.

Fallbeispiel Sedierung: In Einrichtung A werden, nach Aussagen der Mitarbeitenden, Bewohnenden Medikamente mit sedierender Wirkung verabreicht, wenn diese z.B. zu früh aufgewacht und unruhig sind.

#### d. Signal-/Schließsysteme

Der Einsatz von (automatisierten) Signal- und/oder Schließsystemen konnte in zwei der fünf Einrichtungen beobachtet werden. Zum Einsatz kommen hier Türalarmsysteme wie Lichtschranken, die Alarmsignale auslösen, wenn Bewohnende z.B. einen Gruppenbereich verlassen wollen oder individuelle Transponder, die ebenfalls auf das Verlassen bestimmter Bereiche einzelner Bewohnenden hinweisen.

Fallbeispiel Signal-/Schließsysteme: In Einrichtung D wurden Zwischentüren mit Alarmsystemen ausgestattet, die bei dem Öffnen der Tür das Klingeln eines Diensttelefons auslösen.

#### e. Weitere Interventionen

Zusätzliche zu den berichteten FeM wurden in mehreren Einrichtungen weitere Interventionen gegenüber Bewohnenden beobachtet. Zu nennen sind hier zum einen Überzeugungsversuche bzw. Überredungsversuche (n=6) der Einrichtungsmitarbeitenden gegenüber Bewohnenden, die darauf abzielen, bestimmte Verhaltensweisen der Bewohnenden zu beeinflussen (z.B. hinsichtlich des Verlassens bestimmter Bereiche). Diese Maßnahmen könnten bereits einer geringen Form informellen Zwang zuzuordnen sein. Zum anderen wurden Sanktionsandrohungen bzw. Bedrohungen (n=6) gegenüber Bewohnenden beobachtet, die bei bestimmten Verhaltensweisen (z.B. „Fehlverhalten“ bei den Mahlzeiten) Sanktionen wie Ausgangssperren oder Zimmereinschlüsse zur Folge haben können.

#### f. Sonstige Eingriffe

Zudem wurden in allen Einrichtungen Maßnahmen beobachtet, die geeignet sind, die Rechte der Bewohnenden (n=41) zu berühren und im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen erfasst. Diese weisen zwar keinen Zwangscharakter im Sinne einer FeM auf, können jedoch mit der FeM-Thematik assoziiert sein. Beobachtet wurde diesbezüglich verschlossene Infrastruktur (z.B. abgeschlossene Gruppenräume/Küchen), Eingriffe in die Privatheit der Bewohnenden (z.B. Videoüberwachung), reglementierte Nahrungsaufnahmen (z.B. rationiertes Abendessen), reglementierter Zugang zu persönlichen Gegenständen (z.B. Verschluss von Beschäftigungsmaterial, Kleidung oder Zigaretten), Wegnahme von Kommunikationsmedien (z.B. Mobiltelefonen, als Sanktion) sowie das Verhindern von Intimität (z.B. durch bestimmte Kleidungsstücke, die Berührungen intimer Körperstellen verhindern). Teilweise erfolgten diese Maßnahmen auch als Sanktion.

### 3. Dokumentenanalyse

Nur 2 von 46 Bewohnenden erhielten keine Psychopharmaka, 38 von 46 erhielten Neuroleptika. Bei 7 der mit Psychopharmaka behandelten Bewohnenden lag die Indikation des Psychopharmakons eindeutig außerhalb der gültigen Leitlinie bzw. der arzneimittelrechtlichen Zulassung (z.B. Dauermedikation mit Benzodiazepinen oder Einsatz von Neuroleptika bei Borderline Persönlichkeitsstörung), bei 9 Personen wurde der Einsatz der Medikation als Grenzfall eingeschätzt. Bei 2 Personen gab es keinen Einsatz von Medikamenten, bei 28 Personen (60,9%) entsprach der Einsatz den Leitlinien bzw. der arzneimittelrechtlichen Zulassung. Der Einsatz von Bedarfsmedikation erfolgte insgesamt selten.

Der Einsatz von Medikamenten als FeM konnte in der Dokumentenanalyse nicht erkannt werden.

41

Bemerkenswert war die Varianz der dokumentierten Dauer von FeM: oft erfolgte ein Einschluss über Nacht und häufig über Stunden. Es gab aber auch eine betrachtete Einrichtung, in der solche Maßnahmen in den einbezogenen Akten nur jeweils für wenige Minuten dokumentiert waren. Teilweise erfolgten dort Einschlüsse für 8 oder 12 Minuten, bis dann wieder die Öffnung der Tür erfolgte. Aus der Dokumentation war erkenntlich, dass es dort das oberste Bestreben war, die Isolierzeiten so kurz wie möglich zu halten.

## **II. Welche FeM werden wie oft und wie lange in den untersuchten Einrichtungen angewandt?**

Die Häufigkeit und Dauer des Einsatzes von FeM in den untersuchten Einrichtungen wurden primär mittels der quantitativen Vollerhebung per Selbstauskünften der Einrichtungsleitungen erfasst. Die teilnehmenden Beobachtungen sowie die Dokumentenanalyse liefern ergänzende Hinweise auf die tatsächliche Praxis in ausgewählten Einrichtungen.

### **1. Quantitative Vollerhebung**

Im Rahmen der Online-Befragung gaben insgesamt 75 der 113 (66,4%) Einrichtungen an, aktuell irgendeine Form von FeM einzusetzen. Die Anzahl an eingesetzten FeM pro Einrichtung liegt zwischen einer bis 17 verschiedenen FeM ( $M=5$ ). 46,9% der Einrichtungen setzen mechanische FeM und 26,5% Medikamente zur Beruhigung bzw. Sedierung ein. 40,7% gaben an, weitere FeM anzuwenden. Sonstige Interventionen werden von 72,6% der Einrichtungen eingesetzt. Diese Maßnahmen zusammengefasst setzen 98 (86,7%) Einrichtungen nach eigener Angabe irgendeine Form von FeM oder weiteren, die Rechte der Bewohnenden berührende, Interventionen ein. Nachfolgend werden Häufigkeit und Dauer von Anwendungen im Einzelnen aufgeführt.

#### **a. Mechanische FeM**

Bezogen auf die Anwendung von mechanischen FeM werden am häufigsten Bettgitter (in  $n=38$  der 113 Einrichtungen), Bauchgurte im Sitzen (34) und Stuhl/Stecktische (28) eingesetzt. In weniger Einrichtungen kommen 4-Punkt-Fixierungen (3), Netzbetten (3) und Beckengurte zum Liegen zum Einsatz. Weitere FeM sowie die jeweiligen durchschnittlichen Anwendungs-Häufigkeiten und -Dauer zeigt Tabelle 9. In Bezug auf die Häufigkeit der jeweiligen Anwendungen lässt sich feststellen, dass wenn Einrichtungen eine bestimmte FeM einsetzen, sie dies eher häufiger (fast täglich) als seltener (maximal 1-mal im Monat) tun. Exemplarisch geben von den 34 Einrichtungen, die angegeben haben, Bauchgurte im Sitzen einzusetzen, 23 Einrichtungen einen (fast) täglichen Einsatz an, fünf Einrichtungen geben einen Einsatz mehr als 5-mal pro Monat und eine Einrichtung bis zu 5-mal im Monat respektive maximal 1-mal im Monat an. Die durchschnittliche Dauer des FeM-Einsatzes schwankt stark zwischen den jeweiligen FeM. Eher selten werden FeM länger als sechs Stunden eingesetzt (Ausnahmen sind u.a. Bettgitter und die Fixierung mittels Kleidung). Ein Großteil der FeM dauert im Durchschnitt 0,5 bis 3 Stunden.

## 42 **b. Einsatz von Medikamenten**

30 Einrichtungen gaben an Medikamente zur Beruhigung/Sedierung einzusetzen, wovon vier Einrichtungen angaben, dies (fast) täglich zu tun, vier mehr als 5-mal pro Monat und elf Einrichtungen bis zu 5-mal pro Monat bzw. höchstens einmal pro Monat (vgl. „Tabelle 10: Anwendung von Medikamenten als FeM, Häufigkeit (n=113 Einrichtungen“).

## **c. Weitere Maßnahmen (FeM)**

Im Hinblick auf weitere Arten von FeM gaben 30 der Einrichtungsleitungen an Bewohnende zu isolieren<sup>4</sup> und 17 Einrichtungen Bewohnende festzuhalten (z.B. bei der Körperhygiene). Drei Einrichtungen gaben an, den Bewohnenden Kleidungsstücke bzw. Schuhe wegzunehmen, eine Einrichtung Hilfsmittel, die zur Fortbewegung bzw. Orientierung von den Bewohnenden benötigt werden. Eine Überwachung respektive Videoüberwachung von Bewohnenden findet nach eigener Angabe in 17 respektive neun Einrichtungen statt. Die durchschnittliche Häufigkeit der Anwendung sowie die durchschnittliche Dauer dieser FeM zeigt Tabelle 11.

---

4 Isolierung = Isolierung eines Bewohners/einer Bewohnerin ohne Einschluss, z.B. in Isolierräumen, Time-Out-Räumen, Deeskalationsräumen, Zimmern etc

**Tabelle 9: Anwendung von mechanischen FeM, Häufigkeit und Dauer (n=113 Einrichtungen; Mehrfachnennungen möglich)**

FeM	Anwendung generell	Durchschnittliche Häufigkeit											
		(fast) täglich	> 5-mal pro Monat	< 5-mal pro Monat	max. 1-pro Monat	Keine Angabe	< 24 h	< 12 h	< 6 h	< 3 h	< 1 h	½ h	Keine Angabe
Einschließen	23	9	6	5	2	1	-	-	3	2	8	4	6
5(und mehr)-Punkt-Fixierung	9	3	2	-	4	-	1	-	-	1	1	3	6
4-Punkt-Fixierung	3	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1	1
3-Punkt-Fixierung	11	3	2	1	4	1	-	-	1	1	2	3	4
Extremitäten-Fixierung im Liegen	6	2	3	-	-	1	-	-	2	1	-	-	3
Bauchgurt im Liegen	11	5	2	-	2	2	-	1	1	-	1	1	7
Beckengurt im Liegen	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
Fixierung mittels Kleidung	16	7	4	3	1	1	3	1	2	3	4	-	3
Extremitäten-Fixierung im Sitzen	15	5	2	5	-	3	-	-	1	-	3	2	-
Bauchgurt im Sitzen	34	23	5	1	1	4	1	2	4	7	5	2	3
Beckengurt im Sitzen	15	10	2	1	-	1	-	-	3	4	1	-	7
Netzbetten	3	2	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Bettgitter	38	22	6	1	4	5	1	7	11	5	2	1	-
Stuhl/Stecktische	28	15	5	2	3	3	-	-	3	7	8	2	8
Rollstuhl-Arretierung	11	6	3	2	-	-	-	-	-	1	-	4	6

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

**Tabelle 10: Anwendung von Medikamenten als FeM, Häufigkeit (n=113 Einrichtungen)**

FeM	Anwendung generell	Durchschnittliche Häufigkeit											
		(fast) täglich	> 5-mal pro Monat	< 5-mal pro Monat	max. 1-pro Monat	Keine Angabe	< 24 h	< 12 h	< 6 h	< 3 h	< 1 h	½ h	Keine Angabe
Medikamente	30	4	4	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

**Tabelle 11: Anwendung von sonstigen FeM, Häufigkeit und Dauer (n=113 Einrichtungen; Mehrfachnennungen möglich)**

FeM	Anwendung generell	Durchschnittliche Häufigkeit											
		(fast) täglich	> 5-mal pro Monat	< 5-mal pro Monat	max. 1-pro Monat	Keine Angabe	< 24 h	< 12 h	< 6 h	< 3 h	< 1 h	½ h	Keine Angabe
Isolierung	30	2	6	8	13	1	8	-	-	2	6	11	3
Festhalten	17	1	3	5	7	1	-	-	-	-	-	11	6
Überwachung	17	4	2	2	7	1	1	1	4	2	5	-	3
Videoüberwachung	9	7	1	1	-	-	3	-	2	1	2	-	1
Wegnahme Kleidung/Schuhe	3	2	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Wegnahme Fortbewegungs-/Hilfsmittel	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

#### d. Weitere Interventionen

Von den befragten Einrichtungsleitungen wurden außerdem weitere Interventionen angegeben, die grundsätzlich ebenfalls geeignet sind, die Rechte der Bewohnenden zu berühren und die ggf. mit der Ausübung von Zwang oder Druck assoziiert sind. Häufig genannt wurden der Ausschluss an gemeinsamen Mahlzeiten (genannt von 49 der 113 befragten Einrichtungen) und sonstigen Gruppenangeboten (38) sowie die Androhung oder tatsächliche Kündigung des Wohnplatzes (38). Weniger häufig genannt werden die Wegnahme von Nahrungs- und Genussmitteln (16), die verpflichtende Teilnahme an Gruppenaktivitäten (15) oder gemeinsamen Mahlzeiten (12). Alle weiteren Interventionen zeigt Tabelle 12.

**Tabelle 12: Weitere Interventionen, Häufigkeit (n=113, Mehrfachnennungen möglich)**

Intervention	Anwendung generell
Ausschluss von gemeinsamen Mahlzeiten	49
Ausschluss von Gruppenangeboten	38
Androhung/tatsächliche Kündigung des Wohnplatzes	38
Gewährung von Belohnungen (z. B. Tabak, Geld)	29
Unterbindung sozialer Kontakte (innerhalb Einrichtung)	27
Ausübung von Druck/Sanktionsandrohung	27
Unterbindung sozialer Kontakte (außerhalb Einrichtung)	25
Weitere Verbote	23
Streichung Freizeitaktivitäten (außerhalb Einrichtung)	22
Wegnahme von technischen Geräten	22
Wegnahme von Essen/Getränke/Genussmitteln	16
Verpflichtende Teilnahme an Gruppenaktivitäten	15
Verpflichtende Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten	12

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

## 2. Teilnehmende Beobachtungen

Die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtungen in fünf Einrichtungen geben ebenfalls Hinweise auf die Häufigkeit von FeM, assoziierten Zwangsmaßnahmen und weiteren Interventionen. Diese stellen einen Einblick in die Praxis dar, lassen sich jedoch nicht zwangsläufig verallgemeinern (Vgl. K). Über die Dauer der jeweiligen Maßnahmen konnten nur vereinzelt Befunde generiert werden.



## a. FeM

In den fünf untersuchten Einrichtungen konnten insgesamt 42 FeM beobachtet werden (vgl. Tabelle 13). Bezogen auf die Art der FeM wurde der Einschluss von Bewohnenden (26-mal beobachtet) sowie die Fixierung von Bewohnenden (11) am häufigsten erfasst. 2-mal bzw. 3-mal wurden die Gabe von sedierenden Medikamenten bzw. der Einsatz von Signal-/Schließsystemen beobachtet. Die Zeitpunkte der Anwendung variieren über den Tagesverlauf, wobei ein Großteil der FeM nachts (17) oder ständig (17) zum Einsatz kommt. Knapp ein Viertel der FeM werden situativ eingesetzt, drei Viertel werden routinemäßig eingesetzt. Bei der Dauer zeigen sich Hinweise für eine große Varianz. Diese scheint mit der Unterscheidung in Verbindung zu stehen, ob die jeweiligen FeM situativ (z.B. Einschluss in Time-out-Raum nach Konflikt unter Bewohnenden für ca. 15 Minuten) oder routinemäßig (z.B. Zimmereinschluss jede Nacht, Bettgitter jede Nacht, Fixierung am Rollstuhl bei Mahlzeiten, ständiger Einsatz von Signalsystemen) angewendet werden.

**Tabelle 13: Beobachtete FeM, Häufigkeit**

FeM	Häufigkeit (n=42)
<b>Art</b>	
Einschluss	26
Fixierung	11
Sedierung	2
Signalsysteme/Schließsysteme	3
<b>Situativ oder Routine</b>	
Situativ	10
Routine	32
<b>Zeitpunkte</b>	
Ständig	14
Tagsüber	5
Nachts	17
Mahlzeiten	1
Aufstehen/zu-Bett-gehen	1
Keine Angabe	4

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

## b. Weitere Interventionen

Die 12 beobachteten weiteren Interventionen teilen sich auf sechs Überreden bzw. Versuche, zu überreden, gegenüber Bewohnenden sowie sechs Drohungen bzw. Sanktionsandrohungen auf (vgl. Tabelle 14). Diese finden im gesamten Tagesverlauf statt, wurden jedoch nicht nachts beobachtet.

**Tabelle 14: Weitere Interventionen, Häufigkeit**

Weitere Interventionen	Häufigkeit (n=12)
<b>Art</b>	
Überzeugen/Überreden	6
Drohung/Sanktionsandrohung	6
<b>Zeitpunkt</b>	
Ständig	4
Tagsüber	4
Nachts	-
Mahlzeiten	1
Aufstehen/zu-Bett-gehen	2
Keine Angabe	1

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

### c. Sonstige Interventionen

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen konnten 41 sonstige Intervention oder Eingriffe in die Rechte der Bewohnenden erfasst werden (vgl. Tabelle 15 und Anhang P.V.). Häufig beobachtet wurden reglementierte Zugänge zu persönlichen Gegenständen (5) sowie verschlossene Infrastrukturen (19).

**Tabelle 15: Sonstige Interventionen, Häufigkeit**

Sonstige Interventionen	Häufigkeit (n=41)
<b>Art</b>	
Verschlossene Infrastruktur	19
Privatheit	2
Reglementierte Nahrungsaufnahme	4
Reglementierter Zugang zu pers. Gegenständen	5
Reglementierter Zugang zu Kleidung/Vorgabe Kleidung	4
Wegnahme Kommunikationsmedien	1
Verhinderung von Intimität	1

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

### III. Werden die FeM fach- und sachgerecht angewandt?

Die fach- und sachgerechte Anwendung von FeM ist im Rahmen dieser Untersuchung aus methodischen Gründen nicht eindeutig zu beantworten. Eine fach- und sachgerechte Anwendung einer FeM beurteilt sich wie andere Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung auch nach den üblichen fachlichen Standards wie den Empfehlungen von Fachgesellschaften, Leitlinien, Richtlinien wie auch regulatorischen Vorgaben inklusive Genehmigungen und Zulassungen (z.B. von Fixiersystemen). Bei der Anwendung von FeM, die schließlich als Sicherungsmaßnahme eingesetzt werden, steht nicht selten der Sicherheitsaspekt im Vordergrund, sodass oftmals die fach- und sachgerechte Anwendung nach den Herstellerangaben beurteilt wird. Bei bestimmten FeM, die die Bewegungsfreiheit über längere Zeit stark einschränken, wie bei einer 5-Punkt-Fixierung stellen sich weitere fachliche Fragen wie u.a. nach einer Thromboseprophylaxe.

Der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018) erklärt, dass Einzelheiten des Vorgehens bei der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Hinblick auf Sicherheitsaspekte sowie der Betreuung während der Maßnahme in institutions-internen Richtlinien oder Pflegestandards verbindlich geregelt sein und regelmäßig geschult werden sollten. Die Leitlinie spricht sich zudem für eine grundsätzliche kontinuierliche 1:1 Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal mit der ständigen Möglichkeit des persönlichen Kontakts für die Dauer der Maßnahme, namentlich bei Fixierungen und Isolierungen (hier im Sinne eines Einschlusses in einem geschlossenen Raum), aus.

Ob FeM im Einzelfall unter Beachtung dieser Vorgaben erfolgt sind, kann über Selbstangaben der Einrichtungen nicht beurteilt werden. Während der teilnehmenden Beobachtung gab es keine Auffälligkeiten bei den konkreten Anwendungen der Maßnahmen.

Den Fokusgruppen war zudem zu entnehmen, dass Einrichtungen teilweise Maßnahmen wie eine Fixierung nicht selbst durchführen, sondern in diesem Fall die Polizei rufen, die diese Maßnahme sodann durchführt. Dieser Punkt bedarf weiterer Klärung.

#### IV. Bei welchen Behinderungsarten bzw. welchen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten kommt eine FeM besonders häufig zum Einsatz?

Die Fragestellung wurde primär durch die Ergebnisse der quantitativen Vollerhebung beantwortet, da hier die Möglichkeit statistischer Nachweise bestand. Die weiteren Erhebungs- und Auswertungsschritte dienten an dieser Stelle hauptsächlich der Vertiefung bzw. dem Verständnis der quantitativen Befunde.

##### 1. Quantitative Vollerhebung

Für die Beantwortung der Fragestellung soll zunächst die Struktur der untersuchten Einrichtungen kurz umrissen werden. Als Hauptbeeinträchtigung der Bewohnenden gaben 58% (66 der 113 Einrichtungen) der befragten Einrichtungsleitungen geistige Beeinträchtigungen, 32% (36) seelische, 6% (7) körperliche sowie 4% (4) Sinnesbeeinträchtigungen an (vgl. Tabelle 16). Bezogen auf die zusätzlichen Beeinträchtigungen der Bewohnenden wird deutlich, dass sich in Einrichtungen für Menschen mit körperlichen ( $M=2,6$  verschiedene Beeinträchtigungen), geistigen ( $M=3,1$ ) und Sinnesbeeinträchtigungen ( $M=3,5$ ) in der Regel immer auch Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen befinden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich hier ein Cluster bilden lässt, mit dem sich Einrichtungen für Menschen mit komplexen Behinderungen ( $M=3,1$ ) von Einrichtungen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen ( $M=2$ ; in denen es deutlich seltener zu Mehrfachbeeinträchtigungen kommt) unterscheiden lassen (hierzu vgl. Theunissen, 2021a, S. 10 f.)

**Tabelle 16: Haupt- und zusätzliche Beeinträchtigungen in den untersuchten Einrichtungen**

Hauptbeeinträchtigung	Anzahl	Zusätzliche Beeinträchtigungen				Gesamt
		Geistige	Seelische	Körperliche	Sinne	
Geistig	66	-	52	46	40	92
Seelisch	36	15	-	17	5	93
Körperlich	7	6	1	-	4	73
Sinne	4	3	4	3	-	53
Gesamt	113	24	57	66	49	113

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Weiterführend gaben die Einrichtungsleitungen an, Personen mit bestimmten Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen/Diagnosen von einer Aufnahme in der Einrichtung auszuschließen. Tabelle 17 gibt hierüber einen Überblick, aufgeschlüsselt nach den schwerpunktmäßigen Zielgruppen. 28 Einrichtungen (24,8%) gaben an Menschen mit einem Unterbringungsbeschluss zu beherbergen (24,8%). Von den 23 Einrichtungen wird ein Beschluss nach § 1906 Abs. 1 BGB als Unterbringungsgrund angegeben (für insgesamt 713 Fälle), eine Einrichtung gibt auch das PsychKHG als Rechtsgrundlage für eine Unterbringung an (2 Fälle). Vier Einrichtungen machten hierzu keine Angabe. Die Anzahl der betroffenen Bewohnenden liegt in diesen Einrichtungen im Durchschnitt bei 30 Bewohnenden (Range:1-157), was ein Anteil an allen Bewohnenden dieser Einrichtungen zwischen 2% und 100% ausmacht. Sechs Einrichtungen gaben zudem an, dass sich Bewohnende freiwillig im geschlossenen Bereich befinden. Dies betrifft insgesamt 33 Bewohnende.

**Tabelle 17: Ausschluss Aufnahme in Einrichtung**

Merkmal	Gesamt (n=113)	Hauptbeeinträchtigung in der Einrichtung			
		Geistige (n=66)	Seelische (n=66)	Körperliche (n=7)	Sinne (n=4)
Suchtproblematik	58	30	25	3	-
Erhöhter Pflegebe- darf	32	12	16	3	1
Fremdgefährdung	27	20	5	2	-
Erhebliche Selbst- gefährdung	23	17	4	2	-
Starke Mobilitäts- einschränkung	14	10	3	-	1
Sexuell übergriffig/ straffällig	12	4	8	-	-
Unterbringungsbe- schluss	4	3	-	1	-

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

38 Einrichtungen berichteten, dass bei ihnen Bewohnende (insgesamt 438 Personen) leben, für die es einen Beschluss für eine FeM nach § 1906 Abs. 4 BGB gibt. Die Anzahl der betroffenen Bewohnenden liegt pro Einrichtung zwischen 1 und 97 (M=12), der Anteil an allen Bewohnenden liegt hier zwischen 1% und 74%.

Die o.g. Unterscheidung zwischen Einrichtungen, deren Zielgruppe größtenteils komplexe Beeinträchtigungen aufweisen (n=77) und Einrichtungen, deren Zielgruppe größtenteils seelische Beeinträchtigungen aufweisen (n=36) wird nachfolgend näher in den Blick genommen. 56% aller geschlossen untergebrachten Bewohnenden befinden sich in den 36 Einrichtungen mit der Hauptzielgruppe Menschen mit seelischer Beeinträchtigung (durchschnittlich fast 7% der Bewohnenden). Demgegenüber befinden sich in diesen Einrichtungen 4,6% der Menschen, denen über längere Zeit oder regelmäßig die Freiheit mit zusätzlichen (mechanischen) Mitteln im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB entzogen wird (weniger als 1 % der dort lebenden Bewohnenden). Ein umgekehrtes Bild zeigt sich in den 77 Einrichtungen für Menschen mit komplexer Beeinträchtigung: Hier leben nur 44% der geschlossenen untergebrachten Personen (durchschnittlich 2,5% je Einrichtung), aber über 95% der Menschen, denen über längere Zeit oder regelmäßig die Freiheit mit zusätzlichen (mechanischen) Mitteln entzogen wird (fast 9% der Bewohnenden in diesen Einrichtungen sind davon betroffen). Während der Anteil der Menschen, die gemäß § 1906 Abs. 1 BGB in Einrichtungen für seelisch Beeinträchtigte untergebracht sind, leicht unter dem Anteil der geschlossen untergebrachten Menschen liegt, ist dieser Anteil in den Einrichtungen für Menschen mit komplexer Behinderung mehr als drei Mal so hoch wie der Anteil bei einer geschlossenen Unterbringung (vgl. Tabelle 18).

**Tabelle 18: Hauptbeeinträchtigungen und Bewohnendenanteile (n=113 Einrichtungen)**

Hauptbeeinträchtigung	Bewohnenden- anteil geschlossen	Bewohnenden- anteil § 1906 Abs. 1 BGB	Bewohnenden- anteil § 1906 Abs. 4 BGB
Komplexe Beeinträchtigung (n=77)	2,5% (43,6% von Gesamt)	7,7% (72,6% von Gesamt)	8,6% (95,4% von Gesamt)
Seelische Beeinträchtigung (n=36)	6,8% (56,4% von Gesamt)	6,2% (27,4% von Gesamt)	0,9% (4,6% von Gesamt)

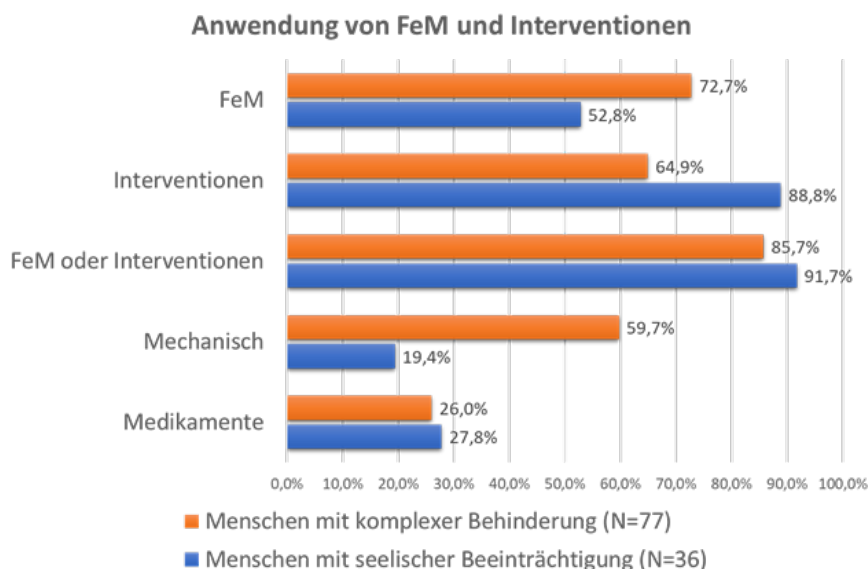
Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Betrachtet man die Unterschiede hinsichtlich des Einsatzes von FeM und weiteren Interventionen in Einrichtungen vornehmlich für Menschen mit seelischer Beeinträch-

tigung im Vergleich mit Einrichtungen vornehmlich für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen, wird folgendes ersichtlich: Bei den Anteilen der Einrichtungen, die FeM bzw. weitere Interventionen mit Zwangscharakter in irgendeiner Form einsetzen, zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede (signifikante p-Werte). Knapp 73% der Einrichtungen für Menschen mit komplexer Beeinträchtigung setzen irgendeine Form von FeM ein, demgegenüber stehen knapp 53% der Einrichtungen für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung ( $p=0,037$ ). Bei der Anwendung weiterer Interventionen lässt sich wiederum ein umgekehrtes Bild beobachten: Hier geben fast 90% der Einrichtungen für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung an, FeM in irgendeiner Form einzusetzen, wohingegen knapp zwei Drittel der Einrichtungen für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen dies angeben ( $p=0,008$ ).

Noch stärker treten Unterschiede zu Tage, wenn nur die Anwendung von mechanischen FeM in den Blick genommen wird: Knapp 60% der Einrichtungen für Menschen mit komplexer Beeinträchtigung wenden irgendwelche mechanische FeM an – gegenüber knapp 20% der Einrichtungen für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung ( $p<0,001$ ). Nimmt man jedoch den Einsatz von FeM und weiteren Interventionen sowie von Medikamenten gemeinsam in den Blick, zeigen sich diese Unterschiede marginal (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anwendung von FeM und Interventionen



Eine detaillierte Betrachtung der Unterschiede bei einzelnen FeM und weiteren Interventionen (vgl. Tabelle 19) zeigt, dass der Anteil der Einrichtungen, bei denen mechanische FeM wie Bettgitter, Stuhl/Stecktische, Rollstuhlarretierungen, Bauch- und Beckengurte im Sitzen sowie die Extremitäten-Fixierung im Sitzen, die Fixierung durch Kleidung und das Einschließen bei Einrichtungen für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen signifikant höher ist als in Einrichtungen für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung. In letzteren werden einige dieser Maßnahmen von keiner Einrichtung eingesetzt. Im Bereich der weiteren Interventionen ist lediglich der Einsatz der Videoüberwachung anteilig von mehr Einrichtungen für Menschen mit komplexer Beeinträchtigung im Einsatz. Blickt man auf den Einsatz von weiteren Interventionen wie verpflichtende Teilnahme am gemeinsamen Essen, Unterbindung interner Kontakte, Pflicht zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten, Kündigungsandrohungen, Ausgangsverboten und Besuchsfahrtstreichungen ist der Anteil an Einrichtungen für seelisch beeinträchtigte Personen signifikant höher.

Tabelle 19: FeM und weitere Interventionen nach Beeinträchtigungsarten (n=113 Einrichtungen)

	Art	Menschen mit seelischer Beeinträchtigung (n=36)		Menschen mit komplexer Beeinträchtigung (n=77)		Z-Wert	p-Wert
		Anteil an Einrichtungsgruppe	Anteil an allen Einrichtungen	Anteil an Einrichtungsgruppe	Anteil an allen Einrichtungen		
Mechanische FeM	Bettgitter	2,8%	2,6%	48,1%	97,4%	-4,725	<0,001
	Netzbetten	-	-	3,9%	100%	-1,195	0,232
	Stuhl/Stecktische	2,8%	3,6%	35,1%	96,4%	-3,688	<0,001
	Arretierung Rollstuhl	-	-	14,3%	100%	-2,376	0,017
	Bauchgurt/Sitzen	-	-	44,2%	100%	-4,747	<0,001
	Bauchgurt/Liegen	2,8%	9,1%	13%	90,9%	-1,698	0,089
	Beckengurt /Sitzen	-	-	19,5%	100%	-2,831	0,005
	Beckengurt/Liegen	-	-	2,6%	100%	-0,971	0,331
	3-Punkt-Fixierung	5,6%	18,2%	11,7%	81,8%	-1,020	0,308
	4-Punkt-Fixierung	2,8%	33,3%	2,6%	66,7%	-0,055	0,956
	5-Punkt-Fixierung	5,6%	22,2%	9,1%	77,8%	-0,644	0,520
	Extremitäten-Fixierung-Sitzen	-	-	19,5%	100%	-2,831	0,005
Mechanische FeM	Extremitäten-Fixierung-Liegen	-	-	7,8%	100%	-1,714	0,087
	Fixierung durch Kleidung	2,8%	6,3%	19,5%	93,8%	-2,362	0,018
	Einschluss	2,8%	4,3%	28,6%	95,7%	-3,159	0,002
	Isolierung	27,8%	33,3%	26%	66,7%	-0,201	0,840
Medikamentös FeM	Medikamente	27,8%	33,3%	26%	66,7%	-0,201	0,840
Sonstige FeM	Festhalten	11,1%	23,5%	16,9%	76,5%	-0,796	0,426
	Überwachung	19,4%	41,2%	13%	58,8%	-0,891	0,373
	Videoüberwachung	-	-	11,7%	100%	-2,129	0,033
	Wegnahme Kleidung	-	-	3,9%	100%	-1,195	0,232
	Wegnahme Hilfsmittel	2,8%	100%	-	-	-1,462	0,144
Weitere Interventionen	Ausschluss Essen	52,8%	38,8%	39,0%	61,2%	-1,375	0,169
	Zwang Essen	27,8%	83,3%	2,6%	16,7%	-4,030	<0,001
	Unterbindung sozialer Kontakte intern	38,9%	51,9%	16,9%	48,1%	-2,545	0,011
	Unterbindung sozialer Kontakte extern	16,7%	24%	24,7%	76,0%	-0,976	0,329
	Ausschluss Gruppe	30,6%	28,9%	35,1%	71,1%	-0,471	0,638
	Zwang Gruppe	33,3%	80%	3,9%	20%	-4,278	<0,001
	Wegnahme Genussmittel	19,4%	43,8%	11,7%	56,3%	-1,291	0,197
Weitere Interventionen	Wegnahme Medien/ Geräte	11,1%	18,2%	23,4%	81,8%	-1,652	0,099
	Kündigungsdrohung	75%	71,1%	14,3%	28,9%	-6,337	<0,001
	Ausgangsverbot	36,1%	56,5%	13%	43,5%	-2,832	0,005
	Besuchsfahrtstreichung	33,3%	54,5%	13%	45,5%	-2,534	0,011
	Psychischer Druck	27,8%	37,0%	22,1%	63%	-0,659	0,510

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Der generelle Einsatz einzelner Maßnahmen lässt noch keine Aussage darüber zu, wie breit das Repertoire an Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungen ist. Daher wurden die eingesetzten Maßnahmen jeweils gezählt und zu einem Score zusammengefasst, der die Breite des Repertoires an Maßnahmen repräsentiert. Diese Scores können wiederum zwischen den zwei Einrichtungsgruppen verglichen werden (vgl. Tabelle 20).

**Tabelle 20: Repertoires nach Beeinträchtigungsarten (n=113 Einrichtungen)**

Art	Repertoire FeM/Interventionen	Repertoire FeM	Repertoire FeM - mechanisch	Repertoire FeM - Sonstige	Repertoire Interventionen
seelische Beeinträchtigte (n=36)	5,1111	1,2500	0,3611	0,6111	3,8611
komplex Beeinträchtigte (n=77)	5,7922	3,8312	2,8312	0,7403	1,9610
Z-Wert	-0,133	-3,222	-4,370	-0,384	-3,557
Aysmp. Sig. (2-seitig)	0,894	0,001	0,000	0,701	0,000

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Hier bestätigt sich der Eindruck, den schon die Betrachtungen im Hinblick auf den Einsatz einzelner FeM lieferten: Bezüglich des Gesamtrepertoires an Maßnahmen (FeM und weitere Interventionen) ist der Unterschied nicht signifikant, jedoch in Bezug auf die verschiedenen Maßnahmengruppen. Einrichtungen für Menschen mit komplexer Beeinträchtigung haben ein hochsignifikant größeres Repertoire an FeM im Einsatz, speziell mit Blick auf die Gruppe der mechanischen FeM. Einrichtungen für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung hingegen setzen eine hochsignifikant größere Anzahl an weiteren Interventionen ein.

## 2. Teilnehmende Beobachtungen

In Bezug auf die vorliegende Fragestellung liefern die teilnehmenden Beobachtungen keine validen Ergebnisse. Zwar unterscheidet sich die Häufigkeit der beobachteten FeM zwischen den Einrichtungen (Max: n=18; Min: n=2), jedoch lassen sich daraus keine Rückschlüsse auf Behinderungsarten/Symptome/Verhaltensauffälligkeiten ziehen, da sich zum einen die Hauptzielgruppen der Einrichtungen teilweise überschneiden. Andererseits könnten weitere Faktoren diese Unterschiede beeinflusst haben.

## 3. Fokusgruppen

Im Rahmen der Fokusgruppen wurde auf die Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und Psychosen oder Autismus-Spektrum-Störungen hingewiesen (Gruppen A und D). Zudem fordern laut den Teilnehmenden verminderte kognitive und/oder motorische Leistungsfähigkeit bei Bewohnenden und die damit einhergehenden Kommunikationsschwierigkeiten große Anstrengungen beim Versuch, Situationen rechtzeitig zu deuten und präventiv und deeskalierend zu reagieren. Die Zugänglichkeit für pädagogische Interventionen sei in vielen Fällen nicht gegeben. Aufgrund der mangelnden Ausdrucksmöglichkeiten sei das gegenseitige Verständnis eingeschränkt. Teilnehmende berichten weiterhin, dass eine "(niedrige) Entwicklungsstufe" und das "geistige Alter" von Bewohnenden im Gegensatz zu deren äußerlicher Erscheinung stehen könne, weshalb (herausforderndes) Verhalten leicht fehlgedeutet werden kann.



#### 4. Expert:innen-Workshops

In den Expert:innen-Workshops wurde, aufgrund der schon gewonnenen Erkenntnisse aus der quantitativer Vollerhebung und den Fokusgruppen, gezielt über die Bedeutung von komplexer Beeinträchtigung und (verminderter) kognitiver Leistungsfähigkeit für die Anwendung von FeM diskutiert. Zum einen wurde die Bedeutung von Kommunikationsschwierigkeiten und intellektueller Unterlegenheit als Faktor für die Anwendung von FeM bestätigt: Kommunikationsschwierigkeiten führen zu Spannungen, niedrige Entwicklungsstände könnten verunsichernd auf das Personal wirken. Die Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen und Psychosen oder Autismus wurden auch hier thematisiert. Die große Variation der Beeinträchtigungs- und Krankheitsbilder mache aber pauschale Betrachtungen oder gezielte Vergleiche problematisch. Expert:innen berichteten, dass die gleiche Beeinträchtigungsart nicht zwangsläufig eine ähnliche Ausprägung von Symptomen und Verhaltensweisen aufweisen muss. Andererseits wurde auch darauf aufmerksam gemacht, dass Grenzbegabungen mit relativ hoher Kognitionsfähigkeit und starker Selbstbestimmungsforderung gegenüber dem Personal ebenso herausfordernd erlebt werden könnten. Fehlende Bedürfniskontrolle sowie unsicherer Umgang mit Gruppenstrukturen und persönlichen Freiheiten wirkten unabhängig von bestimmten Diagnosen herausfordernd.

#### V. Welche Gründe sind abstrakt für die Anwendung von FeM geeignet? Welche Gründe sind nicht geeignet?

Grundsätzlich kann eine FeM auf eine Eigen- oder Fremdgefährdung gestützt werden. Es bedarf für das Handeln jedoch einer Rechtsgrundlage.

Eine Rechtsgrundlage für eine FeM bei Fremdgefährdung über Notfallkonstellation hinaus kann sich nur durch das PsychKHG ergeben, das aber für die Einrichtungen im Untersuchungsfeld (bislang) keine Anwendung findet<sup>5</sup>.

Solange einer Person Gefahren selbst einschätzen kann und sie damit als einwilligungsfähig anzusehen ist, kommt ein Handeln gegen ihren Willen nicht in Betracht. Dies gilt auch dann, wenn eine rechtliche Betreuung besteht. Für das Untersuchungsfeld muss aber davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen die Entscheidungskompetenz bei der rechtlichen Betreuung liegt. Ihr Handeln hat sich am Wohl der betreuten Person zu orientieren, § 1901 BGB. Ein Handeln gegen den Willen der Person kommt nur bei entsprechender erheblicher Selbstgefährdung in Betracht.

§ 1906 Abs.4 BGB setzt voraussetzt, dass die Maßnahme zum Wohl des Betroffenen erfolgt. Nach § 1906 Abs.4 BGB bedarf es einer gerichtlichen Genehmigung, wenn die freiheitsentziehende Maßnahme regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum erfolgt. Vorweggenommen werden kann, dass viele der im Feld erhobenen Maßnahmen regelmäßig erfolgen.

§ 1906 Abs.4 BGB legt fest, ab wann die Entscheidung des Betreuers zur Anwendung einer FeM einer gerichtlichen Genehmigung bedarf. Die rechtliche Debatte scheint sich oftmals auf diese Frage zu beschränken.

---

5 In zwei Fällen wurde im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung von einer Unterbringung nach PsychKHG berichtet. Allerdings ist nicht bekannt, dass eine Einrichtung in Bayern einen entsprechenden Versorgungsauftrag bzw. Beleihung gemäß Art. 8 Abs. 3 BayPsychKHG hat. In der Dokumentenanalyse fand sich keine solche Konstellation.



Der/Die Betreuer:in ist aber auch für FeM unterhalb dieser Genehmigungsschwelle zuständig für die Maßnahme und hat in seiner Entscheidung zu berücksichtigen, ob die FeM zur Abwendung einer erheblichen Gefahr bei Abwesenheit milderer Mittel erforderlich ist. Eine richterliche Kontrolle der Entscheidung findet in diesen Fällen nicht statt.

Das Betreuungsrecht ist am Wohl und an den Interessen der betroffenen Person ausgerichtet. Damit ist ausschließlich der Eigenschutz, also der Schutz vor Selbstgefährdung ein Grund, der die Maßnahme trägt. Dies stets unter der Voraussetzung, dass die Maßnahme geeignet und erforderlich ist. Die Freiheitsinteressen der betroffenen Person sind zu beachten, sodass der bloße Schutzgedanke allein die Maßnahme zur Sicherung der Person nicht trägt.

Eigengefährdung kann resultieren aus selbstverletzendem Verhalten, das geeignet ist, die Gesundheit erheblich zu gefährden. Beispielhaft lassen sich aufzählen: Weglaufen/Verirren/Hinlaufen, Sturzgefahr, enthemmtes Verhalten, Autoaggression, unwillkürliche Selbstverletzungen.

Drittinteressen scheiden für die Anwendung von FeM nach § 1906 Abs.4 BGB aus. Soweit zeitgleich eine Eigen- und Fremdgefährdung besteht, kann eine FeM über das Betreuungsrecht erfasst werden.

Erst recht können die FeM nicht als Sanktion oder als Druckmittel eingesetzt werden. Eine FeM darf auch nicht gleichgesetzt werden mit einer heilpädagogischen Maßnahme.

Ebenso scheidet der Verstoß gegen eine Hausordnung als Rechtfertigung aus, da diese der Einrichtung keine Ermächtigungsgrundlage für Grundrechtseingriffe gibt.

Selbstverständlich keine Rechtfertigung für einen Grundrechtseingriff wie einer FeM ergeben Zeit- oder Personalmangel, Routinen, übertriebene Sorge vor Haftung oder einfache Unkenntnis oder eigene Überforderung mit der Situation.

Keine FeM sind Maßnahmen, die erfolgen, wenn es an einer willentlichen Steuerung fehlt und unwillkürliche Bewegungen beispielweise dazu führen würden, dass eine Person ohne eine Sicherung aus dem Rollstuhl oder vom Stuhl rutschen würde.

Nicht immer lassen sich Eigen- und Fremdgefährdung klar trennen, bzw. das eine oder das andere tritt mehr in den Vordergrund. Die rechtliche Unterscheidung zwischen diesen beiden Gefährdungsarten mag die Praxis daher zuweilen Schwierigkeiten bereiten und womöglich auch zu Umdeutungsstrategien beitragen, aus einer Fremdgefährdung einen Eigengefährdungsgedanken herzuleiten.

## **VI. Auf welche Gründe wird die Anwendung von FeM in den untersuchten Einrichtungen gestützt? In welcher Häufigkeit kommen die Gründe zum Tragen?**

Der Fragestellung wurde hauptsächlich mit Hilfe der Ergebnisse der quantitativen Vollerhebung (aus der Perspektive der Einrichtungsleitungen) und der teilnehmenden Beobachtungen (aus der Perspektive der Einrichtungsmitarbeitenden) nachgegangen. Die weiteren Erhebungs- und Auswertungsschritte wurden zur Vertiefung und Erweiterung der quantitativen Befunde herangezogen.

## 1. Quantitative Vollerhebung

Die Einrichtungsleitungen wurden im Rahmen der schriftlichen Befragungen gebeten, Gründe für die in ihrer Einrichtung eingesetzten FeM zu benennen. Diese wurden den Begriffen der Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, Selbst- und Fremdgefährdung sowie weiteren Gründen für den Einsatz von FeM zugeordnet (vgl. Tabelle 21). Als weitere Gründe wurden u.a. genannt: pädagogische/therapeutische Zwecke, Wunsch der Bewohnenden (z.B. bei dem Einsatz von Bettgittern, Bauchgurten oder dem Einschluss), Hausregeln, Anspannung/Erregung/Unruhe der Bewohnenden, Deeskalation, Sachgefährdung, Suchtmittelmissbrauch oder medizinische Erfordernisse. Dem Bereich der Selbstgefährdung wurden am häufigsten der Einsatz von Bettgittern (33 Einrichtungen der Einrichtungen, die diese FeM anwenden), Bauchgurten im Sitzen (29), Stuhl- und Stecktischen (17) sowie Einschlüsse (17) zugeordnet. Die Isolierung (11), der Einschluss (6) sowie das Festhalten (6) wurden am häufigsten dem Bereich der Fremdgefährdung zugeordnet. Eine Kombination aus Selbst- und Fremdgefährdung wird als Begründung am häufigsten bei FeM durch Medikation (20), Isolierung (18) und dem Festhalten (13) angegeben. Weitere Gründe wurden häufig bei dem Einsatz von Stuhl- und Stecktischen (14), der Isolierung und dem Einsatz von Bettgittern angegeben. Insgesamt wird ein Großteil der FeM mit der Selbstgefährdung der Bewohnenden bzw. mit einer Kombination aus Selbst- und Fremdgefährdung begründet.

**Tabelle 21: FeM und Begründungen der Anwendung, Häufigkeiten (Mehrfachnennungen möglich; n=113 Einrichtungen)**

FeM	Anwendung absolut	Selbstgefährdung	Fremdgefährdung	Selbst- und Fremdgefährdung	Weitere Gründe
Einschließen	23	17	6	10	3
5-(und mehr) Punkt-Fixierung	9	6	1	4	1
4-Punkt-Fixierung	3	3	1	1	1
3-Punkt-Fixierung	11	7	1	4	2
Extremitäten-Fixierung im Liegen	6	4	-	2	-
Bauchgurt im Liegen	11	8	-	2	1
Beckengurt im Liegen	2	1	-	-	1
Fixierung mittels Kleidung	16	12	2	2	1
Extremitäten-Fixierung im Sitzen	15	9	2	3	4
Bauchgurt im Sitzen	34	29	1	-	7
Beckengurt im Sitzen	15	12	-	1	2
Netzbett	3	3	-	-	-
Bettgitter	38	33	-	-	8
Stuhl-/Stecktisch	28	17	-	1	14
Rollstuhl-Arretierung	11	9	-	1	2
Medikamente	30	10	4	20	5
Isolierung	30	10	11	18	10

**Tabelle 21: FeM und Begründungen der Anwendung, Häufigkeiten (Mehrfachnennungen möglich; n=113 Einrichtungen)**

FeM	Anwendung absolut	Selbstgefährdung	Fremdgefährdung	Selbst- und Fremdgefährdung	Weitere Gründe
Festhalten	17	7	6	13	1
Überwachung	17	5	2	11	5
Videoüberwachung	9	6	-	2	2
Wegnahme Kleidung/Schuhen	3	3	-	-	1
Wegnahme Fortbewegungs-/Orientierungsmittel	1	1	-	-	-

**Quelle:** transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Hinsichtlich des Einsatzes weiterer Interventionen wurde die Selbstgefährdung am häufigsten bei der Wegnahme von Nahrungs- und Genussmitteln (z.B. Nikotin) (10 Einrichtungen der Einrichtungen, die diese FeM anwenden), Verboten, die Einrichtung zu verlassen (7) sowie bei der Wegnahme von technischen Geräten (u.a. Smartphones) (7) angegeben. Fremdgefährdung als Grund für weitere Interventionen wurde häufig bei der Androhung bzw. tatsächlichen Kündigung des Wohnplatzes (23), dem Ausschluss von gemeinsamen Mahlzeiten (15) sowie dem Ausschluss von Gruppenangeboten (9) berichtet; die beiden letztgenannten ebenfalls bei der Selbst- und Fremdgefährdung (14 bzw. 19). Am häufigsten den weiteren Gründen zugeordnet wurden psychischer Druck bzw. Sanktionsandrohungen (23), die Unterbindung sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtungen (20) sowie innerhalb der Einrichtungen (19). Insgesamt wurden bei den weiteren Informationen hauptsächlich weitere Gründe und Selbst- und Fremdgefährdungen angegeben (vgl. Tabelle 22).

**Tabelle 22: Weitere Interventionen und Begründungen der Anwendung, Häufigkeiten (Mehrfachnennungen möglich; n=113 Einrichtungen)**

Weitere Interventionen	Anwendung absolut	Selbstgefährdung	Fremdgefährdung	Selbst- und Fremdgefährdung	Weitere Gründe
Ausschluss an gemeinsamen Mahlzeiten	49	3	15	19	12
Ausschluss an Gruppenangeboten	38	3	9	14	12
Androhung/ tatsächliche Kündigung des Wohnplatzes	38	2	23	3	10
Unterbindung sozialer Kontakte (innerhalb Einrichtung)	27	1	4	3	19
Psychischer Druck/Sanktionsandrohungen	27	-	2	2	23
Unterbindung sozialer Kontakte (außerhalb Einrichtung)	25	1	1	3	20
Verbot Einrichtung zu verlassen	23	7	2	3	11
Wegnahme von technischen Geräten	22	7	2	1	12
Verbot von Freizeitaktivitäten (außerhalb Einrichtung)	22	2	2	2	16
Wegnahme von Nahrung/ Genussmitteln	16	10	1	1	3
Verpflichtende Teilnahme an Gruppenangeboten	15	1	-	-	14
Verpflichtende Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten	12	-	-	-	12

**Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung**

Die relativen Verteilungen zeigen, dass bei der Anwendung von Netzbetten (100% der Begründungen innerhalb der FeM oder weiteren Intervention), 4-Punkt-Fixierungen (100%), die Wegnahme von Kleidung (100%), die Wegnahme von Hilfsmitteln (100%), der Einsatz von Bettgittern (86,8%), von Bauchgurten im Sitzen (85,3%), Rollstuhl-Arretierungen (81,8%) sowie Beckengurten im Sitzen (80%) hauptsächlich die Begründung Selbstgefährdung der Bewohnenden zum Tragen kommt (vgl. Tabelle 23).

**Tabelle 23: FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Selbstgefährdung (angeführt: Anteile >50%) (n=113 Einrichtungen)**

FeM/weitere Intervention	Einsatz absolut	Anteil Begründung: Selbstgefährdung
Einschließen	23	73,9%
5(und mehr)-Punkt-Fixierung	9	66,7%
4-Punkt-Fixierung	3	100%
3-Punkt-Fixierung	11	63,6%
Extremitäten-Fixierung im Liegen	6	66,7%
Bauchgurt im Liegen	11	72,7%
Fixierung mittels Kleidung	16	75%
Extremitäten-Fixierung im Sitzen	15	60%
Bauchgurt im Sitzen	34	85,3%
Beckengurt im Sitzen	15	80%
Netzbetten	3	100%
Bettgitter	38	86,8%
Stuhl-/Stecktische	28	60,7%
Rollstuhl-Arretierung	1	81,8%
Videoüberwachung	9	66,6%
Wegnahme Kleidung/Schuhe	3	100%
Wegnahme Fortbewegungs-/Hilfsmittel	1	100%
Wegnahme von Essen	16	62,5%

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Bei der Androhung bzw. tatsächlichen Kündigung des Wohnraumes (60,5%), der Isolierung (36,7%) sowie dem Festhalten (35,3%) wurde hauptsächlich die Begründung der Fremdgefährdung angegeben (vgl. Tabelle 24).

**Tabelle 24: FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Fremdgefährdung (angeführt: Anteile >25%) (n=113 Einrichtungen)**

FeM/weitere Intervention	Einsatz absolut	Anteil Begründung: Fremdgefährdung
Einschluss	23	26,1%
4-Punkt-Fixierung	3	33,3%
Isolierung	30	36,7%
Festhalten	17	35,3%
Ausschluss von gemeinsamen Mahlzeiten	49	30,6%
Androhung/tatsächliche Kündigung des Wohnplatzes	38	60,5%

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Die Begründung der Selbst- und Fremdgefährdung kommt relativ hauptsächlich bei dem Festhalten von Bewohnenden (76,7%), dem Einsatz von Medikamenten (66,6%), der Überwachung (64,7%) sowie der Isolierung (60%) zum Tragen (vgl. Tabelle 25).

**Tabelle 25: FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Selbst- und Fremdgefährdung (angeführt: Anteile >30%) (n=113 Einrichtungen)**

FeM/weitere Interventionen	Einsatz absolut	Anteil Begründung: Selbst-/Fremdgefährdend
Einschließen	23	43,5%
5(und mehr)-Punkt-Fixierung	9	44,4%
4-Punkt-Fixierung	3	33,3%
3-Punkt-Fixierung	11	36,4%
Extremitäten-Fixierung im Liegen	6	33,3%
Medikamente	30	66,6%
Isolierung	30	60%
Festhalten	17	76,7%
Überwachung	17	64,7%
Ausschluss von gemeinsamen Mahlzeiten	49	38,8%
Ausschluss von Gruppenangeboten	38	36,8%

**Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung**

Bei der verpflichtenden Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten (100%), der verpflichtenden Teilnahme an Gruppenaktivitäten (93,3%) sowie dem Einsatz von psychischem Druck bzw. Sanktionsandrohungen (85,2%) wurden hauptsächlich weitere Gründe (s.o.) angegeben (vgl. Tabelle 26).

**Tabelle 26: FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Weitere Gründe (angeführt: Anteile >50%) (n=113 Einrichtungen)**

FeM/weitere Interventionen	Einsatz absolut	Anteil Begründung: Weitere Gründe
Verpflichtende Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten	12	100%
Verpflichtende Teilnahme an Gruppenaktivitäten	15	93,3%
Psychischer Druck/ Sanktionsandrohungen	27	85,2%
Verbot von Freizeitaktivitäten (außerhalb Einrichtung)	22	72,7%
Wegnahme von technischen Geräten	22	54,5%

**Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung**

Da angenommen wurde, dass ein sog. Herausforderndes Verhalten als Faktor für die Anwendung von FeM darstellen kann, insbesondere wenn es mit (auto-)aggressiven Verhalten assoziiert ist, ist im Untersuchungsfeld nach dem Verständnis von Herausforderndes Verhalten gefragt worden.

*„Provokationen, Beleidigungen, Aggressivität“*

*„Provokationen, Beschimpfungen, Beleidigungen, Drohungen, Abwertungen, bewusste Regelverstöße“*

*„indiv. Verhaltensbesonderheiten, stereotypes V., orginelles V.“*

*„Verhalten, welches von gesellschaftlichen Normen abweicht und eine Überforderung für das Gegenüber darstellt“*

*„sozial provokativ, dis-sozial, sozial unangemessen, grenzverletzend“*

*„das Verhalten des Bewohners fordert den Betreuer heraus. Die Definition dieses Verhalten ist meiner Meinung nach sehr individuell. Ein Betreuer ist von bestimmten Verhalten sehr gestresst, dem anderen macht es gar nichts“*

*„Nicht der Norm entsprechend, regelwidrig oder ständig Grenzen auslotend sowie eine gesteigerte, oft manisch bedingte Überaktivität“*

*„Beschimpfung, Bespucken, festhalten, Auto- und Fremdaggressionen, Drohen, Urinieren, Koten und Stuhlschmierer, Essen werfen“*

*„Verhalten, dass nicht der gesellschaftlich erwarteten Norm entspricht und das Umfeld stört, in der Regel aber einem subjektiv sinnvollem Zweck folgt, den es herauszufinden gilt“*

*„Verhalten, das ein Eingreifen nahelegt“*

*„angespannte Situation, wenig Leichtigkeit“*

## **2. Teilnehmende Beobachtungen**

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen wurden Begründungen/Rechtfertigungen der beobachteten FeM und weiteren Interventionen erhoben, die hauptsächlich auf Selbstauskünften der Mitarbeitenden basieren. Acht der 42 FeM wurden mit der Selbstgefährdung von Bewohnenden begründet. Weitere Begründungen beziehen sich auf das Vorhandensein richterlicher Beschlüsse (4) oder die Beruhigung bzw. Entspannung der Bewohnenden (4). Weitere Gründe zeigt Tabelle 27.

**Tabelle 27: Begründungen der beobachteten FeM (n=42 FeM)**

FeM	Begründung
Selbstgefährdung	8
Richterliche Beschlüsse	4
Beruhigung/Entspannung Bewohnende(r)	4
Deeskalation	2
Abstimmung mit Betreuenden	2
Wohnform	2
Wunsch der Bewohnenden	2
Übergangslösung	1
Störung anderer Bewohnende	1
Notfälle	1
Brandschutzsicherheit	1
Keine Angabe	13

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Erfasste weitere Interventionen (n=12) bzw. sonstigen Eingriffe in die Rechte der Bewohnenden (n=41) wurden von den Einrichtungsmitarbeitenden mit Einrichtungsroutinen bzw. Gruppenregeln (5), dem Schutz Bewohnender (5), als Sanktionsmaßnahme (2), als Maßnahmen zur Deeskalation (2), der Beruhigung bzw. Entspannung der Bewohnenden (1), dem Schutz (1) sowie der Therapietreue der Bewohnenden (1) begründet (vgl. Tabelle 28).

**Tabelle 28: Begründungen der beobachteten weiteren Interventionen (n=53 Interventionen und Eingriffe)**

Begründung der beobachteten weiteren Interventionen	Anzahl
Einrichtungsroutinen/Gruppenregeln	5
Schutz Bewohnender	5
Sanktionsmaßnahme	2
Deeskalation	2
Beruhigung/Entspannung Bewohnender	1
Therapietreue	1
Keine Angabe	37

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

### 3. Dokumentenanalyse

Aus der Dokumentenanalyse der Einrichtungen (n=5) ist zu ersehen, dass über die Unterbringung hinausgehende Freiheitsentziehende Maßnahmen regelhaft durch Selbstverletzung oder Eigengefährdung des Bewohnenden begründet wurden. Jeweils wurden entsprechende Gutachten in Auftrag gegeben und gutachterlich die Notwendigkeit bejaht. Daraufhin erfolgte eine Genehmigung durch das zuständige Betreuungsgericht. Überwiegend wurden Absonderungen im Zimmer, im Time-Out-Raum und selten mechanisch Fixierungen im Bedarfsfall genehmigt.

### 4. Fokusgruppen

Die von den Fokusgruppenteilnehmenden angeführten Gründe für die Anwendung von FeM und weiteren Interventionen wurden im Zuge der inhaltsanalytischen Auswertung den beiden Kategorien der Gründe und Ziele des Einsatzes sowie den einhergehenden Verhaltensweisen und Kontextbedingungen des Einsatzes von FeM und weiteren Interventionen zugeordnet. Die Tabelle 29 und Tabelle 30 zeigen die Rechtfertigungen und Ursachen, die in den Fokusgruppen berichtet wurden.



**Tabelle 29: Gründe und Kontextbedingungen FeM, Fokusgruppen**

Gründe und Ziele	Verhaltensweisen und Kontextbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstgefährdung</li> <li>• Fremdgefährdung</li> <li>• Gesundheit</li> <li>• Hygiene</li> <li>• Begrenzungen ermöglichen Teilhabe</li> <li>• Beruhigung/Selbstkontrolle</li> <li>• Deeskalation</li> <li>• Selbstschutz der Mitarbeitenden</li> <li>• Schutz der Bewohnenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkoten/Kotschmierer</li> <li>• Übergriffe</li> <li>• Akute Krise</li> <li>• Sicherheitsbedürfnis der Bewohnenden</li> <li>• Ruhebedürfnis der Bewohnenden</li> <li>• Gewohnheit</li> <li>• Eigener Wunsch</li> <li>• Unruhe im Wohn-/Arbeitsbereich</li> <li>• Provokation durch andere Bewohnende</li> <li>• Beengte Wohnverhältnisse</li> <li>• Gruppenzusammensetzung</li> <li>• Eingeschränkte Bewegungsfreiheit</li> <li>• Eingeschränkte Freizeitgestaltung</li> <li>• Medikamentensucht/-wunsch</li> <li>• Konfliktsituationen</li> <li>• Wunsch nach Einweisung</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

**Tabelle 30: Gründe und Kontextbedingungen hinsichtlich der weiteren Interventionen, Fokusgruppen**

Gründe und Ziele	Verhaltensweisen und Kontextbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheit</li> <li>• Hygiene</li> <li>• Entwicklung ermöglichen</li> <li>• Erleichterung der Alltagsabläufe</li> <li>• Teilnahme am Gruppenleben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelverstöße</li> <li>• Übergewicht</li> <li>• Schlafprobleme</li> <li>• Einnässen</li> <li>• Naschsucht</li> <li>• Alkoholsucht</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

## 5. Expert:innen-Workshops

Analog zu den Fokusgruppen wurden auch die in den Expert:innen-Workshops von den Teilnehmenden geäußerten Gründe und Ziele des Einsatzes sowie den einhergehenden Verhaltensweisen und Kontextbedingungen des Einsatzes von FeM und weiteren Interventionen kategorisiert. Diese zeigen die Tabelle 31 und Tabelle 32.

**Tabelle 31: Gründe und Ziele FeM, Expert:innen-Workshops**

Gründe und Ziele	Verhaltensweisen und Kontextbedingungen (FeM)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutz, Schutzbedarf</li> <li>• Sicherheit (bei körperl. Beeinträchtigung)</li> <li>• Lebenserhaltung</li> <li>• Normalität wiederherstellen</li> <li>• Stabilisation</li> <li>• Regulation</li> <li>• Verkehrssicherheit</li> <li>• Fremdgefährdung</li> <li>• Selbstgefährdung</li> <li>• Hilfskonstrukt: Selbstgefährdung als umgedeutete Fremdgefährdung</li> <li>• Entspannung der Situation</li> <li>• Vermeidung anderer FeM</li> <li>• Deeskalation</li> <li>• Zeitersparnis</li> <li>• Teilhabe ermöglichen</li> <li>• Ruhe finden können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsicherheit und Ängste bei Mitarbeitenden</li> <li>• Hilflosigkeit der Mitarbeitenden</li> <li>• Ohnmacht der Mitarbeitenden, Verantwortung abgeben wollen</li> <li>• Sich spüren wollen (Bewohnende)</li> <li>• Grenzüberschreitungen</li> <li>• Stresssituationen</li> <li>• Kommunikationsschwierigkeiten</li> <li>• Mangelnde Ressourcen</li> <li>• Mangelnde Bewegungsfreiheit</li> <li>• Zwang</li> <li>• Eigener Wunsch der Bewohnenden</li> <li>• Pandemieschutz</li> <li>• Mangelnde Fachlichkeit</li> <li>• Psychische Krisen</li> <li>• Körperliche Schmerzen</li> <li>• Konzentration von Intensivfällen</li> <li>• Unterfüllte Wünsche, Bedürfnisse und Ziele</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

**Tabelle 32: Gründe und Ziele hinsichtlich weiterer Interventionen, Expert:innen-Workshops**

Gründe und Ziele (weitere Interventionen)	Verhaltensweisen und Kontextbedingungen (weitere Interventionen)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapie</li> <li>• Entwicklung</li> <li>• Vermeidung von FeM</li> <li>• Umgang mit Freiheit lernen</li> <li>• Ordnung und Hygiene</li> <li>• Zeitersparnis</li> <li>• Erziehung</li> <li>• Aufklärung über Verhalten</li> <li>• persönliche Entwicklung</li> <li>• Strukturen durchsetzen</li> <li>• Freiheitsermöglichung</li> <li>• Förderung der Entwicklung durch Motivation weitere Vergünstigungen und Freiheiten zu erhalten</li> <li>• Erlernen einer Tagesstruktur</li> <li>• Erlernen erfolgreicher Kommunikation</li> <li>• In den Tag leben soll unterbunden, Langeweile vermieden werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygieneverweigerung</li> <li>• Machtausübung (durch Mitarbeitende)</li> <li>• Mangelnde Ressourcen</li> <li>• Pandemiesituation</li> <li>• Genusssucht</li> <li>• Institutionelle Gewalt</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

Hauptsächlich wurden die zur Abwendung von Selbstgefährdung zugeordneten Gründe Ruhe, Schutz, Sicherheit und Lebenserhaltung der Bewohnenden von den Expert:innen thematisiert. Weitere Diskussionspunkte waren die (Verhaltens-)Regulation und -Stabilisation sowie die (Wieder-)Herstellung von Normalität. Außerdem wurde auch darauf hingewiesen, dass der Einsatz von FeM selbst eine Deeskalationsstrategie darstellen könne, die zur Vermeidung anderer FeM von stärkerer Intensität dienen könne. In der Praxis sei nicht selten die Begründung der Selbstgefährdung eine auf Anfrage der Betreuungspersonen (rechtlich) umgedeutete Fremdgefährdung, die es mittels FeM abzuwenden gelte. Dieser Zustand wurde sehr kritisch betrachtet. Auch der Umstand, dass FeM bei mangelnden Ressourcen und Personal als „schnelle Lösung“ herhalten würden, wurde thematisiert. Bezüglich des Einsatzes von weiteren Interventionen mit potentiellem Zwangscharakter wiesen die Expert:innen auf therapeutische und entwicklungspädagogische Aspekte hin, die unter anderem auch der Vermeidung von Situationen dienen sollten, in denen FeM notwendig werden könnten. Konkret gehe es dabei darum, den Umgang mit Freiheit zu lernen, Ordnung und Hygiene einzuhalten oder über das eigene (herausfordernde) Verhalten aufgeklärt zu werden. Dabei stünden sich teilweise die persönliche Entwicklung der Bewohnenden und das Durchsetzen einrichtungsinterner Strukturen gegenüber: Freiheitsermöglichung sei mit der Förderung der persönlichen Entwicklung durch Motivation zur Einhaltung von Absprachen und Regeln verknüpft, wodurch weitere Vergünstigungen und Freiheiten eröffnet würden. Des Weiteren wurde die Notwendigkeit des Erlernens einer Tagesstruktur sowie einer erfolgreichen Kommunikation angeführt. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass solche Interventionen dazu beitragen würden, dass ein „in den Tag leben“ unterbunden werde und Unordnung, Zügellosigkeit und Langeweile vermieden würden. Vordergründig erfolge dies im Sinne der persönlichen Entwicklung der betroffenen Person, nicht selten diene es aber auch zur Erleichterung der Alltagsabläufe und Zeitersparnis bei Betreuung und Pflege in den Einrichtungen.

## VII. Welche Alternativen gibt es, um FeM zu vermeiden?

Aus dem Schrifttum lassen sich sowohl evidenzbasierte Maßnahmen (vgl. Hirsch & Steinert, 2019; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018) bzw. im Sinne eines erweiterten Evidenzverständnisses empfohlene Maßnahmen (Theunissen 2021a, b; Theunissen & Kulig, 2019) wie weitere Handlungs- und Praxisempfehlungen (Ministerium für Soziales,

Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, 2019, CBP 2018) entnehmen. Oftmals richten sich diese allerdings an Personen mit psychischen Erkrankungen oder an psychiatrische Einrichtungen und seltener spezifisch an das Untersuchungsfeld Einrichtungen für Menschen mit komplexen Behinderungen. Schließlich gilt auch hier einschränkend zu bedenken, dass sie sich in den Einrichtungen mit unterschiedlichen Problemlagen befinden und heilpädagogische Ansätze für eine Gruppe gut passen, für andere aber nicht. Vor diesem Hintergrund ist auch zu sehen, dass die umfangreichen Arbeiten von Theunissen einen Fokus auf Menschen mit heilpädagogischen Hilfebedarf haben, während sich bei der Gruppe der Menschen mit Suchterkrankung oder mit psychischen Erkrankungen andere Ansätze als zielführender zeigen dürften. Einige Merkmale und Rahmenbedingungen lassen sich dennoch ohne eine zielgruppenspezifische Einschränkung finden. Dieses betrifft zum einen eine ausreichende Personalausstattung und strukturelle Rahmenbedingungen wie Gruppengroße, Rückzugsräume, ausreichend Raum für Privatheit, offene und freundliche Bauweise und Gestaltung der Räumlichkeiten. Zu den Strukturen gehören auch regelmäßige Schulungen und Fortbildungen, Deeskalationstraining, Risikoeinschätzung, Besprechungen, Supervision, Nachbesprechungen und das Annehmen einer wertschätzenden Haltung und ein Verständnis von Zwang als letztes Mittel. Damit sind sowohl individuelle, personelle und institutionelle Bedingungen genannt, die zur Entstehung von Aggressionen und Gewalt beitragen bzw. sie reduzieren.

Empfehlungen geben das Führen von sog. Alternativgesprächen an, mit dem der Fokus auf ein Denken in Alternativen und damit neuen Möglichkeiten des Handelns gelenkt werden soll. Weitere Empfehlungen sind das Erstellen von Handlungskonzepten zur Vermeidung von FeM. Verfolgt werden sollte der personenzentrierte Ansatz nach Rogers (1951). Für den Bereich der Menschen mit Behinderungen, mit denen eine Verständigung oder eine Einsicht nur eingeschränkt möglich ist, werden Hilfsmittel empfohlen, die dazu dienen sollen, die Bewegungsfreiheit weniger stark einzuschränken. Dabei werden Bereiche adressiert, wie den Zugriff auf den eigenen Körper reduzieren (Schutzhandschuhe, Overall), Hilfsmittel zu Sturzverhinderung und zum Abmildern möglicher Sturzfolgen. Der Markt hält hier einige Hilfsmittel bereit, die tiefgreifendere Eingriffe verhindern können. Als evidenzbasierte Maßnahme gilt zudem ein regelmäßiges Deeskalationstraining, zu nennen sind ProDeMa und für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung das Training PeDeS. Deeskalationsstrategien setzen bereits beim Verständnis für die Entstehung von Aggressionen und herausforderndem Verhalten an und stellen eine umfassende Intervention auf Basis eines personenzentrierten Ansatzes dar, in dem der Beziehungsaufbau eine wichtige Rolle spielt (Auer et al., 2019).

Aus den eigenen Erhebungen ergeben sich weitere Erkenntnisse und Überlegungen zu Alternativen zu FeM.

## **1. Quantitative Vollerhebung**

Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zur Vermeidung von FeM wurden im Rahmen der quantitativen Vollerhebung verschiedene Merkmale erhoben, die zur Vermeidung von FeM beitragen können. Dazu gehören das Vorhandensein von Leitfäden und Standards für den Umgang mit herausforderndem Verhalten, die klare Zuweisung von Verantwortlichkeiten an beauftragte Personen sowie klare Regelungen der Anordnung von Maßnahmen, eine Ausstattung zur Prävention, die regelmäßige Thematisierung von FeM und herausforderndem Verhalten in Teamsitzungen, regelmäßige und umfassende Fort- und Weiterbildungen, umfassende und multiprofessionelle Kooperationen sowie die Einbindung Dritter bei der Entscheidung

64 über den Umgang mit herausforderndem Verhalten und den Einsatz von FeM. Tabelle 33 zeigt die Anzahl und den Anteil der Einrichtungen, die Angaben, die jeweilige Strategien zur Vermeidung von FeM zu nutzen.

**Tabelle 33: Strategien zur Vermeidung von FeM (n=104)**

Strategien	Einrichtungen	
	Anzahl	Anteil
Leitfaden und Standards	77	68,1%
Beauftragte für Umgang mit HV/FeM	56	49,6%
Vollständige/teilweise Regelungen der Anordnung von Maßnahmen	85	75,2%
Ausstattung	39	34,5%
Regelmäßige Thematisierung		
• HV	108	95,6%
• FeM	88	77,9%
Fort- und Weiterbildung	92	81,4%
Multiprofessionelle Kooperation	84	74,3%
Einbindung		
• Bewohnende	72	63,7%
• Heimbeirat	31	27,4%
• Angehörige	71	62,8%
• Rechtliche Betreuung	81	71,7%

**Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung**

Fort- und Weiterbildungen wurden in den untersuchten Einrichtungen innerhalb der vergangenen 24 Monaten in verschiedenen Bereichen durchgeführt: u.a. in der Krisenintervention/Deeskalation, zu herausforderndem Verhalten oder zu FeM. Einrichtungen, die mit internen und externen Partner:innen beim Auftreten von herausforderndem Verhalten kooperierten, nannten dabei am häufigsten die Kooperation mit anderen (Fach)Kliniken und Krankenhäusern, psychologischen und psychiatrischen Diensten sowie anderen (Fach)Ärzt:innen.

## 2. Teilnehmende Beobachtung

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnten folgende Strategien und Alternativen zur Vermeidung von FeM beobachtet werden. Diese bezogen sich sowohl auf Utensilien als auch auf das Verhalten von Mitarbeitenden. Einschränkend muss betont werden, dass mögliche Eskalationen in Form von der Anwendung von FeM größtenteils spekulativ sind und dass die Bewertung der jeweiligen Alternative häufig ausgehend vom „Worst-Case-Szenario“ (wie Fixierung) erfolgte. Somit stellen die erfassten Alternativen teilweise keine Vermeidung von FeM dar, sondern eine vermeintliche mildere Maßnahme unter verschiedenen freiheitsentziehenden Maßnahmen.

### a. Hilfsmittel und Umgebungsgestaltung

Beobachtet wurden verschiedene Hilfsmittel sowie eine Umgebungsgestaltung, die zur Vermeidung von Fixierung oder zur Deeskalation der Situation beitragen. Eine Kurzbeschreibung der jeweiligen Situationen, der herangezogenen Maßnahmen sowie deren beobachteter Effekt sind in Tabelle 34 dargestellt.

**Tabelle 34: Beobachtete Vermeidung von FeM oder bestimmten FeM, Hilfsmittel**

Kurzbeschreibung	Beobachteter Effekt
Weitere Matratze neben Bett, da Sturzgefahr bei Bewohnenden	Vermeidung von Fixierung
Speziell angefertigte „höhlenartige“ Zimmer mit LEDs	Beruhigung der Bewohnenden; Prävention
Lärmschutzkopfhörer bei Unruhe in der Gruppe, selbstständiges Tragen und Absetzen der Kopfhörer durch Bewohnende	Deeskalation und Entspannung
Nacktes Schlafen, reißfeste Bettwäsche bei Strangulationsgefahr sowie nächtlichem Einkoten	Vermeidung von Fixierung
Kayserbetten	Vermeidung von Fixierung
Fäustlinge/Baumwollhandschuhe	Vermeidung von Fixierung bzw. verringerter Dauer

Quelle: transfer, eigene Darstellung

## b. Verhalten von Mitarbeitenden

Tabelle 35 zeigt beobachtete Verhaltensstrategien, die von den Mitarbeitenden zur Vermeidung von FeM herangezogen wurden, sowie deren beobachtete Effekte.

**Tabelle 35: Vermeidung von FeM, Verhalten von Mitarbeitenden**

Kurzbeschreibung	Beobachteter Effekt
Aufenthalt eines Bewohnenden im Innenhof während Abendbrotzeit trotz Hinweis auf Essenszeit; Option zum Verweilen im Hof und Möglichkeit zum späteren Abendessen	Deeskalation durch Möglichkeit selbstbestimmter Entscheidung
Sehr aggressives, fremdgefährdendes Verhalten gegenüber anderen Mitbewohnenden (inkl. körperliche Gewalt) durch Bewohnenden, Verweigerung des Bewohnenden sich freiwillig in „Klinik“ zu begeben, Dokumentation und Beruhigung durch Mitarbeitende, Hinzuziehen des internen Psychiaters, Einholen eines richterlichen Beschlusses sowie Hinzurufen von Polizei und Sanitätern, Verweigerung der Gabe von „Zwangsmedikation“ durch Mitarbeitende trotz Aufforderung durch Sanitäter	Keine Anwendung FeM innerhalb Einrichtung
Nächtlicher Streit zwischen zwei Bewohnenden, Schlichtung und Lösungsvorschläge durch Mitarbeitende	Deeskalation, partizipative Entscheidungsmöglichkeiten
Verlassen des Zimmers eines Bewohnenden während Mittagsruhe, Reaktion der Mitarbeitenden mit Humor und Gelassenheit	Vermeidung einer Eskalation
Aufenthalt eines Bewohnenden im Flur, Verweigerung der Abendpflege im Zimmer; geduldiges und freundliches Verhalten der Mitarbeitenden, Angebot Bewohnenden mit Rollstuhl ins Zimmer zu bringen	Partizipative Entscheidungsmöglichkeiten, Vermeidung von Zwang
Abweichung von Einrichtungsroutine, Angebot von Möglichkeiten zur eigenen Entscheidung	Partizipative Entscheidungsmöglichkeiten, Vermeidung von Zwang
Das „Nein“ eines/r Bewohnenden wird akzeptiert, eine Alternative wird gemeinsam gesucht	Partizipative Entscheidungsmöglichkeiten, Vermeidung von Zwang
Eigene Zubereitung von Mahlzeiten/Nahrungsmittel für die Nachtzeiten sowie Mitnahme dieser auf die Zimmer	Entscheidungsmöglichkeiten
Schlagen des eigenen Kopfes gegen einen Schrank eines Bewohnenden, kein Eingreifen der Mitarbeitenden	Vermeidung von Eskalation durch Nicht-Intervention

Quelle: transfer, eigene Darstellung

## 3. Fokusgruppen

Im Rahmen der Auswertungen von Teilnehmendenaussagen in den Fokusgruppen zu Alternativen und Vermeidungsstrategien zeichnete sich eine Kategorisierung der Antworten auf drei Ebenen ab: Einrichtungen, Mitarbeitende, Bewohnende. Tabelle 36 zeigt die genannten Alternativen und Vermeidungsstrategien für die verschiedenen Ebenen.

**Tabelle 36: Alternativen und Vermeidungsstrategien, Fokusgruppen**

Einrichtungen	Mitarbeitende	Bewohnende
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion von Freiheitsbegrenzungen und Evaluation der Maßnahmen</li> <li>• Rückzugs- und Ausweichmöglichkeiten, Freiraum</li> <li>• Ausgleich durch Freizeitgestaltung, Ausweitung der Lebensbereiche</li> <li>• Vermeidung negativer Reize</li> <li>• schrittweise zielorientierte Reduktion von Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offenes Aufeinander zugehen und Kommunikation</li> <li>• Reflexion des eigenen Verhaltens und Perspektivenwechsel</li> <li>• Individuelle Beachtung des Gesamtkontextes und der Bedürfnisse sowie Entwicklungsmöglichkeiten des Individuums</li> <li>• Vorausschauendes, unterstützendes Verhalten und Wissen um Konfliktsituationen, Schulungen</li> <li>• Training bspw. zu Kommunikationsstrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stufenpläne, einvernehmliche Festlegung von Reglementierung und Auflagen</li> <li>• Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Perspektiven und Zielen</li> <li>• Gespräche über aktuelle Befindlichkeiten</li> <li>• Medikation zur Vorbeugung</li> <li>• Schlichtung durch Mediation</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

Auf Ebene der Einrichtungen nannten die Teilnehmenden der Fokusgruppe eine kritische Reflexion und stete Evaluierung etwaiger Freiheitsbegrenzungen und Maßnahmen, die Ermöglichung von Rückzugs- und Ausweichmöglichkeiten, beispielsweise durch persönliche Räume zur Vermeidung von Konflikten und Fixierung, die Bedeutung von Freizeitgestaltung und eine Ausweitung der Lebensbereiche, um Ausgleich zu schaffen und Beengung zu vermeiden, die Vermeidung von negativen Reizen sowie eine schrittweise zielorientierte Reduktion von Maßnahmen, die Teilhabe ermöglicht und den Einsatz von FeM vermeidet. Auf Ebene der Mitarbeitenden wurden die Beachtung von Kommunikationsschwierigkeiten sowie ein offenes Auseinandergespräch genannt, die Reflexion des eigenen Verhaltens und jeder Maßnahme sowie Perspektivwechsel, die individuelle Beachtung und Respektierung des Gesamtkontextes und der Bedürfnisse sowie Entwicklungsmöglichkeiten des Individuums, ein vorausschauendes, unterstützendes statt sanktionierendes Verhalten sowie Wissen um Konflikte und Krisen, um diesen vorzubeugen. Zudem wurde auf Schulungen („Intensivkraft“) als hilfreiches Mittel zur Vermeidung von FeM hingewiesen. Auf Ebene der Bewohnenden nannten die Teilnehmenden Training, um Verhaltensmuster zu durchbrechen, sowie das Erlernen von erfolgreichen Kommunikationsstrategien. Stufenpläne können Eigenverantwortung und Motivation stärken und durch Struktur die Selbstkontrolle fördern, dabei wurde auf die Bedeutung einer einvernehmlichen Festlegung von Reglementierungen/Auflagen hingewiesen. Zudem wurden eine Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden und Bewohnenden genannt, beispielsweise um gemeinsame Perspektiven und Ziele zu entwickeln, sowie regelmäßige, intensive Gespräche über aktuelle Befindlichkeiten, Medikation zur Vorbeugung von Situationen sowie Schlichtung durch Mediation.

#### 4. Expert:innen-Workshops

Aus den Expert:innen-Workshops gingen zusätzlich Strategien zur Vermeidung von FeM hervor, die sich z.T. mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppen überschneiden und diese bestärken. Tabelle 37 zeigt die genannten Strategien aufgeschlüsselt nach Einrichtung, Mitarbeitende und Bewohnende.



**Tabelle 37: Alternativen und Vermeidungsstrategien, Expert:innen-Workshops**

Einrichtung	Mitarbeitende	Bewohnende
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit und Vernetzung</li> <li>• Tagesgestaltung mit Freizeitmöglichkeiten, Öffnung, Frei und Rückzugsorte sowie Strukturen ohne Zwang</li> <li>• Reizarme Gestaltung der Umgebung und (technischen) Hilfsmitteln</li> <li>• Pädagogische und therapeutische Maßnahmen</li> <li>• Homogenisierende Gruppen</li> <li>• Informeller Zwang als "mildere Maßnahme"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstreflexion und Perspektivwechsel</li> <li>• Individuelle Beachtung der Gesamtsituation und des Individuums</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Vorausschauendes Verhalten und Fachlichkeit</li> <li>• Zulassen und Aushalten von Konflikten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Verhaltens)Therapie und Medikation</li> <li>• Unterstützte Kommunikation</li> <li>• Langfristige Aushandlungsprozesse</li> <li>• Abbau von Zwangssituationen zum Spannungsabbau</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

Auf Ebene der Einrichtungen wurde eine langfristige und intensive Zusammenarbeit aller Beteiligten sowie eine Vernetzung, Rufbereitschaft und Stufenpläne genannt. Zudem können laut den befragten Expert:innen FeM durch eine Tagesgestaltung mit Freizeitmöglichkeiten im Sozialraum, Frei- und Rückzugsräume, Bewegungsfreiheit, einer Struktur ohne Zwang sowie Stufensystem vermieden werden. Es wurde auf eine reizarme und antizipierende Umgebungsgestaltung sowie den Einsatz von technischen Alternativen und Ausstattung hingewiesen. Pädagogische und therapeutische Maßnahmen wie mehrstufige Deeskalationsprogramme und Medikation sowie Verstärkerpläne, homogenisierende Gruppen und die Nutzung von informellem Zwang als „mildere Maßnahme“ wurden zusätzlich genannt. Auf Ebene der Mitarbeitenden wurden Perspektivwechsel („Schattentage“, Selbsterfahrung) und Selbstreflexion, um eigene Überforderung einzugestehen und Hilfe anzunehmen, genannt. Außerdem helfen nach den befragten Expert:innen ein individuelles Urteilen, eine Beachtung und das Respektieren der Gesamtsituation sowie der Wünsche und des Erlebens der Betroffenen, Herausforderndes Verhalten zu vermeiden. Auch ein vorausschauendes Verhalten, um Bedürfnisse und Wünsche zu antizipieren, Unter- sowie Überforderungen zu erkennen, eine hohe Fachlichkeit und das sowie das Zulassen und Aushalten von Konflikten und Situationen seien hilfreich. Auf Bewohnendenebene wurden eine unterstützte Kommunikation sowie langfristige und frühzeitig initiierte Aushandlungsprozesse, aber auch Verhaltenstherapie mit Psycho-Information statt Psycho-Edukation sowie Medikation als geeignete Methoden genannt, um Spannungen, Bedürfnisse und Wünsche rechtzeitig zu erkennen und damit herausforderndes Verhalten zu vermeiden.

## 5. Dokumentenanalyse

### a. Organisation der medizinischen Versorgung

In der medizinischen Versorgung wurde aus den Akten deutlich, dass die untersuchten Einrichtungen jeweils sachgerechte Kooperationsbeziehungen gefunden hatten. Dies bestanden beispielsweise zu Psychiatrischen Institutsambulanzen oder zu engagierten niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen. Auch die hausärztliche Versorgung scheint überwiegend durch engagierte Einzelpersonen gesichert.

Beklagt wurde in mehreren Heimen, dass die Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser schwierig sei. Die Krankenhäuser würden Aufnahmen abwehren. Insbesondere bei Menschen mit geistigen Behinderungen sei die stationäre Versorgung schlecht.

68 Kritisch muss hier sicherlich angeführt werden, dass Erwartungen zur Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus insbesondere in Bereiche für Menschen mit geistiger Behinderung in Heimen und in Krankenhäuser unterschiedlich betrachtet werden, und dass dieser Konflikt um die „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“ ein grundlegender ist.

## **b. Gerichtsbeschlüsse**

1. Für alle dokumentierten FeM fand sich eine gerichtliche Genehmigung oder eine andere Begründung (Vorsorgevollmacht, nicht mobil – siehe 6. Und 7.)
2. Formal fanden sich bei den Unterbringungsbeschlüssen nur wenige Auffälligkeiten.
3. Gerichtsbeschlüsse waren häufig formelhaft. Diese bestanden aus sich wiederholenden Textbausteinen. Den Akten war zu entnehmen, dass oft über Jahre (und manches Mal Jahrzehnte) immer die gleichen Gutachter beauftragt wurden. Das führte dann zu Gutachten, die wenig Varianz aufwiesen: Oft war diese alle 2 Jahre nahezu identisch, einzig Datum und einige Verlaufsaspekte hatten sich geändert. Basierend auf diesen Gutachten erging ein Beschluss, der zwei Jahre zuvor ergangen war. Auch hier änderte sich nur das Datum.
4. In einer Einrichtung fiel ein Gutachter dadurch (positiv) auf, dass er sich mit jedem neuen Gutachten intensiv damit auseinandersetzte, ob Freiheitsentziehende Maßnahmen weiterhin notwendig sind, wie diese anderes gestaltet werden können und welche Alternativen bestehen. Dies war aber eine Ausnahme.
5. In der ersten Phase der Corona-Pandemie gab es einige Gerichte, die die Betroffenen mit Verweis auf die Infektionsgefahr nicht anhörten. Dies war aber zeitlich eng eingrenzbare.
6. In einer Einrichtung gab es mehrere Bewohnende, die – nachdem sie auch vom Alter her nicht mehr weglafen konnten– im Rahmen einer „Vorsorgevollmacht“ „durch den Betreuer“ ihr Einverständnis gaben, auf einer geschlossen geführten Wohneinrichtung zu bleiben.
7. Einige Unterbringungen wurden beendet, nachdem auf Grund der körperlichen Hinfälligkeit oder Immobilität keine Weglaufgefahr mehr bestand. Dies betrifft vor allem eine Einrichtung, in der überwiegend Menschen mit geistiger Behinderung leben, die dort überwiegend ihre Lebensperspektive „bis zum Tod“ gefunden haben.
8. Problematisch ist in den Gerichtsbeschlüssen der Begriff des Time-Out-Raumes. Von manchen Gerichten wird eine Unterbringung im Time-Out-Raum als Freiheitsentziehende Maßnahme genehmigt, wobei hier zu diskutieren ist, ob es sich bei einem Time-Out Raum nicht vorrangig um therapeutisches Angebot handelt (vgl. z.B. [time-out-raum-beschreibung.pdf \(schaefer-lage.de\)](https://www.schaefer-lage.de/time-out-raum-beschreibung.pdf)) Die dahinter stehenden Konzepte blieben unklar.
9. Positiv fielen bei vielen Betreuungsverfahren auf, dass die Verfahrenspfleger:innen aktiv eingebunden waren und kompetent im Verfahren auftraten. Dies ist insbesondere auch dann relevant, wenn der:die Erstbetreuende aus dem Kreise der Familie kommt. Hier sind der Akten oft Loyalitätskonflikte zu entnehmen.

Die Reflexion der Freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Einrichtung wird sehr unterschiedlich dokumentiert. Dies variierte je nach Einrichtung: In manchen Einrichtungen gab es regelmäßige FeM-Besprechungen und eine entsprechende FeM-Kultur, um Freiheitsentziehende Maßnahmen zu unterbinden. In anderen Einrichtungen gab es formalisierte Dokumente im Qualitätsmanagementsystem, die aber dann sehr schematisch mit Textbausteinen ausgefüllt wurden und aus denen nicht deutlich wurde, dass es tatsächlich ein Ringen um Alternativen gab.



## **VIII. Bestehen bauliche oder personelle Besonderheiten, die die Vermeidung von FeM begünstigen, z. B. Beschäftigung von pädagogischen Fachkräften? Können hieraus Best-Practice-Beispiele entwickelt werden?**

Aus Studien ist bekannt, dass architektonische Maßnahmen, die einer offenen, hellen und freundlichen Bauweise entsprechen zur Reduktion von Gewalt und Zwang beitragen. Ebenso leistet das Verkleinern von Stationsgrößen (respektive Gruppengrößen) einen Beitrag (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018; Steinert & Hirsch, 2019). Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse werden zur Beantwortung der Frage nach baulichen oder personellen Besonderheiten, die die Vermeidung von FeM begünstigen können, primär die Angaben der quantitativen Vollerhebung genutzt. Die teilnehmenden Beobachtungen, Dokumentenanalyse sowie die Fokusgruppen und Expert:innen-Workshops liefern hier ausschließlich ergänzende Hinweise.

### **1. Quantitative Vollerhebung**

Zunächst werden nachfolgend die strukturellen und organisationalen Charakteristika der untersuchten Einrichtungen, auf Basis der Selbstangaben der befragten Einrichtungsleitungen beschrieben (vgl. hierzu auch „Stichprobe“ auf Seite 25). Anschließend werden potenzielle Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen und einer möglichen Vermeidung von FeM berichtet.

#### **a. Einrichtungsgröße und bauliche Struktur**

Im Durchschnitt verfügen die Einrichtungen 57 Plätze (SD=69, Range=4-426), welche sich im Schnitt auf sechs Gruppen (SD=8, Range=0-52) verteilen. Die 14 Einrichtungen, die angegeben haben über geschlossene Plätze zu verfügen, gaben einen Mittelwert von 38 Plätzen (Range=8-157) mit durchschnittlich vier Gruppen an. Im Mittel verfügen die Einrichtungen über 52 Zimmer (SD=63, Range=4-403), davon sind durchschnittlich 47 Einzelzimmer (SD=59, Range=4-372) und fünf Doppelzimmer (SD=10, Range=0-70). 57 Einrichtungen gaben an ausschließlich über Einzelzimmer zu verfügen, eine Einrichtung gab an Drei-Bett-Zimmer zu nutzen. In 39 der 56 Einrichtungen mit Mehrbettzimmern gibt es je ein zusätzliches Ausweichzimmer. 27 Einrichtungen stellen darüber hinaus auch Appartements für Ihre Bewohnenden zur Verfügung. Die Einzelzimmer haben im Durchschnitt eine Wohnfläche von 17 qm (SD=3, Range=10-30), Doppelzimmer eine Fläche von 23 qm (SD=5, Range=18-36). Die o.g. Appartements sind durchschnittlich 32 qm groß (SD=9, Range=14-53). 103 Einrichtungen (91%) gaben an, dass jede Wohngruppe über eine frei zugängliche Küche verfügt. In 112 Einrichtungen (99,1%) gibt es je Wohngruppe mindestens einen Gemeinschaftsraum. In 99 Einrichtungen (87,6%) verfügen die Wohngruppen jeweils über einen Balkon oder eine Terrasse. 97 Einrichtungen (85,8%) gaben an, einen gruppenübergreifenden Mehrzweckraum für Hobbys und/oder Therapiezwecke zu verfügen. Ein Snoezelen-Raum existiert in 37 Einrichtungen (32,7%). Frei zugängliche Sportmöglichkeiten (Fitnessraum, Sportplatz, Turnhalle etc.) sind in 52 Einrichtungen vorhanden (46%). Einen Raum für Andachten und Gottesdienste besitzen 29 Einrichtungen (25,7%). 40 Einrichtungen (35,1%) gaben an über weitere Räumlichkeiten zu verfügen, die von den Bewohnern genutzt werden können (u.a. Rückzugsmöglichkeiten zur Entspannung). Über einen Isolierraum (abschließbar) verfügen

70 sechs Einrichtungen (5,3%), über einen Time-Out-Raum (abschließbar) verfügen 11 Einrichtungen (9,7%) sowie vier Einrichtungen (3,5%) über einen Deeskalationsraum (abschließbar).

### **b. Zugänglichkeit**

Von den 113 Einrichtungen gab knapp die Hälfte (57 Einrichtungen, 50,4%) an, jederzeit (auch nachts) von den Bewohnenden frei verlassen oder betreten werden zu können, 49 Einrichtungen (43,4%) gaben an, dies treffe bei ihnen teilweise zu und bei fünf Einrichtungen (4,4%) trifft dies nicht zu (keine Angabe: n=2). Fünf Einrichtungen (4,4%) gaben an, dass die Bewohnenden die Einrichtung ausschließlich zu festgelegten Zeiten verlassen können, 26 Einrichtungen (23%) gaben an, dies treffe teilweise zu, für 79 Einrichtungen (69,9%) trifft dies laut eigener Angaben nicht zu (keine Angabe: n=3). In 85 Einrichtungen (75,2%) sind die Ausgänge und Schließvorrichtungen der Einrichtung für die Bewohnenden frei zugänglich. In 22 Einrichtungen (19,5%) trifft dies teilweise zu sowie in zwei Einrichtungen (1,8%) überhaupt nicht (keine Angabe: n=4). Zudem gaben 61 Einrichtungen (54,0%) an, dass die Ausgänge und Schließvorrichtungen auch von allen Bewohnenden gleichermaßen bedient werden können, also dementsprechend barrierefrei sind. In 33 Einrichtungen (29,2%) trifft dies nur teilweise zu sowie in 17 Einrichtungen (15%) nicht (keine Angabe: n=2). 25 Einrichtungen (22,1%) verfügen über Anlagen zur elektronischen Schließung und/oder Beobachtung.

### **c. Personalstruktur**

Durchschnittlich beschäftigt sind in den befragten Einrichtungen 55 Mitarbeitende der Eingliederungshilfe und Pflege (SD=87, Range=2-475). Der Umfang von Mitarbeitenden pro Bewohnenden variiert zwischen 0,3 und 2,4 (M=0,9, SD=0,4). Der gesamte Stellenumfang entspricht laut Angaben der Einrichtungsleitungen im Mittel 35 Vollzeitstellen in Eingliederungshilfe und Pflege (SD=65; Range=1-333), der Umfang an vollen Stellen pro Bewohnenden variiert zwischen 0,03 und 1,5 (M=0,6, SD=0,3). Die Anzahl der Fachkräfte im Gruppendienst beträgt durchschnittlich 28 (SD=49, Range=1-290) mit einem entsprechenden durchschnittlichen Stellenumfang von 20 Vollzeitstellen (SD=38, Range=1-221). Gruppenübergreifend werden im Schnitt fünf Mitarbeitende eingesetzt (SD=7, Range=1-30), mit einem Stellenumfang von drei Vollzeitstellen (SD=4, Range=1-15). Der Umfang an Fachkräften insgesamt je Bewohnenden variiert laut Angaben der Einrichtungsleitungen zwischen 0 und 2 (M=0,6; SD=0,3, das Verhältnis von Vollzeitstellen pro Bewohnenden beträgt bezüglich der Fachkräfte im Schnitt 0,4 (SD=0,2). Hinzu kommen durchschnittlich 15 qualifizierte Hilfskräfte pro Einrichtung (SD=30, Range=0-197) mit einem Stellenanteil von neun Vollzeitstellen (SD=20, Range=0-136). Der Umfang an Hilfskräften je Bewohnenden variiert zwischen 0 und 0,9 (M=0,1, SD=0,1).

### **d. Einrichtungs- und Gruppengröße als potenzielle Einflussfaktoren**

Bei der Betrachtung, ob eine Einrichtung irgendeine Form von FeM anwendet oder nicht, wird ein Unterschied im Hinblick auf die Einrichtungsgröße erkennbar: Einrichtungen, die keinerlei FeM anwenden (n=38), beherbergen im Durchschnitt 34 Bewohnende, in Einrichtungen, in denen irgendeine Form von FeM angewandt wird (n=75), wohnen durchschnittlich 68 Personen. In den 33 Einrichtungen, deren Repertoire an eingesetzten FeM größer als drei ist, wohnen durchschnittlich 102 Personen. Ein Kruskal-Wallis-Test für die Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen drei Gruppen mit unterschiedlichen Anwendungsrepertoires (Gruppe 1: keinerlei FeM; Gruppe

2: 1-3 verschiedene FeM; Gruppe 3: mehr als 3 FeM) weist mit  $p=0,002$  ein hohes Signifikanzniveau auf. In Bezug auf die Anwendung von weiteren Interventionen zeigt sich ein ähnliches Bild. In den 31 Einrichtungen, die keinerlei weitere Interventionen anwenden, leben im Durchschnitt 37 Bewohnende, in Einrichtungen, in denen irgendeine Form von weiteren Interventionen angewandt wird ( $n=82$ ), wohnen durchschnittlich 63 Personen. In den 35 Einrichtungen, deren Repertoire an eingesetzten weiteren Interventionen größer als drei ist, leben durchschnittlich 84 Bewohnende. Ein Kruskal-Wallis-Test für die Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen drei Gruppen unterschiedlichen Anwendungsrepertoires (Gruppe 1: keinerlei weitere Interventionen; Gruppe 2: 1-3 verschiedene weitere Interventionen; Gruppe 3: mehr als 3 weitere Interventionen) weist mit  $p=0,003$  ein hohes Signifikanzniveau aus. Die niedrigsten Bewohnendenzahlen sind bei den 14 Einrichtungen, die keinerlei FeM sowie keinerlei weitere Interventionen anwenden zu finden ( $M=30$  Bewohnende). Hier existieren auch die geringsten Gruppengrößen  $M=8$  Personen), wohingegen in Einrichtungen, in denen FeM und weitere Interventionen eingesetzt werden, dieser Wert bei  $M=12$  Personen pro Gruppe liegt. In Bezug auf die Anzahl der angewandten FeM und weiteren Interventionen nach den vorgenannten Gruppen sind die Mittelwertunterschiede jedoch nicht signifikant auf einem Niveau  $p<0,05$ . Entsprechend kann eine hochsignifikante Korrelation (Spearman-Rho, Signifikanz  $p<0,001$ ) von Einrichtungsgröße und dem Repertoire an eingesetzten FeM und weiteren Interventionen beobachtet werden (vgl. Tabelle 38).

**Tabelle 38: Eingesetzte FeM und Einrichtungsgröße**

Repertoire FeM + weitere Interventionen	Korrelationskoeffizient	,432**
	Signifikanz	<0,001
Repertoire FeM	Korrelationskoeffizient	,368**
	Sig. (2-seitig)	<0,001
Repertoire weitere Interventionen	Korrelationskoeffizient	,327**
	Sig. (2-seitig)	<0,001

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

### e. Einrichtungsstruktur und Zugänglichkeit als potenzielle Einflussfaktoren

Bezüglich der Wohnfläche, die jeder bzw. jedem Bewohnenden zu Verfügung steht und bezüglich des Anteils an Einzelzimmern, die in den Einrichtungen bereitgehalten werden, findet sich ausschließlich in Bezug auf die Anwendung weiterer Interventionen ein signifikantes Ergebnis: Während in Einrichtungen, in denen mehr als drei verschiedene Interventionen zum Einsatz kommen, der Anteil an Einzelzimmern bei knapp 83% liegt, beträgt dieser Wert bei Einrichtungen, die eine bis drei Interventionen einsetzen, 93% und bei Einrichtungen, die keinerlei Interventionen einsetzen, bei 90%. Diese Unterschiede sind auf einem Niveau von  $p=0,018$  signifikant. Die Korrelation zwischen der Anzahl eingesetzter Interventionen und des Anteils an Einzelzimmern ist entsprechend negativ und mit  $-0,192$  auf dem Niveau von  $p=0,042$  signifikant. Weitere mögliche Einflussfaktoren sind infrastruktureller Art. So wurde nach Standards der Wohngruppenausstattung gefragt (Küche, Gemeinschaftsraum, Besuchszimmer, Balkon/Terrasse, etc.) sowie nach Räumlichkeiten und Bereichen für die Freizeitgestaltung (Garten, Sportplatz, Mehrzweck-/Veranstaltungsräume, etc.). Außerdem wurde der Grad der Zugänglichkeit/Offenheit der Einrichtung und ihrer Teilbereiche erfasst. Die einzelnen Angaben wurden jeweils zu Scores zusammengefasst, die die Bandbreite der Zugänglichkeit, der Freizeitinfrastruktur respektive der Standardinfrastruktur abbilden (Beispiel: Vorhandensein von Küche, Gemeinschaftsraum und Besuchszimmer: Standardinfrastrukturscore=3; Vorhandensein von Garten, Sportplatz und Musikzimmer: Freizeitstrukturscore=3; Die Bewohnenden können

die Einrichtung jederzeit betreten oder verlassen (+1), Die Eingänge zu den Bereichen sind nur teilweise zugänglich (+0,5), die Eingänge sind nicht barrierefrei zugänglich (0), es gibt weder elektronische Schließung oder Überwachung (+1): Zugänglichkeitsscore:2,5). Im Hinblick auf die Standardinfrastruktur werden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen unterschiedlicher Repertoires von FeM oder Interventionen deutlich, hier liegen die Werte überall in einem ähnlichen Bereich zwischen 2,65 und 2,85. Unterschiede zwischen den Gruppen verschiedener Repertoires werden jedoch bei Freizeitinfrastruktur und Zugänglichkeit sichtbar: Die bereitgehaltene Freizeitinfrastruktur ist in den Einrichtungen umfanglicher, in denen das Repertoire von eingesetzten FeM über drei liegt (Mittelwert an Angeboten: M=2,2) als in Einrichtungen, in denen keinerlei FeM zum Einsatz kommen (M=1,2). Die Gruppenunterschiede sind auf einem Niveau von  $p < 0,001$  signifikant. Ein umgekehrtes Bild ist in Bezug auf die Zugänglichkeit zu beobachten: Die Gruppe der Einrichtungen, in denen keinerlei FeM zum Einsatz kommen, haben hier höhere Scores als Einrichtungen, die eine bis drei FeM bzw. über drei FeM einsetzen ( $p < 0,001$ ). Gleiches gilt, für die Unterscheidung zwischen den Gruppen nach Einsatz von FeM und weiteren Interventionen (Gruppe 1: keinerlei FeM oder Interventionen (n=14), Gruppe 2: 1-5 FeM und Interventionen (n=39), Gruppe 3: mehr als 5 FeM und Interventionen (n=60); jedoch nicht in Bezug auf die ausschließliche Betrachtung von weiteren Interventionen. Hier gibt es keinerlei signifikante Unterschiede im Hinblick auf dieser Infrastrukturmerkmale (vgl. Tabelle 39).

**Tabelle 39: Einrichtungsgruppen nach Repertoire, Infrastruktur und Zugänglichkeit**

Gruppe	Repertoire FeM und weitere Interventionen			Repertoire FeM			Repertoire weitere Interventionen		
	Standardinfrastruktur	Freizeitinfrastruktur	Zugänglichkeit	Standardinfrastruktur	Freizeitinfrastruktur	Zugänglichkeit	Standardinfrastruktur	Freizeitinfrastruktur	Zugänglichkeit
1	2,8571	1,2143	3,6538	2,8158	1,2368	3,6000	2,7742	1,6452	3,2333
2	2,8462	1,4359	3,5000	2,7619	1,5476	3,3000	2,8723	1,5745	3,1477
3	2,7167	1,8833	2,7119	2,7576	2,2424	2,2879	2,6571	1,7429	2,8824
Asymp. Sig.	0,394	0,017	0,000	0,915	0,000	0,000	0,175	0,683	0,297

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

**Tabelle 40: Repertoires nach Mitarbeitenden/Fachkräften pro Bewohnenden**

		Mitarbeitenden pro Bewohnende	Fachkräfte pro Bewohnende	Stellen insgesamt pro Bewohnende	Stellen Fachkräfte pro Bewohnende
Repertoire FeM + weitere Interventionen	Korrelationskoeffizient $r_s$	,296**	,292**	,337**	,318*
	Sig. (2-seitig)	0,003	0,007	0,003	0,010
Repertoire FeM	Korrelationskoeffizient $r_s$	,510**	,417**	,459**	,400**
	Sig. (2-seitig)	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
Repertoire weitere Interventionen	Korrelationskoeffizient $r_s$	-0,073	0,015	0,018	0,085
	Sig. (2-seitig)	0,472	0,888	0,878	0,506

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 41: Repertoires nach Fachkräfteanteilen

		Fachkräfteanteil absolut	Fachkräfteanteil Stellen
Repertoire FeM + weitere Interventionen	Korrelationskoeffizient $r_s$	-0,121	-0,114
	Sig. (2-seitig)	0,271	0,376
Repertoire FeM	Korrelationskoeffizient $r_s$	-,236*	-,257*
	Sig. (2-seitig)	0,031	0,044
Repertoire weitere Interventionen	Korrelationskoeffizient $r_s$	0,000	0,007
	Sig. (2-seitig)	0,999	0,958

Quelle: transfer, eigene Berechnung und Darstellung

## f. Personalstruktur als potenzieller Einflussfaktor

Mit Blick auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Personalschlüssel und der Anwendung von FeM und/oder weiterer Interventionen ergibt sich ein unübersichtliches Bild (siehe zuvor Tabellen 39, 40, 41): Auf einer deskriptiven Ebene fand sich statistisch eine Korrelation zwischen Einrichtungsgröße und der Häufigkeit von FeM. Das Forschendenteam hält dies aber für ein statistisches Artefakt, da begleitende Einflussfaktoren (z.B. Einzugsgebiet, Charakteristika der Bewohnenden) nicht ausreichend dokumentiert waren, um sie in eine methodisch notwendige multivariate Analyse der Daten einschließen zu können. Es ist aber aus anderen Untersuchungen und Erfahrungen des Forschendenteams bekannt, dass größere Institutionen im Allgemeinen eher dafür als geeignet angesehen werden, „schwierige Fälle“ zu versorgen als kleine: Dies hat sich im Denken – wie z.B. bei der Konzeption der Großkrankenhäuser in der psychiatrischen Versorgung – festgesetzt. Dieser Umstand würde erklären, warum in Einrichtungen mit mehr Personal auch mehr freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt werden.

Beachtenswert ist jedoch der Aspekt der Fachkräftequote: Hier zeigt sich in der nachfolgenden Tabelle 42, dass Vorgaben zur Fachkräftequote nicht durchgehend erreicht werden. Ob damit eine Zunahme von FEM einhergeht, kann aus den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Dennoch ist eine ausreichende Personalausstattung unerlässlich, um zur Reduktion von FeM beitragen zu können (ähnlich S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen).

## 2. Teilnehmende Beobachtungen

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtungen konnten bauliche Besonderheiten festgestellt werden. So verfügt eine Einrichtung über speziell konzipierte Zimmer für Bewohnen, welche „höhlenartig“ aufgebaut und mit LEDs versehen sind. Die Zimmer sollen den Bewohnenden bei der Orientierung helfen und gleichzeitig beruhigend wirken. Auch konnten zwischen den fünf eingeschlossenen Einrichtungen Unterschiede hinsichtlich des Personaleinsatzes und der Qualifizierung (u.a. Deeskalationstraining, Supervision) bzw. Fachrichtung (z.B. Anwesenheit von Psycholog:innen in einer Einrichtung) der Einrichtungsmitarbeitenden beobachtet werden. Zudem zeigten sich heterogene Einrichtungsregeln bzw. Umgang mit „abweichendem Verhalten“ in Bezug auf Einrichtungsregeln, Unterschiede in Bezug auf das Verhalten des Personals auch innerhalb von Einrichtungen und Unterschiede bezüglich einzelner Gruppen/Wohnformen und Zielgruppen der Einrichtungen. Ein Zusammenhang mit einer potenziellen Vermeidung von FeM kann aufgrund dieses Studienteiles jedoch nicht valide abgeleitet werden.

### **3. Dokumentenanalyse**

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden Leistungsvereinbarungen sowie Dienstpläne ausgewertet. Eine valide Antwort auf die Fragestellung (Begünstigung der Vermeidung von FeM und Identifizierung von Best-Practice-Beispielen) konnte aus der hierdurch generierten Datenbasis nicht abgeleitet werden. Die Tabelle 42 zeigt die extrahierten einrichtungsbezogenen Informationen der Analyse der o.g. Dokumente und gibt einen Überblick über die Leistungsschlüssel, Zielgruppen (und ausgeschlossene Gruppen) sowie den Personal- und Fachkräfteschlüssel.



Tabelle 42: Übersicht Leistungsvereinbarungen

Anmerkung: T-ENE= Teilstationäre Angebote zur Tagesbetreuung für Erwachsene nach dem Erwerbsleben; T-E-FS/BG= Teilstationäre Angebote zur Tagesbetreuung für körperlich, geistig und seelisch behinderte Erwachsene in Förderstätten, Förder- und Betreuungsgruppen; W-E-G= Wohnen ohne Tagesbetreuung für geistig behinderte Erwachsene; W-E-S= Wohnen ohne Tagesbetreuung für seelisch behinderte Erwachsene; W-KJ-G= Wohnen ohne Tagesbetreuung für geistig behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene; WT-E-G=Wohnen mit Tagesbetreuung für geistig behinderte Erwachsene

	Leistungsvereinbarung zu	Zielgruppe	Ausschlussgründe	Ziele	Personalschlüssel
A	WT-E-G und W-E-G, dazu auch Bewohnende nach T-ENE und W-KJ-G	Intelligenzstörung von leicht bis schwerste Minderung, Schizophrenie, schizotyp, Affektive Störungen, Phobische Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, Dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, erhebliche und ständige Verhaltensauffälligkeiten, Intelligenzminderung, Psychische Diagnose und Verhaltensauffälligkeit in Kombination	akute Erkrankungen/akute Psychosen, Suchtkranke mit akutem Behandlungsbedarf, primär Sinnesbeeinträchtigte, akute Suizidgefahr, Notwendigkeit geschlossener Unterbringung	vermindern von Verhaltensauffälligkeit, vermindern von Aggressionen, Integration in Gesellschaft, Steigern der Lebensqualität, Reduzierung der Psychiatrieaufenthalte, Reduzierung der Auto- und Fremdaggression, Begleitung und Hilfe bei Konflikten	Lt. Leistungsvereinbarung: 1,08 Vollzeitstellen/Bewohnenden; Fachkräfteschlüssel von min. 70%. Lt. Dienstpläne: 0,94 Vollzeitstellen/Bewohnenden; Fachkräfteanteil von 70%.
B	W-E-G, dazu auch Bewohnende nach T-ENE und T-E-FS/BG	geistige Behinderung, Mehrfachbehinderung (G+K und/oder S und/oder P), stationäre Betreuung ohne integrierte Tagesbetreuung, Notwendigkeit zur Heimunterbringung, Zweiter Lebensbereich	große Mobilitätseinschränkungen, Hoher (technischer) Pflegebedarf, hoher medizinisch-pflegerischer Hilfebedarf, Drogeninduzierte Psychosen, Akute Psychosen, akute Suizidalität, Pyromanie, Fremdgefährdung iSd PsychKHG	Aktive Teilhabe unterstützen, Inklusion, Normalisierung, Eigene Lebensentwürfe ermöglichen	Lt. Leistungsvereinbarung: 0,64 Vollzeitstellen/Bewohnenden; Fachkräfteschlüssel von min. 56%. Lt. Dienstpläne: 0,63 Vollzeitstellen je Bewohnenden; Fachkräfteanteil von 52%.
C	Konzept für GÜW	Psychische Erkrankung, massive Selbstgefährdung, Suchtproblematik, Selbst-/Fremdgefährdung, Suizidalität, Soziale Schwierigkeiten, Gewalterfahrung, drohende Verwahrlosung/Obdachlosigkeit	Hohes Gewaltpotential/Fremdgefährdung ohne Distanzierung, andauernde Pflegebedürftigkeit, fortgeschrittene dementielle Erkrankung, schwere geistig-intellektuelle Behinderung, primäres, akutes Suchtproblem, eingeschränkte Mobilität (z.B. Rollstuhl) und Sinnesleistung	Stabilisierung, Vermittlung in andere Wohnformen/eigene Wohnung, Rehabilitation und Teilhabe, Schutzraum in krisenhaften Lebenssituationen bieten, Verhinderung akuter Selbstgefährdung, Distanzierung von negativen Einflüssen (destruktive Beziehungen), Distanzierung von schädigenden Einflüssen, Motivationsförderung, Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft, Stärkung lebenspraktischer Fähigkeiten,	Lt. GÜW-Konzept: 0,58 Vollzeitstellen/Bewohnenden; einen festgelegten Mindestanteil an Fachkräften gibt es nicht. Lt. Konzept heißt es lediglich sinngemäß, dass die Betreuung überwiegend durch Fachkräfte erbracht werde, die von qualifizierten Hilfskräften unterstützt werden. Ein Dienstplan über die tatsächliche Ausstattung lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht vor

Tabelle 42: Übersicht Leistungsvereinbarungen

C				<p>Klärung der Lebenssituation Verhinderung von Verwahrlosung, Obdachlosigkeit, Verhinderung von Hospitalisierung, Weitervermittlung an individuell geeignete Angebote, individuelle Förderung für selbstbestimmtes Lernen, gesundheitliche Stabilisierung - Aufhebung von FeM, 14-tägige Prüfung der Fortführung von Beschlüssen, Teilhabe und Selbstbestimmung</p>	
D	<p>W-E-A, WT-E-A, WT-E-A 75% Sowie Bewohnende nach E-E-S., WT-E-A 50% sowie Zusatz bzgl. WT-E-G intensiv</p>	<p>Autismus &amp; geistige Behinderung, Herausforderndes Verhalten, hohes Gefährdungspotential, komplexe Behinderung, Psychosen etc., intensive individuelle Begleitung, intensive individuelle Förderung, Hohe Angewiesenheit auf Anleitung, Hohe Angewiesenheit auf Aufsicht,</p>	<p>Bedarf akuter psychiatrischer Behandlung, primär seelisch behindert, primär Suchterkrankung, geistige B. mit forensischer Unterbringung, Personen die Konzepte erfordern, die nur mit Androhung oder Anwendung von Gewalt einhergehen, ausgeprägte Delinquenz, erhebliche Fremdaggression,</p>	<p>individuell betreuen, individuell begleiten, zur Entfaltung und Erfüllung des Lebens verhelfen, Menschsein verstehen, Unterstützung und Assistenz geben, berufliche Eingliederung, soziale Eingliederung, Förderung und Begleitung, Eingliederung in Gesellschaft aufgrund des Hilfebedarfs,</p>	<p>1,36 Vollzeitstellen je Bewohnenden; Fachkräfteschlüssel von min. 65%. Lt. Dienstpläne: Personalschlüssel von 1,49 Vollzeitstellen je Bewohnenden; Fachkräfteanteil von knapp 60%.</p>
D		<p>Hilfe im Alltag, Hilfe bei Problembe-wältigung, Hilfe bei Lebensbe-wältigung, Intensive medizinische Abstimmung, intensive therapeutische Abstimmung, selbständige Lebens-führung nicht möglich</p>	<p>auffälliges fremdge-fährdendes Sexualver-halten, Notwendigkeit perso-neller Dauerüberwa-chung, zielgerichtete aggres-sive Handlungen, ausschließlich see-lisch behindert</p>	<p>Orientierung am Nor-malisierungsprinzip, Akzeptanz der Betreu-ten in der Gesell-schaft, Streben nach gemein-deintegrierten Ange-boten, Selbst- und Mitbestim-mung nach individuel-len Möglichkeiten, Berücksichtigung indi-vidueller Wünsche, Bedürfnisse und Ideen, Sicherstellung autismus-spezifischer Betreuungsangebote, Kooperation und Ver-netzung mit psychiatri-schen Institutionen</p>	



Tabelle 42: Übersicht Leistungsvereinbarungen

E	WT-E-S, außerdem Bewohnende nach W- E-S	Persönlichkeitsstörun- gen, Psychosen, Affektive Störungen, Angststörungen, Suizidalität, Selbstverletzung, Verwahrlosung, Vernachlässigung, so- matischer Erkrankung, räumliche Desorientie- rung, sekundäre Suchter- krankung, Unterbringungsbe- schluss § 1906 BGB	primäre Suchterkrank- ung, primär geistig behin- dert, Fremdgefährdung, primär Pflegebedürfti- ge	individuell angemes- sene Persönlichkeits- entwicklung, Beheimatung als Ba- sis pädagogischen Ar- beitens, Abnahme selbstschä- digenden Verhaltens, Erweiterung der Frei- zügigkeit ohne Selbst- schädigung, Erreichen angemesse- ner Tagesstruktur, psychische u. körper- liche Stabilisierung, Auseinandersetzung mit eigener Krank- heitsgeschichte, Aneignung ausrei- chender sozialer Kom- petenz innerhalb des Wohnumfeldes, Aneig- nung ausreichender sozialer Kompetenz außerhalb des Wohn- umfeldes, zunehmende Selbst- ständigkeit im lebens- praktischen Bereich, ggf. mittelfristige Wie- dereingliederung in of- fene Wohnform, ggf. Eingliederung in Pfl- geeinrichtungen bei körperlichem Pflege- bedarf	0,99 Vollzeitstellen je Bewohnenden; Fach- kräfteschlüssel von min. 80%. Lt. Dienstpläne: Per- sonalschlüssel von 1,01 Vollzeitstellen je Bewohnenden; Fach- kräfteanteil von knapp 79%.
---	---	--	---	--	---

Quelle: transfer, eigene Darstellung

## 4. Fokusgruppen

### a. Infrastrukturelle Aspekte

Innerhalb der Fokusgruppen wurden Themen zur Einrichtungsstruktur zum einen kri-  
tisch diskutiert, in dem auf Missstände oder Probleme aufmerksam gemacht wurde.  
Zum anderen wurden positive Veränderungen beschrieben und Wünsche für weitere  
Entwicklungen formuliert. Tabelle 43 zeigt die diskutierten Aspekte, sortiert nach posi-  
tiven und negativen Begebenheiten.

Tabelle 43: Infrastrukturelle Aspekte, Fokusgruppen

Positive Aspekte	Negative Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleinere Gruppen</li> <li>• Reizarme Umgebung</li> <li>• Weiträumige, offene, helle Architektur</li> <li>• Beschützte Bereiche</li> <li>• Natürliche Freiflächen</li> <li>• Einzelzimmer als Standard</li> <li>• Beteiligung der Bewohnenden bei Gestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beengtheit in "klassischen Wohnformen"</li> <li>• Mehrbettzimmer</li> <li>• Starke Anbindung an den Sozialraum (Überforderung)</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

### b. Personelle Aspekte

Die personellen Aspekte wurden in den Fokusgruppen auf den Ebenen der Mitarbei-  
tenden und der Einrichtungen diskutiert. Tabelle 44 zeigt die Themen auf der Mitarbei-  
tenden- und Einrichtungsebene sowie von den Teilnehmenden berichtete negative  
Aspekte.

**Tabelle 44: Personelle Aspekte, Fokusgruppen**

Mitarbeitendenebene	Einrichtungsebene	Negative Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Richtige Haltung"</li> <li>• Beobachtungsgabe, Empathie und Erfahrung</li> <li>• Selbstreflexion</li> <li>• Aufklärung über systemische Gewalt</li> <li>• Aufklärung über Entwicklungsstufen</li> <li>• Kommunikationskompetenz</li> <li>• Sensibilität für Befindlichkeiten</li> <li>• Zeit, Wertschätzung und Achtung für individuelle Bedürfnisse der Bewohnenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achtsame Leitung</li> <li>• Einbindung aller Mitarbeitenden in Abläufe</li> <li>• Strategische Zusammenstellung von Teams</li> <li>• Eingespielte, erfahrene Teams</li> <li>• Regelmäßige Nachbesprechungen und Reflexion</li> <li>• Gemeinsame Lösungssuche</li> <li>• Deeskalationsmanagement</li> <li>• Kontinuierliches Deeskalationstraining</li> <li>• Feedbackkultur</li> <li>• Klare Zuständigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalkürzungen</li> <li>• Personalmangel</li> <li>• Zu wenig Nachwuchs</li> <li>• Zu wenig medizinisches Personal</li> <li>• Zu wenig Zeit für individuelle Bedürfnisse</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

## 5. Expert:innen-Workshops

### a. Infrastrukturelle Aspekte

Die diskutierten Aspekte aus den Expert:innen-Workshops ähneln vielfach den oben dargestellten Themen der Fokusgruppen. Ebenso wie im Zuge der Analyse der Fokusgruppen, wurden die, in den Expert:innen-Workshops diskutierten, infrastrukturellen Themen positiven und negativen Aspekten zugeordnet (vgl. Tabelle 45).

**Tabelle 45: Infrastrukturelle Aspekte, Expert:innen-Workshops**

Positive Aspekte	Negative Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offenheit der Architektur</li> <li>• Öffnung zum Sozialraum</li> <li>• Gärten und Freiflächen (Forderung gesetzlicher Standards)</li> <li>• Gemeinschafts- und Entspannungsräume</li> <li>• Enge(re) Verbindung der Lebensbereiche (Wohnen und Arbeiten/Förderstätte)</li> <li>• Kleinere Wohneinheiten (weniger direkte Mitbewohnende bedeuten weniger Konfliktpotential)</li> <li>• Geschützter Rahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beengtheit in vielen großen Einrichtungen ("Komplexeinrichtungen") alten Zuschnitts</li> <li>• Mangelnde Bewegungsfreiheit aufgrund fehlender oder nicht frei zugänglicher Außenbereiche und Rückzugsräume</li> <li>• Vollständige Öffnung zum Sozialraum birgt Konfliktpotential (Überforderung)</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

### b. Personelle Aspekte

Auch hier konnte, entsprechend der Auswertung der Fokusgruppen, nach Mitarbeitenden- und Einrichtungsebene sowie weitere ungünstige Faktoren Aspekten kategorisiert werden (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 46: Personelle Aspekte, Expert:innen-Workshops

Mitarbeitendenebene	Einrichtungsebene	Ungünstige Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeitende benötigen Starke Willen und hohe Motivation und eine starke resiliente Persönlichkeit</li> <li>• Die "Richtige" Haltung gegenüber den Bewohnenden muss gefordert und gefördert werden</li> <li>• Gezielte Schulung und Weiterbildung von Fach- und Hilfskräften</li> <li>• Angemessene Fachlichkeit kann durch kontinuierliche, regelmäßige Fort- und Weiterbildung auch bei Hilfskräften etabliert werden</li> <li>• Hohe Qualifikation möglichst vieler Mitarbeitenden</li> <li>• Erfahrung kann fehlende Qualifikation teilweise kompensieren</li> <li>• Interesse und Sensibilität für die Situation und Bedürfnisse aller Bewohnenden</li> <li>• Kontinuierliche (Selbst-)Reflexion und Perspektivwechsel erweitert das Verständnis für die Situation von Bewohnenden</li> <li>• Eine starke Interessensvertretung sichert und verbessert die Arbeitsbedingungen</li> <li>• Kommunikationskompetenz verhindert Missverständnisse</li> <li>• Zeit, Wertschätzung und Achtung für individuelle Bedürfnisse beugt herausfordernde Situationen vor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einführung verbindlicher Fachkraftquoten</li> <li>• Eine "starke" Leitung</li> <li>• Entwicklung und Pflege eines gemeinsamen Ideals und der konzeptionellen Orientierung</li> <li>• Kontinuierliche Personalentwicklung</li> <li>• Regelmäßiger Austausch und (Fall-)Supervision</li> <li>• Fachliche Begleitung, Fachdienstgespräche</li> <li>• Strategien und Angebote zur Psychohygiene</li> <li>• Kontinuierliche Beratung und Unterstützung der Mitarbeitenden</li> <li>• Kontinuierliches Deeskalationstraining</li> <li>• Langfristig zusammenarbeitende multiprofessionelle Teams (Pädagogisch geschulter) Sicherheitsdienst kann Fach- und Hilfskräfte entlasten</li> <li>• Methodenvielfalt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlendes Personal</li> <li>• Mangel an Ressourcen</li> <li>• Zu wenig Fachkräfte</li> <li>• Nachwuchsmangel</li> <li>• Hohe Fluktuation (unter anderem wegen Überforderung)</li> <li>• Zu wenig Zeit für individuelle Bedürfnisse</li> </ul>

Quelle: transfer, eigene Darstellung

### III. Wie wirken sich die Alternativen auf die Lebensqualität des Betroffenen aus? Sind ggf. Verbesserungen in der Gesundheit, Selbstständigkeit, Teilhabe etc. erkennbar?

Die Frage lässt sich mit dem gewählten Forschungsdesign nicht umfassend beantworten, da dies zwei Messzeitpunkte und eine Intervention voraussetzen würde. (Subjektive) Lebensqualität wird darüber hinaus üblicherweise selbst berichtet und kann somit schwerlich von außen beobachtet werden. Messinstrumente zur Erfassung von subjektiv empfundener Lebensqualität sehen die Beantwortung durch die betroffene Person selbst vor.

Daher lässt sich die Frage eher allgemein unter Rückgriff auf bisherige Erkenntnisse beantworten. Zwang und FeM werden in der Regel von betroffenen Personen als Belastung erlebt. FeM schränken die Person in ihrer Bewegungsfreiheit, Selbstständigkeit und Teilhabe ein. Insbesondere der starke Eingriff durch eine Fixierung wird in den Fokusgruppen als Auslöser von Ängsten beschrieben, sodass sowohl Dauer als ein geschlossener Isolierraum vorzuziehen sei. Soweit teilweise angegeben wird, die Personen wollten die FeM (wie den nächtlichen Zimmereinschluss) ist dieses vor dem Hintergrund einer möglichen Hospitalisierung kritisch zu hinterfragen. Denkbar sind hier Konditionierungen und Verunsicherungen, die bei Ausbleiben einer Maßnahme entstehen könnten. Die FeM im Untersuchungsfeld zielen in der Regel darauf ab, Personen vor einem Schaden zu bewahren. Dabei muss aber auch berücksichtigt werden, dass FeM selbst zu gesundheitlichen Schäden führen können oder die eigenen Fähigkeiten weiter abnehmen. Die Berichte reichen von Nervenverletzungen, Ischämien, Kraft- und Balanceminderung, Muskelabnahme, Dekubiti und anderem (Berzlanovich et al., 2007a, 2007b; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2004; Evans et al., 2002; jeweils mit Fokus auf den Bereich Pflege). Die An-

80 wendung von FeM kann daher einen ungünstigen Kreislauf in Gang setzen, sodass auch innerhalb von notwendigen Sicherungsmaßnahmen nach dem mildesten, risikoärmsten und die Freiheit am wenigsten begrenzenden zu suchen ist. So kann beispielsweise der Overall der Fixierung vorzuziehen sein oder der GPS-Sender dem Zimmereinschluss. Die Maßnahme sollte so gestaltet sein, dass der:der Bewohnende in ihren:seinem Bewegungsbedürfnis wahrgenommen und damit so weit wie möglich ihm Selbstbestimmung ermöglicht wird (Loer, 2013).

Anzumerken ist außerdem, dass FeM auch im Rahmen von Routinemaßnahmen und nicht nur zum Schutz im Einzelfall zur Anwendung gelangen. Es können sich auch beim bzw. der Bewohnenden so Routinen einstellen und Bewegungsversuche ablehnen. Ebenso kann die FeM selbst zu einem Verstärker für Verhaltensauffälligkeiten werden.

#### **IV. Wie wirkt sich die Anwendung von Alternativen auf die Atmosphäre in der Einrichtung aus, insbesondere auf andere Bewohnerinnen/Bewohner und auf Beschäftigte?**

Die Frage lässt sich zu diesem Zeitpunkt nicht abschließend beantworten, weil Bewohnernde auf forschungsethischen Gründen nicht befragt wurden (Problematik Einwilligung, mögliche Traumatisierung durch das Erleben von Zwang und dem Berichten hiervon). Aus den Fokusgruppen lässt sich im Hinblick auf Mitarbeitende entnehmen, dass die Anwendung von FeM belaste und einen „Beigeschmack“ habe. Die Reduktion des Einsatzes von Zwang wird hingegen als positiv erlebt. Aus der Begehung der Einrichtungen wurde deutlich, dass eine Haltung des „Vermeidens von FeM“ positiv auf die Mitarbeitenden auszustrahlen schien: In Einrichtungen mit einer solchen (engagierten) Haltung konnten teilweise beeindruckende Team-Kohäsion wahrgenommen werden sowie eine freundliche Grundstimmung unter den Mitarbeitenden und einen offenen kommunikativen Stil mit den Bewohnenden. Die letztgenannten Eindrücke basieren jedoch auf der subjektiven Wahrnehmung der Mitglieder des Projektteams und sind nicht, im empirischen Sinne, systematisch erfasst bzw. gemessen worden.

Die Ergebnisse sind einer differenzierten Betrachtung unterzogen worden, die die Limitationen der Erhebung berücksichtigt. Für die Fragebogenerhebung war eine Vollerhebung angestrebt. Der Rücklauf lag lediglich bei 13%. Zudem muss bedacht werden, dass sich vermutlich eher die ohnehin im Feld als problembewusster und/oder als besonders engagiert hervorzuhebenden Einrichtungen beteiligt haben. Dies wird im Besonderen für die fünf Einrichtungen zu berücksichtigen sein, die Einblicke in ihre Einrichtungen durch die Ermöglichung der teilnehmenden Beobachtung und die Einsichtnahme in Dokumente gewährt haben. Dies einschränkend vorausgeschickt, vermögen die Ergebnisse dennoch einige Hinweise zu geben. Bewusst wurden unterschiedliche methodische Ansätze gewählt, um das Feld möglichst umfassend beschreiben zu können.

Um einen möglichst umfassenden Einblick in freiheitsziehende Maßnahmen zu erhalten, wurde sich nicht auf FeM im Sinne des § 1906 Abs.4 BGB beschränkt. Die Kategorisierung in mechanische, medikamentöse und sonstige Freiheitsentziehende Maßnahmen wurde weitgehend genutzt. Als FeM erfasst wurden aber auch Maßnahmen, die nicht im Sinne des § 1906 Abs.4 BGB über eine längere Zeit dauerten oder regelmäßig wiederkehren. FeM auf Fälle der gerichtlichen Genehmigungsbedürftigkeit zu beschränken, hätte nicht den Alltag in den Einrichtungen und die Vielschichtigkeit der Problematik ausreichend erfassen können.

Aus der quantitativen Erhebung sind folgende Ergebnisse herauszustellen. Während ein Teil der Einrichtungen angibt ohne FeM auszukommen, setzen 75 von 113 Einrichtungen FeM ein. 53 Einrichtungen setzen mechanische FeM ein, 30 Einrichtungen nutzen Medikamente zur Freiheitsentziehung. In den fünf Einrichtungen, in denen teilnehmende Beobachtungen erfolgten, kam es in allen fünf Einrichtungen zum Einsatz von FeM. Der Einsatz von Medikamenten als FeM konnte im Rahmen der Dokumentenanalyse nicht festgestellt werden.

Die erweiterte Fragenbogenabfrage um sonstige Interventionen, die mit Druck oder Zwang assoziiert sein können, erweitert schließlich die Zahl auf 98 Einrichtungen. Diese Interventionen, die vom Ausschluss von gemeinsamen Aktivitäten, Zugang zu persönlichen Gegenständen, der Wegnahme oder Beschränkung von Kommunikationsmitteln reichen, greifen ebenfalls in die Lebensgestaltung der Person ein. Solche Interventionen wurden ebenfalls bei der teilnehmenden Beobachtung gesehen. Ihnen dürfte in der Regel die Absicht einer verhaltenssteuernden Wirkung gemein sein. Zu reflektieren ist jedoch, ob ein mögliches Übermaß an Regeln seinerseits zu einem herausfordernden Verhalten beitragen kann. Jedenfalls beschränken Reglementierungen bei Mahlzeiten wie kein Reden beim Essen, beschränkte Essensrationen, Beschränkungen der Zeiten, beschränkte Zugänge zu Gemeinschaftsräumen oder der Küche die Selbstbestimmung der Person. Ebenso ist der Zwang bzw. die Pflicht zur Teilhabe kritisch zu reflektieren, der bzw. die wiederum zur Anwendung von Zwang führen kann, wenn es an der Bereitschaft zur Teilnahme fehlt. Hier mag der Zwang vermeintlich aus guten Motiven angewendet werden, um Teilhabe zu ermöglichen. Dieses Verständnis von „gut für die Person“ ist kritisch zu betrachten, wenn es dem Willen der Person widerspricht und wiederum nur durch die Androhung oder tatsächliche Anwendung von FeM erreicht wird und auf die Nichtteilhabe mit FeM reagiert wird.

82 Kritisch zu sehen ist auch der Einsatz von Overalls, um Intimität zu verhindern. Overalls werden allerdings auch zum Verhindern des Schmierens mit Kot bei entsprechender Inkontinenz in der Nacht eingesetzt.

Das Spektrum von Art und Dauer des Einsatzes von FeM ist weit. Es zeigt verschiedene zum Einsatz kommende FeM in unterschiedlicher Eingriffsintensivität.

Betrachtet man besonders eingriffsintensive Maßnahmen wie Fixierungen oder das Einschließen von Personen in Räumen, so zeigt sich folgendes Bild. 4-Punkt- und 5-Punkt-Fixierungen kommen in 12 Einrichtungen zum Einsatz. Das Fixieren der Extremitäten im Liegen wird noch einmal von 6 Einrichtungen angegeben. Zusammengefasst kommt es in 18 Einrichtungen zum Einsatz von Fixierungen.

Eingeschlossen werden Bewohnende in 23 Einrichtungen. Auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen wurden Einschlüsse gesehen. Dieses waren vor allem Zimmereinschlüsse nachts, welches in der Regel durch Verschließen der Zimmertür stattfand, in einem Fall auch durch Versperren der Tür durch einen Gegenstand. Die Maßnahmen wurden als Routinemaßnahme bei mehreren Bewohnenden ausgeführt. Diese Form des regelmäßigen Zimmereinschlusses scheint als reine Routine wahrgenommen und nicht mehr auf ihre tatsächliche Erforderlichkeit oder der Suche nach Alternativen hinterfragt zu werden. Dies zeigt sich auch an den angebenen Gründen wie es gebe einen Beschluss, Routine oder dergleichen. Der notwendige Selbstschutz wird kaum genannt. Es bleibt schließlich auch offen, wieso der Einschluss und das in der Nacht auf sich gestellt sein einen größeren Eigenschutz erreicht als beispielsweise der Einsatz von Personal. Es zeigte sich auch in den Fokusgruppen ein eher geringes Maß an Bereitschaft, die Maßnahme in Frage zu stellen und eine Rechtfertigung wird dahingehend vorgebracht, dass die Bewohnenden das Klicken des Schlosses zum Einschlafen brauchen würden. Eine Konditionierung der Bewohnenden wird scheinbar nicht als Problem gesehen.

Zu Isolierungen kommt es in 30 Einrichtungen, wobei zwei Einrichtungen angaben, dieses täglich als Maßnahme einzusetzen. Isolierungen wurden im Rahmen dieser Untersuchung als Maßnahme ohne Verschließen/Zuschließen der Tür verstanden. Die Isolierungszeiten reichen von bis zu 30 Minuten und über 24 Stunden.

Soweit Time-out-Räume vorhanden sind, scheint die Nutzung von der nicht verschlossenen Anwendung zu reichen bis hin zum Verhindern am Verlassen des Time-out-Raums durch Abschießen. Die Dokumentenanalyse hat im Hinblick auf dazu ergangene Gerichtsbeschlüsse ein uneinheitliches Bild gegeben. Time-out-Räume verfolgen einen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Wird die Person aber am Verlassen dieses Raums gehindert oder bereits gegen ihren Willen in diesen Raum gebracht, wird sie in ihrer Freiheit eingeschränkt. Den erhobenen Daten war zu entnehmen, dass Time-out-Räume auch zum Einschluss genutzt werden. - Der vom Betroffenen erlebte Eingriff, die Einschränkung der Bewegungsfreiheit gegen den Willen, verändert sich in seiner Wirkung und seinem Empfinden jedoch nicht deswegen, weil die Maßnahme anders benannt wird. Hier bedarf es für die Praxis, will sie am Konzept von Time-out-Räumen überhaupt festhalten, eine klare Unterscheidung. Wird der Time-out-Raum vom Betroffenen freiwillig aufgesucht, um durch diesen reizarmen Raum Distanz zur Außenwelt zu gewinnen und wieder zur Ruhe zu finden, ist dieses unproblematisch. Wird der Raum jedoch verschlossen, stellt es sich als eine freiheitsentziehende Maßnahme dar (BT-Drs. 18/11278, S. 14). Als verhaltenstherapeutische Maßnahme soll der Time-out-Raum als Entzug positiver Verstärker für ungewünschtes Verhalten zu indirekter Bestrafung führen, wobei die Maßnahme u.a.



unmittelbar nach Beginn des problematischen Verhaltens einsetzen, das Problemverhalten benannt werden und die Maßnahme selbst nur kurz (wenige Minuten) bei verlässlicher Zeitkontrolle erfolgen soll (Schermer, 2005). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Schermer diese pädagogische Maßnahme für den Bereich Kinder- und Jugendliche erläutert. Im Untersuchungsfeld handelt es sich um erwachsene Menschen, bei denen allerdings eine unterschiedlicher Entwicklungsstand besteht.

Für Bewohnende kommt es zur Fixierung der Extremitäten im Sitzen in 15 Einrichtungen, ein Bauchgurt im Sitzen wird in 34 Einrichtungen und ein Beckengurt wird im Sitzen in 15 Einrichtungen genutzt. Im Weiteren kommt es zum Gebrauch von Bettgittern, Netzbetten, Stecktischen, dem Arretieren von Rollstühlen. Von diesen Maßnahmen sind besonders häufig Menschen mit komplexen Behinderungen betroffen. Hier wird man die Komplexität der Behinderung sowie Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen haben.

Angegeben werden überdies Maßnahmen, die freiheitsentziehend wirken können, wie die Wegnahme von Kleidung, die Überwachung, entweder durch Personen oder mittels Videoüberwachung.

Die in der Fragebogenerhebung angegebenen Gründe beschränken sich nicht auf eine Eigengefährdung, sondern geben auch Fremdgefährdung als Grund an. Die rechtliche Grundlage für eine FeM bleibt dabei unklar; respektive sie dürfte fehlen, sodass die FeM als rechtswidrig zu deklarieren wäre, solange es nicht um einen Notfall handelt. Eine Einrichtung gibt allerdings auch eine Unterbringung nach PsychKHG an, was zunächst - wertungsfrei - als eine überraschende Angabe behandelt werden muss.

Insbesondere der teilnehmenden Beobachtung sind Rechtfertigungsgründe zu entnehmen, die einer kritischen Betrachtung bedürfen. Diese beziehen sich oftmals auf FeM als Routinemaßnahmen, sodass die Rechtfertigung der Maßnahme nicht mehr einzelfallbezogen und nicht mehr unter dem Aspekt des Schutzes der Person genannt wird. Auch muss deren Erforderlichkeit hinterfragt werden. Die FeM, die als Einzelfallmaßnahme erfolgten, waren in ihren Rechtfertigungsgründen nachvollziehbar und tragbar. Soweit im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung Maßnahmen positiv herausgestellt wurden, geschah dies oftmals vor der Annahme der Beobachterin, dass so intensivere Maßnahmen verhindert wurden. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnten durchaus Maßnahmen, aber auch die Gestaltung des Lebens in der Einrichtung mit vielen, teils nicht nachvollziehbaren Regeln gesehen werden, die kritisch von der jeweiligen Einrichtung hinterfragt werden sollten. Es wurden aber auch Interaktionen mit den Bewohnenden beachtet, die eine wertschätzende, personenzentrierte und lösungsorientierte Kommunikation zeigten, die als sehr positiv wahrgenommen wurde.

Die Möglichkeit zur Freitextantwort zum Verständnis eines „herausforderndes Verhalten“ hat ein teils sehr heterogenes Antwortverhalten und damit auch Verständnis gezeigt. Hier zeigt sich ein Bedürfnis nach Fortbildung und/oder gemeinsamer Reflexion, was unter diesem Begriff zu verstehen ist, um dann in einen weiteren Schritt eine gemeinsame Basis zum Umgang mit herausfordernden Verhalten zu erhalten.

Aus den Fokusgruppen und Expert:innenworkshops haben sich interessante Aspekte für den Einsatz von FeM ergeben, diesen nicht nur im Verhalten der betroffenen Person zu sehen, sondern fehlende Fachlichkeit, Zeitmangel oder Überforderung ebenfalls benennen. Damit sind Faktoren, die zur Entstehung von herausfordernden Ver-

halten beitragen können, die aber auf der Ebene des Personals angegangen werden können. Den Antworten sind viele gute Ideen zu entnehmen. Neben dem Hinterfragen von aufgestellten Regeln (feste Weckzeiten, Essenzeiten, etc.) werden Deeskalationstraining, Reflexionen im Team, personenzentriertes Eingehen auf den jeweiligen Bedarf der Person und eine Veränderung des Blickwinkels („Perspektivwechsel“) als hilfreich beschrieben. Zudem werden mehr Zeit, mehr Personal und mehr Raum für das Wahrnehmen und Eingehen auf individuelle Bedürfnisse als erforderlich angesehen. Die Forderung nach mehr Zeit und mehr Personal bezieht sich im Rahmen der Fokusgruppen vor allem auf zwei Aspekte: mehr Zeit pro Bewohnenden zu haben und mehr Zeit zum Austausch im Team. Aus den Fokusgruppen erfolgt teilweise die Bestätigung der Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung, dass nur das Vorhandensein von mehr Personal nicht automatisch FeM reduziert, sondern weitere Faktoren hinzutreten müssen (Einbindung im Team, Reflexion im Team, Einbindung im Geschehen der Wohngruppe, ...).

Angeregt werden könnte, dieses in Handlungsempfehlungen zu überführen sowie Maßnahmen auch zu evaluieren.

Auf der Ebene der Einrichtungen selbst werden bauliche Maßnahmen (Größe der Räume, Weitläufigkeit, akustische Maßnahmen/Schallschutz) und die Reduktion der Gruppengröße als wichtige Faktoren benannt.

Aus der Fragebogenerhebungen zeigte sich, dass, je höher der Anteil an Fachkräften unter allen Mitarbeitenden ausfällt, desto kleiner das beobachtete durchschnittliche Anwendungsrepertoire (respektive verschiedene Arten) von FeM ist. Vor diesem Hintergrund ist es kritisch zu sehen, dass die im Rahmen der Dokumentenanalyse erhobenen Daten zeigen, dass die in Leistungsvereinbarungen vorgesehene Fachkräfteschlüssel nicht von allen Einrichtungen erreicht werden.

Hiervon ausgehend soll von Erkenntnissen aus der Untersuchung berichtet werden, die als Best-Practice-Beispiele betrachtet werden können. Als besonders positiv stachen Einrichtungen heraus, bei denen eine Haltung zu spüren war, den betroffenen Menschen wertschätzend zu begegnen und FeM möglichst zu vermeiden. So konnte eine besuchte Einrichtung beim Einsatz von FeM auf sehr kurze Anwendungszeiten vorweisen, da die FeM nur als kurzfristige Intervention eingesetzt und umgehend evaluiert wurde, ob sie noch erforderlich ist. Dies zeigte sich auch in der Suche nach Alternativen zu FeM oder innerhalb von FeM noch milderem Mitteln. Auch ein ausreichendes, adäquates Beschäftigungsangebot zeigte positive Effekte. Atmosphärisch waren große Unterschiede bei einer modernen, offenen Architektur spürbar. Diese Unterschiede konnten im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung, Begehung und Dokumentenanalyse für eine Einrichtung wahrgenommen werden. Die bedingt durch die Architektur veränderte Atmosphäre wirkte sich auf die Haltung der Mitarbeitenden aus. Dass die Architektur einen Einfluss auf die Entstehung bzw. Reduktion von Zwang und Gewalt hat, deckt sich mit empirischen Belegen (s.o.). Soweit eine Isolation im Sinne des Verbringens einer Person in einen geschlossenen Raum als Alternative zur Fixierung diskutiert wird, so ist auch dieses im Hinblick auf eine bauliche Maßnahme zu berücksichtigen, um überhaupt diese Alternative auch anbieten zu können.

Die Dauer einzelner FeM zeigte eine große Spannbreite. Da deren Notwendigkeit stets nur im Einzelfall beurteilt werden kann, so sind beispielweise Isolierungen mit langen Zeiträumen kritisch zu sehen. Auch eine dauerhafter Zimmereinschluss muss hinterfragt werden. Auffälliger als die langen Zeiten dürfte sich auch im Hinblick auf



Zimmereinschlüsse die Wiederholung und damit nicht mehr hinterfragten Routinen erweisen.

85

Die Einbindung der Betreuer:innen (respektive) Bevollmächtigte erfolgt nicht in allen Fällen, sodass hier ein Defizit in der für die Einwilligung in die Maßnahme zuständigen rechtlichen Betreuer:innen wahrzunehmen ist. Über die Gründe kann hier nur spekuliert werden. Als rechtlicher Sicht ist hier ein Verbesserungsbedarf anzumelden, der auch geeignet sein kann, Alternativen für den:die Betroffene:n zu diskutieren. Es ist zu vermuten, dass im Untersuchungsfeld die rechtlichen Betreuer:innen häufig auch Angehörige sein werden.

In der Dokumentenanalyse zeigte sich überdies eine – vermutete – häufige Anwendung von Textbausteinen, die Begründungen für FeM in sich wiederholender Art und Weise. Hieraus ergibt sich die Frage, ob die Notwendigkeit der Maßnahmen ausreichend (re)evaluiert werden. Aus den Fokusgruppen wurde hingegen berichtet, dass die Gerichte sehr genau schauen würde und um eine Lösung gerungen würde.

Obwohl es nicht Gegenstand des Forschungsauftrags ist, sollten folgende Überlegungen mitgeteilt werden, die sich vor allem aus der Dokumentenanalyse und der Begehung ergeben haben:

In der Gesamtschau wurde deutlich, dass der Wohnort „Heim“ in unterschiedlichem Maße der passende für die untersuchte Personengruppe ist. Kritisch zu hinterfragen ist, warum eine 20jährige Frau mit Borderline Persönlichkeitsstörung im geschlossenen Bereich eines Heimes lebt und welche Perspektive sie dort hat. Sie wird gesichert, sie wird von Gefährdung abgehalten, aber therapeutische Maßnahmen oder gar Psychotherapie finden allenfalls rudimentär statt. Die sehr sozialpädagogisch geprägte Hilfeplanung beinhaltet kaum Perspektiven, die über die Heimunterbringung hinausweisen.

Es ist zu befürchten, dass manche freiheitsentziehende Maßnahmen aus einer fehlenden Perspektiven sich entwickeln und dass es dann zu Konflikten und Belastungen kommt. Ein übergreifendes Bestreben, die Interessen der betroffenen Person und ihrer Familie mit medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialpädagogischen, pflegerischen Aspekten zusammenzubringen, ist aus den Verlaufs-dokumentationen kaum je zu erkennen. Vielmehr gibt es ein ritualisiertes Vorgehen mit zweijährlichen Anhörungen, in denen dann Unterbringungen verlängert werden. Die Beteiligten haben sich in dieses „Spiel“ eingefunden, ein Heraustreten findet aber nicht statt. Die Untersucher hatten bei der Durchsicht der Akten durchaus den Gedanken, dass dies in manchem Fall möglich wäre. Hier ist auf die Konzepte von Goffman (1972) und vielen anderen Kritikern der Institutionen zu verweisen, die gezeigt haben, dass durch die Institutionalisierung an sich Gewalt und damit auch Freiheitsentziehung entsteht.

Problematisch ist in diesem Kontext auch, dass es Menschen gibt, die seit mehr als einem halben Jahrhundert in Heimen leben und absehbar dort auch sterben werden. Manche Menschen sind mit 18 aus der Jugendhilfe in den Erwachsenenbereich „verlegt“ worden. Viele Menschen kommen von außerhalb Bayerns nach Bayern. Nur der kleinere Teil der untersuchten Personen wurde tatsächlich in dem Bezirk aufgenommen, aus dem sie auch stammen.

- 86      Soweit allerdings auch im Schrifttum eine größere Anbindung an den Sozialraum gefordert wird (vgl. oben Theunissen, 2021a, 2021b; Theunissen & Kulig, 2019), wurde dies innerhalb der Fokusgruppen eher kritisch gesehen und in einer zu großen Anbindung an den Sozialraum eine Überforderung der Bewohnenden befürchtet. Worin diese zu große Anbindung an den Sozialraum sich ausdrückt, konnte jedoch nicht nachvollzogen werden.

## **K. ZU BERÜCKSICHTIGENDE EINSCHRÄNKUNGEN DER AUSSAGEKRAFT DER ERGEBNISSE/LIMITATIONEN**

Die Fragebogenerhebung zielte auf eine Vollerhebung ab. Der erreichte Rücklauf lag lediglich bei 13%. Mit einem höheren Rücklauf und damit höherer Fallzahl wäre die Aussagekraft der Fragebogenerhebung sicherlich höher ausgefallen. Ein Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit lässt allerdings durchaus darauf schließen, dass die teilnehmenden Einrichtungen das Feld weitgehend repräsentieren können. Der Fragebogen kann überdies nur die Selbstangaben der Einrichtungsleitungen erfassen und unterliegt damit einer gewissen Fehleranfälligkeit und Nichtüberprüfbarkeit. Der Fragebogen war überdies sehr lang, was ein Grund für den geringen Rücklauf, aber auch teils nicht beantwortete Fragen sein kann. Der Fragebogen war bewusst sehr umfassend gestaltet worden, um ein möglichst umfassendes Bild einer erwarteten heterogenen Gruppe zu einer komplexen Fragestellung zu erhalten. Dies sollte auch berücksichtigen, dass das Wissen um das ethisch brisante Thema FeM Erwartungshaltungen provozieren könnte und damit Verzerrungen bedingen könnte. Außerdem musste bei einigen Fragen auf Schätzangaben zurückgegriffen werden, weil keine systematische Erfassung der Maßnahmen in den Einrichtungen erfolgte.

Für die qualitativen Erhebungsschritte sind ebenfalls Limitationen zu berücksichtigen. Die teilnehmende Beobachtung unterliegt den Einschränkungen, dass nur das berichtet werden kann, was auch gesehen wurde und lediglich ein Einblick in ausgewählte Strukturen ausgewählter Abteilungen zu ausgewählten Bewohnenden erfolgen konnte. Die Beobachtung unterliegt der Gefahr einer subjektiven Verzerrung der Beobachtenden. Dieses wurde versucht durch einen strukturierten Erhebungsbogen, einer vorherigen Schulung und einer Nachbesprechung zu umgehen. Zudem erfolgten die Beobachtungen zu unterschiedlichen Tages- und Nachtzeiten, um möglichst unterschiedliche Zeiträume und damit möglichst umfassendes Bild des Alltags zu erhalten. Außerdem wurde bei diesem Erhebungsschritt auf eine Trennung zwischen Erhebung und Auswertung im Forschendenteam streng geachtet. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Beobachtungen nur in fünf Einrichtungen erfolgten. Diese Einschränkung gilt auch für die Dokumentenanalyse und die Vorortbegehungen, die in denselben Einrichtungen, zum Teil aber in anderen Häusern oder Abteilungen der Einrichtungen erfolgten. Zudem erfolgte eine Dokumentenanalyse nur dort, wo eine wirksame Einwilligung der betroffenen Person bzw. ihres rechtlichen Vertreters vorlag. Es ist auch zu berücksichtigen, dass nur die Einrichtungen gesehen und untersucht wurden, die bereit waren, Einblick zu gewähren. Damit geht die Vermutung einher, dass von den Forschenden zum Teil Vorzeigeeinrichtungen gesehen wurden.

Die fünf untersuchten Einrichtungen sind keinesfalls repräsentativ für die Vielzahl der Einrichtungen. Diese Positivauswahl zeigte sich z.B. bei der baulichen Gestaltung, bei der Dokumentation und bei der Grundhaltung, die von den Untersuchenden angetroffen wurde. Von einer Verzerrung der Ergebnisse ist daher auszugehen.

Es ist abschließend darauf hinzuweisen, dass die kleine Stichprobe keinesfalls repräsentativ ist. Die dargestellten Zahlen sind nur deskriptive Darstellungen und können nicht dafür herangezogen werden, die Gesamtheit der Situation in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern darzustellen.

88 Im Hinblick auf die Fokusgruppen ist einschränkend zu berücksichtigen, dass es sich um Selbstangaben der Teilnehmenden handelt und damit kein Einblick in die tatsächliche Praxis möglich ist bzw. ein Abgleich nicht möglich ist. Verzerrungseffekte sind zudem durch die Auswahl der Teilnehmenden möglich. Dies sowohl, weil die Teilnehmenden durch die Einrichtungsleitungen angesprochen worden und damit eine Vorauswahl erfolgt und schließlich, weil hierarchische Strukturen sich innerhalb der Fokusgruppen abbilden können. Dies kann zu einem veränderten Äußerungsverhalten bei den Beteiligten auf allen Ebenen führen.

Bei der Untersuchung handelte es sich – soweit ersichtlich – um die erste große Erhebung zum Thema FeM in diesem Bereich. Das Feld wurde als schwer zugänglich und zu erfassen vom Forschendenteam eingeschätzt, sodass sich der Mix-Methods-Ansatz als Stärke des Vorhabens bestätigt hat. Denn so konnte das Feld über verschiedene methodische Zugänge beleuchtet werden und auf unterschiedlichen Wegen Daten erhoben und schließlich ausgewertet, überprüft und zusammengefügt werden. Als Stärke der Untersuchung ist die Expertise der Forschungen aus unterschiedlichen Disziplinen zu nennen. Die Vernetzung untereinander und der regelmäßige Austausch konnten von Beginn und zu jedem Zeitpunkt der Erhebung und Auswertung der Daten nutzbar gemacht werden und haben somit einen differenzierten Blick aus interdisziplinärer Perspektive ermöglicht.

Die Untersuchung ist die erste große Erhebung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen (in Bayern). Es konnte gezeigt werden, dass FeM in vielen Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung zur Anwendung gelangen. Häufigkeit und Art der FeM variieren u.a. anhand der Behinderungsarten. Das Feld ist heterogen. Aufgezeigt werden konnten Unterschiede im Hinblick auf Behinderungsarten, Einrichtungsgröße, Fachkräfteanzahl, Bauweise, Alltagsstrukturen. Hieraus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf im Hinblick auf Gruppenspezifika. Bestimmte Praktiken wie der routinemäßige Einschluss oder längere Isolationszeiten sind kritisch zu hinterfragen. Für FeM, die bei Menschen zur Sicherung wie bei Sturzgefahr, Weglaufgefahr oder sonstige Verletzungsgefahr angewendet werden, ist zu überprüfen, ob vorhandene (technische) Hilfsmittel ausreichend genutzt werden. Diese können dem Einzelnen ein Mehr an Bewegungsfreiheit verschaffen. Darüber hinaus sind Räumlichkeiten vorzuhalten, die als Isolationsräume als Alternative zu Fixierungen genutzt werden können. So kann auch innerhalb von massiv eingreifenden FeM die Berücksichtigung von Präferenzen gelingen.

In Bayern bestehen 850 Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Über 30.000 Menschen leben dort. Die Probleme und Bedarfslagen dieser Menschen sind unterschiedlich. Soweit sie von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind, ist aus einer menschenrechtlichen und verfassungsrechtlichen Perspektive stets kritisch in Frage zu stellen, ob FeM in jedem einzelnen Anwendungsfall tatsächlich die letzte aller zur Verfügung stehende Maßnahme darstellen, um eine erhebliche Eigengefährdung der Person abzuwenden. Die Eingriffstiefe der jeweiligen Maßnahme ist vor dem Hintergrund der jeweils abzuwendenden Gefahr zu sehen. Zudem sind Maßnahmen, die regelmäßig im Sinne einer Routine erfolgen, anders zu prüfen als Maßnahmen, die im Einzelfall zur Abwendung in einer Akut- oder Notsituation zur Anwendung gelangen.

Maßnahmen, die in anderen Feldern bereits zur Reduktion von FeM wirksam eingesetzt wurden, sollten auf ihre Übertragbarkeit auf das jeweilige Setting überprüft und ihr Einsatz evaluiert werden. Es liegt nahe, dass insbesondere komplexe Interventionen, also Interventionen bestehend aus mehreren Maßnahmen, die größte Wirksamkeit erwarten lassen dürften.

Für die Zukunft ist eine weitere Erforschung des Feldes, um einen tieferen Einblick in die Anwendungspraxis – auch bei den über 600 Einrichtungen, die sich nicht an der Erhebung beteiligt haben, zu erhalten, erforderlich. Hierbei sollten die Besonderheiten der einzelnen Behinderungsarten und der jeweilige Versorgungsbedarf kritisch hinterfragt werden. Dabei ist auch in Frage zu stellen, ob die Einrichtung stets der einzige und vor allem der richtige Ort für die Person ist, oder ob Veränderungen nicht bereits bei den grundlegenden strukturellen Rahmenbedingungen ansetzen müssten; dies auch vor dem Hintergrund einer konsequenten Umsetzung der Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes und der UN-Behindertenrechtskonventionen. Auch im Hinblick auf therapeutische Angebote und (psychiatrisch-)medizinische Versorgung besteht weiterer Klärungsbedarf, um einzelnen Personen auch eine Lebensperspektive außerhalb der Einrichtungen zu ermöglichen.

Soweit sich Defizite bei der Einbindung von Betreuer:innen oder bei einer nahezu stereotypischen, textbausteinartigen Wiederholung von gerichtlichen Genehmigun-

90 gen andeuten, sollte eine Stärkung der fachlichen Kompetenzen versucht werden. Hierzu gehören ein kritisches Hinterfragen der Maßnahme und der Suche nach Alternativen. Zudem sollte eine starke Einbindung und Unterstützung von Betreuer:innen, die oftmals zugleich Angehörige sind, angegangen werden.

Es wird keineswegs in Abrede gestellt, sondern vielmehr ausdrücklich anerkannt, dass die Problemlagen komplex und die Gründe, die zu FeM führen, vielschichtig sind. Herausforderndes Verhalten, fehlendes Kommunikationsfähigen der Betroffenen, eine hohe Selbstschädigungstendenz und vieles mehr machen das Handlungsfeld zu einem besonders komplexen. Da die Menschen in diesen Einrichtungen aber von den Einrichtungen, den dort arbeitenden Personen, ihrer Fürsorge und ihres Schutzes besonders abhängig sind, müssen sie als besonders vulnerabel gelten und bedürfen gleichermaßen den Schutz durch verschiedene flankierende Maßnahmen. Diese müssen sich auf verschiedenen Ebenen und unterschiedliche Ansätze und Ziele verfolgen: Dies reicht von verpflichtendem Deeskalationstraining und Strategien zur unterstützenden Entscheidungsfindung, der Schulung im Suchen nach Alternativstrategien auf Mitarbeitenebene, strukturellen Veränderungen von baulichen Veränderungen, Einzelzimmer, Rückzugsräume, Räume zum Erleben und Ausleben von Privatheit, Abbau von Regeln zur Regulierung des Alltags bis hin zu Maßnahmen von Transparenz und Kontrolle wie dem Kompetenzaufbau von Richter:innen und allen Verfahrensbeteiligten bei der Prüfung von FeM, Besuchskommission und vieles mehr. Trotz des umfassenden methodischen Zugangs zum Feld wird festzustellen sein, dass die alltägliche Praxis nur zu einem gewissen Teil erfasst und bewertet werden konnte. Um tatsächlich einen validen Überblick über FeM im Feld und deren Häufigkeit in der Praxis zu erhalten, bedarf es weiterer Forschung. Diese weitere Forschung sollte anhand konkret zu erfassender Zielgruppen und deren unterschiedlichen Problemlagen und Bedarfen erfolgen. Die vorliegende Untersuchung hat einen wichtigen Anfang gemacht, um dieses der Forschung bisher verschlossene Feld etwas zu erhellen. Denn die Untersuchung bietet die Chance, die hohe Relevanz von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen (in Bayern) zu erkennen und hieraus Handlungsempfehlungen für die Praxis zu erarbeiten. Die Chance sollte nun genutzt werden.

## M. FORSCHUNGSBEIRAT

Das Projekt ist durch einen Forschungsbeirat begleitet worden. Es fanden fünf gemeinsame Sitzungen statt, in denen zu Beginn des Gesamtvorhabens und später einzelne Projekteschritte vorgestellt wurden. Der Fragebogen wurde dem Forschungsbeirat vorgestellt und anhand der Ergänzungs- und Änderungswünsche von Mitgliedern des Forschungsbeirats weiterentwickelt. Ebenso wurden Kontakte für die Durchführung von Pretests über den Forschungsbeirat vermittelt. Dem Forschungsbeirat wurden zudem Zwischenergebnisse präsentiert und diese mit seinen Mitgliedern diskutiert.

Dem Forschungsbeirat gehörten an:

Thomas Asam (Zuvor: Thomas Bannasch),  
Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Bayern e.V.

Herbert Borucker (Vertretung: Tobias Utters),  
Deutscher Caritasverband, Landesverband Bayern e.V.

Simon Britz (zuvor: Barbara Dengler),  
Lebenshilfe-Landesverband Bayern e.V.

Dr. Stephan Gerbig (zuvor: Carina Holdgrün),  
Geschäftsstelle des Beauftragten der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung

Fritz Habel,  
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) e.V.

Werner Hagedorn (Vertretung: Anna Krott),  
Landesverband Bayern der Schwerhörigen und Ertaubten e.V.

Martina Heland-Gräf,  
Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Stefanie Kalla,  
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.

Holger Kiesel,  
Beauftragter der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung

Dr. Sebastian Kirsch,  
Werdenfelser Weg

Gudrun Mahler,  
Diakonisches Werk Bayern e.V.

Karl-Heinz Möhrmann,  
Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

92 Julia Neumann-Redlin,  
Bayerischer Bezirketag, Referat Soziales

Konstanze Riedmüller (Vertretung: Rainer Salz),  
Landesverband Bayern für körper- und mehrfachbehinderter Menschen e.V.

Davor Stubican,  
PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V.

Antonia Wagner,  
Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Celia Wenk-Wolff,  
Bayerischer Bezirketag, Referat Gesundheit und Psychiatrie

Saskia Müller (Reg. von Oberbayern/Vertretung Claudia Meyer,  
Reg. von Unterfranken),  
Vertretung der Regierungen, Sachgebiete 13 – Soziales und Jugend

Wolfgang Prokesch (FQA Stadt Memmingen),  
Vertretung der FQA

Folgende Mitglieder der Bayerischen Ministerien nahmen ebenfalls an den Sitzungen  
des Forschungsbeirats teil:

Franziska Faßbinder,  
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege/Abteilung 4, Referat 43 –  
Qualitätsentwicklung und -sicherung, Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrich-  
tungen

Isabell Kreuzer,  
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege/Abteilung 4, Referat 43 –  
Qualitätsentwicklung und -sicherung, Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrich-  
tungen

Swantje Reiserer,  
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege/Abteilung 4, Referat 43 –  
Qualitätsentwicklung und -sicherung, Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrich-  
tungen

Regina Ottmann,  
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege/Abteilung 4, Referat 43 –  
Qualitätsentwicklung und -sicherung, Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrich-  
tungen

Friedrich Loder,  
Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales/ Referat II 4 Dr. Da-  
niel Renné (Vertretung: Dorothea Kluczniok), Bayerisches Staatsministerium für Ge-  
sundheit und Pflege/Abteilung 2, Referat 27 – Psychiatrie

Dr. Bernhard Opolony,  
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege/Abteilung 4



## N. FORSCHUNGSTEAM

93

Thomas Schmitt-Schäfer,  
ist Diplom-Pädagoge (univ) und Verwaltungsbetriebswirt (vwa), Inhaber von  
*transfer*- Unternehmen für soziale Innovation.

Prof. Dr. Tanja Henking, LL.M. (Medizinrecht)  
ist Professorin für Gesundheits-, Medizin- und Strafrecht an der Hochschule für  
angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt.

Prof. Dr. Peter Brieger  
ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Forensische Psychiatrie.

Weitere Mitwirkende:

Prof. Dr. Johannes Hamann  
ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Malte Klemmt, M.A.,  
ist Soziologe und Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für angewandte  
Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt.

Ernst-Daniel Röhrig ist,  
ist Diplom-Pädagoge und Fachreferent bei *transfer* - Unternehmen für soziale  
Innovation

## O. LITERATURVERZEICHNIS

Ahrens, U., Haage, J., Luzycki, T., Milark, S., & Debus, S. (2019). Fallstudie: Entwicklung von symbolischen Alternativen zur physischen Zwangsanwendung in Gefährdungssituationen – PART IV: „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). *Psychiatrische Praxis*, 46(S1), 38–49. <https://doi.org/10.1055/a-0785-6617>

Auer, A., Bartel, S., Brand, R., Dinkel, J., Fluttert, F., & Glomb, A. (2019). Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (J. Nau, G. Walter, & N. Oud, Hrsg.; 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85845-000>

Baker, L. (2006). Observation: A Complex Research Method. *Library Trends*, 55(1), 171–189. <https://doi.org/10.1353/lib.2006.0045>

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (2015). Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege: Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses (Bayerische Staatsregierung, Hrsg.).

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, & Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.). (2022). Schutz vor Gewalt in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen – Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis.

Berzlanovich, A., Schöpfer, J., & Keil, W. (2007a). Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Pflegebedürftigen. *Bayerisches Ärzteblatt*, 9, 515.

Berzlanovich, A., Schöpfer, J., & Keil, W. (2007b). Strangulation im Sitzgurt: Tödlicher Unfall trotz sach- und fachgemäßer Fixierung. *Rechtsmedizin*, 17(6), 363–366.

Bienwald, C. (2016), § 1906 BGB, in W. Bienwald, S. Sonnenfeld, C. Bienwald & U. Harm (Hrsg.), *Betreuungsrecht. Materielles und Verfahrensrecht, Vergütungsrecht, BtBG und Landesrecht. Kommentar*. 6. Auflage, Verlag Giesking, Bielefeld.

Brieger, P., Steck, S., Kilian, R., & Hamann, J. (2020). Prä-/Post-Untersuchung des Effektes von Umzug und Neubau einer psychiatrischen Klinik auf die Stationsatmosphäre in der Wahrnehmung von Patienten und Mitarbeitern. *Psychiatrische Praxis*, 47(03), 154–157. <https://doi.org/10.1055/a-1112-6106>

Brosey, D. (2020). Freiheitseinschränkungen in der häuslichen Pflege—Kein rechtsfreier Raum. *BtPrax - Betreuungsrechtliche Praxis*, 3, 94–98.

Bundesamt für Justiz (Hrsg.). (2018). *Betreuungsverfahren Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2001*. [https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf;jsessionid=560042B8883B101465339A4D58224836.2\\_cid503?\\_\\_blob=publicationFile&v=14](https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf;jsessionid=560042B8883B101465339A4D58224836.2_cid503?__blob=publicationFile&v=14)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2004). Stellungnahme zu Fixierungssystemen (Nr. 913/0704). [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/fixierungssysteme\\_Stellungnahme\\_Uni-Witten.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/fixierungssysteme_Stellungnahme_Uni-Witten.html)

Czernin, K., Bermpohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., & Mahler, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 47(05), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>

Debus, S. (2011). Zwangsanwendung im psychiatrischen Milieu – ein semiotisch fundiertes Forschungsprogramm. *Zeitschrift für Semiotik*, 33(1–2), 23–54.

Debus, S. (2017). Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahme in der Psychiatrie (SRZP)—Interaktionsforschung versus Epidemiologie. Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen. *Soziale Psychiatrie*, 41(3), 16–19.

Debus, S. (2019a). Ein Kommunikationsmodell zur Durchsetzungsmacht in psychiatrischen Gefährdungssituationen – PART V: „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). *Psychiatrische Praxis*, 46(S1), 50–59.

Debus, S. (2019b). Interaktion in psychiatrischen Gefährdungssituationen. *Psychiatrische Praxis*, 46(S1), 3–5.

Debus, S. (2019c). Mixed-Methods-Design zur Analyse von Gefährdungssituationen mittels Kommunikationsprofilen – Part I: „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). *Psychiatrische Praxis*, 46(S1), 11–20.

Debus, S. (2019d). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – ein Forschungsprogramm. *Public Health Forum*, 27(1), 69–71.

Deutscher Bundestag (2017). Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern, Nr. 18/112778.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022I\\_S3\\_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022I_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf)

Deutscher Ethikrat. (2018). Hilfe durch Zwang. Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/068/1906887.pdf>

Diekmann, A. (2007). Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Emerson, E., & Bromley, J. (1995). The form and function of challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(5), 388–398. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1995.tb00543.x>

Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 616–625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02422.x>

Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“. (2021). Abschlussbericht der Expertenkommission: Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe. [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/2021\\_12\\_17\\_abschlussbericht\\_kommission\\_gewaltschutz\\_behindertenhilfe.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/2021_12_17_abschlussbericht_kommission_gewaltschutz_behindertenhilfe.pdf)

Ezzat, N., Müller-Barna, P., Krüger, C., & Randzio, O. (2019). Psychopharmakaverordnungen mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung – eine Auswertung von Pflegebegutachtungsdaten des MDK Bayern. *Das Gesundheitswesen*, 81(12), 1029–1036. <https://doi.org/10.1055/a-0631-1467>

Flammer, E., Hirsch, S., & Steinert, T. (2021). Effect of the introduction of immediate judge’s decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: A population-based study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 11, 100233. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100233>

Flick, U. (2011). *Triangulation*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92864-7>

Gambrill, E. D. (2019). *Critical thinking and the process of evidence-based practice*. Oxford University Press.

Gläser, J., & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3., überarb. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gläser, J., & Laudel, G. (2013). Life With and Without Coding: Two Methods for Early-Stage Data Analysis in Qualitative Research Aiming at Causal Explanations. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 14, No 2 (2013). <https://doi.org/10.17169/FQS-14.2.1886>

Goffman, E. (1972). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (N. T. Lindquist, Übers.). Suhrkamp Verlag.

Götz, I. (2022), § 1906 BGB, in Grüneberg, *Bürgerliches Gesetzbuch: BGB*, 81. Auflage, 2022, C.H. Beck, München.

Hindrichs, S., & Fähmann, E. (2016). Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen: Pflegefachliche und rechtliche Grundlagen zur Fixierungsvermeidung. *Walhalla*.

Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(19), 336–343. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>

Hotzy, F., & Jaeger, M. (2016). Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment—A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00197>

Kempchen, U. (2015). Freiheitsentziehende Maßnahmen: Gratwanderung zwischen Schutz und Freiheit—Voraussetzungen freiheitsentziehender Maßnahmen im stationären und ambulanten Bereich (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen (BIVA) e.V., Hrsg.; 2. Auflage).

Kirsch, S., & Hirsch, R. (2016). Freiheitsentziehende Maßnahmen durch Medikamente nach § 1906 Abs. 4 BGB. *BtPrax - Betreuungsrechtliche Praxis*, 01, 12–16.

Klemmt, M., Brieger, P., Schmitt-Schäfer, T., Mörtz, A., & Henking, T. (2022). Use and alternatives to coercive measures in inpatient residential care facilities for adults with disabilities: Study protocol of a mixed-methods study [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1257597/v1>

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa.

Loer, A. (2013). *Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Behindertenhilfe*.

Mahler, L., Wullschleger, A., & Oster, A. (2022). *Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen: Ein Praxisleitfaden* (1. Auflage). Psychiatrie Verlag.

Marschner, R. (2019), § 1906 BGB, in R. Marschner, W. Lesting & R. Stahmann (Hrsg.), *Freiheitsentziehung und Unterbringung*. 6. Auflage, München, C.H. Beck.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz (Hrsg.). (2019). *Reduzierung Freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) in Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Abbildung der Inhalte eines Qualifizierungsprojekts in Rheinland-Pfalz*. [http://btv-ingenheim.de/fileadmin/btv/PDF\\_2020/Reduzierung\\_FEM\\_in\\_Einrichtungen\\_der\\_Eingliederungshilfe\\_2019.pdf](http://btv-ingenheim.de/fileadmin/btv/PDF_2020/Reduzierung_FEM_in_Einrichtungen_der_Eingliederungshilfe_2019.pdf)

Nagy, E., Wehmeyer, M., Gaese, F., Nicolai, E., & Schweitzer-Rothers, J. (2019). Development of a Direct Aggression and Restriction Observation Checklist (AROC) for Routine Observation in Residential and Inpatient Services for Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(1–2), 71–93. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1595232>

Oberbayern, B. (2014). *Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen. Band I: Allgemeiner Teil Qualitätsstandards und Empfehlungen*. Im Internet unter: [www.bezirk-oberbayern.de/Soziales/Erwachsene-mit-Behinderungen/Psychische-Erkrankungen-und-Behinderungen/Leben-und-Wohnen/Geschlossene-Einrichtungen](http://www.bezirk-oberbayern.de/Soziales/Erwachsene-mit-Behinderungen/Psychische-Erkrankungen-und-Behinderungen/Leben-und-Wohnen/Geschlossene-Einrichtungen) (letzter Zugriff: 07.07. 2016).

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>

Rinaldi, R., Batselé, E., & Haelewyck, M.-C. (2022). Attachment and Challenging Behaviors in Adults with Intellectual Disability: A Scoping Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/19315864.2022.2076959>

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory* (S. xii, 560). Houghton Mifflin.

Ruddat, M. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 195–206). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_10)

Schermer, F. J. (Hrsg.). (2005). *Methoden der Verhaltensänderung: Basisstrategien* (1. Aufl.). Kohlhammer.

Steinert, T., & Hirsch, S. (2019). Implementierung der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang. *Psychiatrische Praxis*, 46(05), 294–296. <https://doi.org/10.1055/a-0897-7517>  
Steinhart, I., Speck, A., & Freyberger, H. (2013). Blackbox geschlossene Heime. *Psychosoziale Umschau*, 01, 6–8.

Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233–244. <https://doi.org/10.1080/09638230802052203>

Theunissen, G. (2021a). *Behindertenarbeit vom Menschen aus: Unterstützungssysteme und Assistenzleistungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten und komplexer Behinderung* (1. Auflage). Lambertus.

Theunissen, G. (2021b). Konzepte und Erfahrungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten am Beispiel von Kalifornien und British Columbia. *Teilhabe*, 60(3), 108–114.

Theunissen, G., & Kulig, W. (2019). Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg: Ergebnisbericht. KVJS, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.

Wehmeyer, M., Schweitzer, J., Nagy, E., Gaese, F., & Nicolai, E. (2021). Erwachsene mit Intelligenzminderung und psychischer Störung respektive problematischem Verhalten: Systemrelevante Strategien zur Reduktion aggressiver Eskalationen. *Psychiatrische Praxis* 48(2), 73–78. <https://doi.org/10.1055/a-1200-6205>.

Zwick, M. M., & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 24–48). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_2)



## P. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Volljährige Bewohnende mit Behinderungen in Einrichtungen nach Behinderungsart	23
Tabelle 2:	Stichprobenmerkmale (quantitative Vollerhebung)	26
Tabelle 3:	Beobachtungsphase	28
Tabelle 4:	Stichprobe (Teilnehmende Beobachtung)	29
Tabelle 5:	Stichprobe (Dokumentanalyse)	32
Tabelle 6:	Stichprobe (Fokusgruppen)	35
Tabelle 7:	Stichprobe (Expert:innen-Workshops)	37
Tabelle 8:	Beobachtete FeM (Arten)	39
Tabelle 9:	Anwendung von mechanischen FeM, Häufigkeit und Dauer (n=113 Einrichtungen; Mehrfachnennungen möglich)	43
Tabelle 10:	Anwendung von Medikamenten als FeM, Häufigkeit (n=113 Einrichtungen)	43
Tabelle 11:	Anwendung von sonstigen FeM, Häufigkeit und Dauer (n=113 Einrichtungen; Mehrfachnennungen möglich)	44
Tabelle 12:	Weitere Interventionen, Häufigkeit (n=113, Mehrfachnennungen möglich)	44
Tabelle 13:	Beobachtete FeM, Häufigkeit	45
Tabelle 14:	Weitere Interventionen, Häufigkeit	45
Tabelle 15:	Sonstige Interventionen, Häufigkeit	46
Tabelle 16:	Haupt- und zusätzliche Beeinträchtigungen in den untersuchten Einrichtungen	47
Tabelle 17:	Ausschluss Aufnahme in Einrichtung	48
Tabelle 18:	Hauptbeeinträchtigungen und Bewohnendenanteile (n=113 Einrichtungen)	48
Tabelle 19:	FeM und weitere Interventionen nach Beeinträchtigungsarten (n=113 Einrichtungen)	50
Tabelle 20:	Repertoires nach Beeinträchtigungsarten (n=113 Einrichtungen)	51
Tabelle 21:	FeM und Begründungen der Anwendung, Häufigkeiten (Mehrfachnennungen möglich; n=113 Einrichtungen)	54
Tabelle 22:	Weitere Interventionen und Begründungen der Anwendung, Häufigkeiten (Mehrfachnennungen möglich; n=113 Einrichtungen)	56
Tabelle 23:	FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Selbstgefährdung (angeführt: Anteile >50%) (n=113 Einrichtungen)	57
Tabelle 24:	FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Fremdgefährdung (angeführt: Anteile >25%) (n=113 Einrichtungen)	57
Tabelle 25:	FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Selbst- und Fremdgefährdung (angeführt: Anteile >30%) (n=113 Einrichtungen)	58
Tabelle 26:	FeM und weitere Interventionen nach Anteil Grund: Weitere Gründe (angeführt: Anteile >50%) (n=113 Einrichtungen)	58
Tabelle 27:	Begründungen der beobachteten FeM (n=42 FeM)	60
Tabelle 28:	Begründungen der beobachteten weiteren Interventionen (n=53 Interventionen und Eingriffe)	60
Tabelle 29:	Gründe und Kontextbedingungen FeM, Fokusgruppen	61
Tabelle 30:	Gründe und Kontextbedingungen hinsichtlich der weiteren Interventionen, Fokusgruppen	61

100	Tabelle 31:	Gründe und Ziele FeM, Expert:innen-Workshops	61
	Tabelle 32:	Gründe und Ziele hinsichtlich weiterer Interventionen, Expert:innen-Workshops	62
	Tabelle 33:	Strategien zur Vermeidung von FeM (n=104)	64
	Tabelle 34:	Beobachtete Vermeidung von FeM oder bestimmten FeM, Hilfsmittel	65
	Tabelle 35:	Vermeidung von FeM, Verhalten von Mitarbeitenden	65
	Tabelle 36:	Alternativen und Vermeidungsstrategien, Fokusgruppen	66
	Tabelle 37:	Alternativen und Vermeidungsstrategien, Expert:innen-Workshops	67
	Tabelle 38:	Eingesetzte FeM und Einrichtungsgröße	71
	Tabelle 39:	Einrichtungsgruppen nach Repertoire, Infrastruktur und Zugänglichkeit	72
	Tabelle 40:	Repertoires nach Mitarbeitenden/Fachkräften pro Bewohnenden	72
	Tabelle 41:	Repertoires nach Fachkräfteanteilen	73
	Tabelle 42:	Übersicht Leistungsvereinbarungen	75
	Tabelle 43:	Infrastrukturelle Aspekte, Fokusgruppen	77
	Tabelle 44:	Personelle Aspekte, Fokusgruppen	78
	Tabelle 45:	Infrastrukturelle Aspekte, Expert:innen-Workshops	78
	Tabelle 46:	Personelle Aspekte, Expert:innen-Workshops	79



## **Q. ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

101

Abbildung 1: Altersverteilung Bewohner:innen (Dokumentanalyse)	33
Abbildung 2: Dauer des Heimaufenthaltes (Dokumentanalyse)	33
Abbildung 3: Anwendung von FeM und Interventionen	49

## **R. ANLAGENVERZEICHNIS**

I.	Fragebogen	103
II.	Studieninformation und Einwilligungserklärung für Teilnehmende Beobachtung und Fallakteneinsicht	127
1.	Für Einrichtungspersonal	127
2.	Für Bewohner:innen in leichter Sprache	134
3.	Für Bewohner:innen und Vertreter:innen	136
III.	Ethisch-rechtliche Unbedenklichkeitsbescheinigung (LMU-München)	147
IV.	Beobachtungsprotokollbogen	149
V.	Beobachtungsbericht	176
VI.	Leitfaden und Information Fokusgruppengespräch	178
1.	Fokusgruppe: Ablauf und Leitfaden	178
2.	Leitfaden Ablauf Fokusgruppengespräche	179
3.	Information Fokusgruppengespräch für Einrichtungen	183
4.	Information Fokusgruppen für Bewohner:innen in leichter Sprache	185
5.	Expert:innen-Workshop: Agenda	187

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat im September 2019 die Erstellung eines Gutachtens zur wissenschaftlichen Untersuchung der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) sowie von Alternativen in stationären Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung ausgeschrieben.

Das Gutachten soll zum einen für das Thema sensibilisieren und zum anderen Wissen bereitstellen, um die Anwendung von FeM zu reduzieren. Im Rahmen der Forschungsarbeit soll geklärt werden:

- Welche FeM werden in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung angewandt?
- Welche Alternativen kommen anstelle von FeM zum Einsatz?

Hierzu führen wir eine bayernweite Vollerhebung durch. Alle der folgenden Wohnangebote für volljährige Menschen mit Behinderungen sind angesprochen:

- Stationäre Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung nach Art. 2 Abs. 1 Satz 1 des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) und
- Betreute Wohngruppen nach Art. 2 Abs. 4 Satz 4 PflWoqG, auf die die Bestimmungen des Zweiten Teil des PflWoqG Anwendung finden.

Bitte beteiligen Sie sich an der Befragung. Sie benötigen für die Bearbeitung der Online-Erhebung etwa 45 – 120 Minuten.

Es handelt sich um eine anonyme Befragung; es werden keine personenbezogenen oder personenidentifizierenden Informationen erhoben. Es werden keine Ergebnisse dargestellt, die Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen erlauben würden.

Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Alle Mitarbeitenden im Forschungsteam sind verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der aktuellen Fassung einzuhalten.

Falls Sie im Laufe der Online-Befragung diese unterbrechen möchten, um zu einem späteren Zeitpunkt fortzufahren, bitten wir Sie unbedingt folgendes zu beachten:

LimeSurvey wird Sie in diesem Falle darum bitten einen Benutzernamen/eine Emailadresse sowie ein Passwort anzugeben. Hier müssen Sie keinen Klarnamen oder eine echte Adresse angeben, sondern lediglich irgendeinen Namen, mit dem Sie sich später wieder anonym anmelden können. Im Sinne der garantierten Wahrung Ihrer Anonymität bezüglich Ihrer Angaben

sollten Sie hier auf keinen Fall Angaben machen, die in irgendeiner Verbindung zu Ihnen oder Ihrer Einrichtung stehen, sondern stattdessen einen Fantasienamen angeben – z.B. „Hans im Glück“, „Frosch König“, „Donald Duck“, Spider Man“ oder ähnlich unverfängliches. Mit diesem Fantasienamen und dem von Ihnen dazu angegebenen Passwort können Sie sich später wieder anmelden und an der Stelle weitermachen, an der Sie zuvor aufgehört haben.

Weitere Informationen zum Forschungsteam und Forschungsauftrag, zum methodischen Vorgehen und den Formen der Beteiligung finden Sie auf der Projekthomepage unter [www.fem-bayern.de](http://www.fem-bayern.de).

Bei Fragen und Anmerkungen erreichen Sie das Forschungsteam unter: [fem@transfer-net.de](mailto:fem@transfer-net.de)

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Erhebungsbogen

im Forschungsprojekt über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in

**Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung im Freistaat Bayern nach Art. 2 Abs. 1 Satz 1 des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) und Betreute Wohngruppen, auf die die Bestimmungen des Zweiten Teils des PfleWoqG Anwendung finden, nach Art. 2 Abs. 4 Satz 4 PfleWoqG.**

**Auftraggeber:** Freistaat Bayern vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

### Struktur des Erhebungsbogens

<b>1</b>	<b>ANGABEN ZUR EINRICHTUNG, ZU BEWOHNER*INNEN UND MITARBEITER*INNEN</b>	<b>4</b>
1.1	Regionale Zuordnung.....	4
1.2	Einrichtungsart .....	4
1.3	Basisdaten zur Einrichtung/betreuten Wohngruppe.....	5
1.4	Bewohner*innen in Ihrer Einrichtung/Betreuten Wohngruppe .....	8
1.5	Personelle Ausstattung .....	10
1.6	Weitere Merkmale der Einrichtung/betreuten Wohngruppe .....	10
<b>2</b>	<b>ALTERNATIVEN ZUR ANWENDUNG VON FREIHEITSENTZIEHENDEN MAßNAHMEN</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>EINSATZ VON FEM</b>	<b>14</b>
3.1	Einsatz mechanischer Vorrichtungen.....	15
3.2	Einsatz von Medikamenten .....	18
3.3	Anwendung von sonstigen Maßnahmen.....	19
<b>4</b>	<b>ANWENDUNG WEITERER INTERVENTIONEN</b>	<b>22</b>

## Erhebungsbogen

im Forschungsprojekt über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in

**Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung im Freistaat Bayern nach Art. 2 Abs. 1 Satz 1 des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) und Betreute Wohngruppen, auf die die Bestimmungen des Zweiten Teils des PfleWoqG Anwendung finden, nach Art. 2 Abs. 4 Satz 4 PfleWoqG.**

**Auftraggeber:** Freistaat Bayern vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

### Struktur des Erhebungsbogens

1	ANGABEN ZUR EINRICHTUNG, ZU BEWOHNER*INNEN UND MITARBEITER*INNEN	4
1.1	Regionale Zuordnung.....	4
1.2	Einrichtungsart .....	4
1.3	Basisdaten zur Einrichtung/betreuten Wohngruppe.....	5
1.4	Bewohner*innen in Ihrer Einrichtung/Betreuten Wohngruppe .....	8
1.5	Personelle Ausstattung .....	10
1.6	Weitere Merkmale der Einrichtung/betreuten Wohngruppe .....	10
2	ALTERNATIVEN ZUR ANWENDUNG VON FREIHEITSENTZIEHENDEN MA&NAHMEN	11
3	EINSATZ VON FEM	14
3.1	Einsatz mechanischer Vorrichtungen.....	15
3.2	Einsatz von Medikamenten .....	18
3.3	Anwendung von sonstigen Maßnahmen .....	19
4	ANWENDUNG WEITERER INTERVENTIONEN	22

**Frage 5.** Welche Beeinträchtigungen weisen die Bewohner\*innen Ihres Angebotes vorrangig auf?

**Frage 5.1.** Welche weiteren Beeinträchtigungen weisen die Bewohner\*innen Ihres Angebotes zusammen mit den vorrangigen Beeinträchtigungen auf? Mehrfachangaben sind möglich.

Art der Beeinträchtigung nach § 2 Abs. 1 SGB IX	Vorrangige Art der Beeinträchtigung	zusammen mit weiteren Beeinträchtigungen, nämlich			
		körperlich	seelisch	geistig	Sinnesbeeinträchtigungen
Körperliche Beeinträchtigungen					
seelische Beeinträchtigungen					
geistige Beeinträchtigungen					
Sinnesbeeinträchtigungen					

**Frage 6.** Richtet sich Ihr Wohnangebot darüber hinaus an spezifische Zielgruppen? Zum Beispiel Menschen mit autistischer Störung oder Menschen mit Suchterkrankung? Falls zutreffend, können Sie hier bis zu drei Gruppen benennen:

Zielgruppe 1	Textfeld
Zielgruppe 2	Textfeld
Zielgruppe 3	Textfeld

Gibt es spezifische Zielgruppen, die von Ihrem Wohnangebot ausgeschlossen sind? Falls zutreffend, können sie hier bis zu drei Gruppen benennen:

Zielgruppe 1	Textfeld
Zielgruppe 2	Textfeld
Zielgruppe 3	Textfeld

### 1.3 Basisdaten zur Einrichtung/betreuten Wohngruppe

Wir bitten Sie nun um einige Strukturdaten zu Ihrer Einrichtung und fragen Sie u.a. nach

- Anzahl der Plätze, Wohngruppen, Zimmer und ggf. Apartments,
- Zimmerarten und -größe sowie deren Ausstattung,
- weitere vorhandene Räume.

Bitte machen Sie die Angaben jeweils zum Stichtag **31.12.2020**.

**Frage 7.** Wie viele Plätze für Erwachsene gibt es in Ihrer Einrichtung bzw. betreuten Wohngruppe (PfleWoqG) insgesamt?

Anzahl: \_\_\_\_\_

Ggf.: Davon im geschlossen geführten Bereich: Anzahl: \_\_\_\_\_



**Frage 8. Wie viele Wohngruppen\* gibt es in Ihrer Einrichtung insgesamt?**

Anzahl: \_\_\_\_\_

Ggf.: Davon im geschlossenen geführten Bereich: Anzahl: \_\_\_\_\_

\*Eine „Wohngruppe“ ist der Wohn-Bereich einer Bewohnergruppe. Eine Einrichtung kann in mehrere Wohngruppen untergliedert sein.

**Frage 8.1. Wie viele Bewohner\*innen wohnten in der kleinsten Wohngruppe?**

Anzahl: \_\_\_\_\_

**Frage 8.2. Wie viele Bewohner\*innen wohnten in der größten Wohngruppe?**

Anzahl: \_\_\_\_\_

**Frage 9. Wie viele Bewohnenden-Zimmer gibt es in Ihrer Einrichtung bzw. betreuten Wohngruppe insgesamt?**

	Anzahl
Anzahl Zimmer insgesamt	
...davon Einzelzimmer	
...davon Doppelzimmer	
...davon Dreibettzimmer	
...davon Zimmer mit vier oder mehr Betten	

**Frage 10. Bitte geben Sie an, wie die Bewohnenden-Zimmer ausgestattet sind. Wie viele der Zimmer verfügen jeweils über folgende Ausstattungsmerkmale?**

	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Dreibettzimmer	Zimmer mit vier oder mehr Betten
Von innen abschließbar				
Mit eigenem Bad				
Mit Fernsehanschluss				
Mit Telefonanschluss bzw. freiem Zugang zum Telefon				
Mit Internetzugang (LAN oder WLAN)				
Mit Rollstuhl zugänglich				
Mit Lichtsignalanlage (z.B. als Hilfsmittel für Gehörlose)				
Mit Türspion zur Sicht von innen nach außen				
Mit Türspion zur Sicht von außen nach innen				
Mit Kameraüberwachungsmöglichkeit des Innenraums				

**Frage 11.** Gibt es in Ihrer Einrichtung zusätzlich Appartements (separater Wohn-Schlafbereich mit Kochnische/Küche, Bad)? Falls ja, wie viele?

Nein, trifft nicht zu

Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

**Frage 12.** Falls ja: Bitte geben Sie an, wie viele der Appartements jeweils über die folgende Ausstattung verfügen:

	Anzahl Appartements
Von innen abschließbar	
Mit eigenem Bad	
Mit Fernsehanschluss	
Mit Telefonanschluss bzw. freiem Zugang zum Telefon	
Mit Internetzugang (LAN oder WLAN)	
Mit Rollstuhl zugänglich	
Mit Lichtsignalanlage (z.B. als Hilfsmittel für Gehörlose)	
Mit Türspion zur Sicht von innen nach außen	
Mit Türspion zur Sicht von außen nach innen	
Mit Kameraüberwachungsmöglichkeit des Innenraums	

**Frage 13.** Bitte machen Sie Angaben zur durchschnittlichen Größe der vorhandenen Bewohnenden-Zimmer bzw. Appartements in Ihrer Einrichtung.

- Einzelzimmer  ..... m<sup>2</sup>
- Doppelzimmer  ..... m<sup>2</sup>
- Dreibettzimmer  ..... m<sup>2</sup>
- Zimmer mit 4 oder mehr Betten  ..... m<sup>2</sup>
- Appartement  ..... m<sup>2</sup>

**Frage 14.** Bitte geben Sie an, welche weiteren Räume es in Ihrer Einrichtung gibt (Mehrfachauswahl möglich):

- Frei zugängliche Küche\* je Wohngruppe  Ja
- Mind. ein Gemeinschaftsraum\*\* je Wohngruppe für Essen, Freizeit, Wohnen  Ja
- Frei zugänglicher Balkon oder Terrasse je Wohngruppe  Ja
- Mind. ein Gruppenübergreifender Mehrzweckraum\*\*\*  Ja
- Snoozelen-Raum  Ja
- Frei zugängliche Sportflächen (Fitnessraum, Sportplatz, Turnhalle etc.)  Ja
- Gottesdienst- und Andachtsraum  Ja
- Weitere, nämlich .... \_\_\_\_\_

Zu den Begriffen:

- \*Küche, deren Ausstattung eine Selbstversorgung der Gruppe erlaubt

- **\*\*Gemeinsamer Wohn- und Essraum, wobei der Essplatz vom Wohnraum getrennt sein kann**
- **\*\*\*Mehrzweckraum für gemeinsamen Veranstaltungen, insbesondere zur Pflege der Geselligkeit. Er kann auch unterteilt als Hobby- und/oder Therapieraum dienen**

**Frage 16.** Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Räume es in Ihrer Einrichtung gibt (Mehrfachauswahl möglich):

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| Ausweichzimmer bei vorgehaltenen Doppelzimmern | <input type="checkbox"/> Ja |
| Rückzugsraum/weiches Zimmer*                   | <input type="checkbox"/> Ja |
| Isolierzimmer/zimmer**                         | <input type="checkbox"/> Ja |
| Time-Out-Raum***                               | <input type="checkbox"/> Ja |
| Deeskalationsraum****                          | <input type="checkbox"/> Ja |
| Weitere, nämlich ....                          | _____                       |

Zu den Begriffen:

- \* Frei zugänglicher Raum, mit einer auf Entspannung ausgerichteten Ausstattung, der von Bewohner\*innen bei Anspannung eigenständig genutzt werden kann.
- \*\* Abschließbare Räumlichkeit, in die ein\*e Bewohner\*in zur Isolation verbracht wird, um eigen- und/oder fremdgefährdende Verhaltensweisen auszuschließen.
- \*\*\* Abschließbarer, reizarm und verletzungsfrei gestalteter Raum, der zur Abwendung einer akuten Selbst- und/oder Fremdgefährdung eines Bewohners/einer Bewohnerin genutzt werden kann.
- \*\*\*\* Abschließbare Räumlichkeit, in die ein\*e Bewohner\*in verbracht wird, um eine Konflikteskalation zu vermeiden.

#### 1.4 Bewohner\*innen in Ihrer Einrichtung/Betreuten Wohngruppe

In diesem Teil des Fragebogens bitten wir Sie um statistische Angaben zu den Bewohner\*innen Ihrer Einrichtung/betreuten Wohngruppe. Wir fragen Sie u.a. nach

- der Anzahl der Bewohner\*innen, Geschlechterverteilung und Alter,
- Anzahl der Bewohner\*innen mit gerichtlichen Beschlüssen.

Bitte machen Sie die Angaben wieder zum Stichtag 31.12.2020.

**Frage 17.** Wie viele Bewohner\*innen wohnten zum Stichtag 31.12.2020 in Ihrer Einrichtung bzw. betreuten Wohngruppe:

Anzahl: \_\_\_\_\_

Ggf.: Davon im geschlossen geführten Bereich: Anzahl: \_\_\_\_\_

**Frage 18.** Bitte machen Sie Angaben zum Geschlecht der Bewohner\*innen, die am 31.12.2020 in Ihrer Einrichtung/betreuten Wohngruppe lebten.

	Anzahl Bewohner*innen
Männlich	
Weiblich	
Divers	

**Frage 19.** Bitte machen Sie Angaben zur Altersstruktur der Bewohner\*innen, ebenfalls zum Stichtag 31.12.2020.

	Altersjahre
Wie alt war der/die jüngste Bewohner*in?	
Wie alt war der/die älteste Bewohner*in?	
Altersdurchschnitt aller Bewohner*innen	

Berechnung optimalerweise über das arithmetische Mittel (Summe des Alters der Bewohner\*innen / die Gesamtanzahl der Bewohner\*innen)

**Frage 20.** Gab es am 31.12.2020 in Ihrer Einrichtung Bewohner\*innen mit Unterbringungsbeschlüssen nach § 1906 Abs. 1 BGB oder nach Psych-KHG?

- Nein   
Weiß ich nicht   
Ja

**Frage 20.1.** Falls ja, wie viele Bewohner\*innen betraf dies jeweils?

Bewohner\*innen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 Abs. 1 BGB:

Anzahl: \_\_\_\_\_

Bewohner\*innen mit Unterbringungen nach PsychKHG:

Anzahl: \_\_\_\_\_

**Frage 21.** Gab es in Ihrer Einrichtung Bewohner\*innen, die freiwillig geschlossen untergebracht waren [Stichtag 31.12.2020]?

- Nein   
Weiß ich nicht   
Ja

**Frage 21.1.** Falls ja, wie viele Bewohner\*innen waren dies?

Anzahl: \_\_\_\_\_

**Frage 22.** Gab es in Ihrer Einrichtung Bewohner\*innen mit Beschlüssen nach § 1906 Abs. 4 BGB über freiheitsentziehende Maßnahmen [Stichtag 31.12.2020]?

- Nein   
Weiß ich nicht   
Ja

**Frage 22.1.** Falls ja, wie viele Bewohner\*innen betraf dies?

Anzahl: \_\_\_\_\_

## 1.5 Personelle Ausstattung

**Frage 23.** Wie viele Mitarbeiter\*innen, die Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen zur Pflege erbringen, arbeiteten zum Stichtag 31.12.2020 in Ihrer Einrichtung?

	Anzahl („Köpfe“):	Anzahl in Vollzeitkräf- teäquivalent (VK):
Insgesamt		
davon Fachkräfte für die Gruppenlei- tung/den Gruppendienst*		
davon Fachkräfte gruppenübergreifend**		
davon qualifizierte Hilfskräfte***		

Begriffe nach § 16 der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPfleWoqG):

### \*Pädagogische und pflegerische Fachkräfte für die Gruppenleitung bzw. den Gruppendienst:

Heilerziehungspfleger\*innen, Erzieher\*innen, Sozialpädagog\*innen sowie andere für die Praxis in sozial-, heil- oder sonderpädagogischen Einrichtungen vergleichbar ausgebildete akademische Fachkräfte mit Diplom, Bachelor- oder Masterabschlüssen, Heilpädagog\*innen oder Personen mit vergleichbarer abgeschlossener heil- oder sonderpädagogischer Ausbildung, Diakon\*innen mit pädagogischer oder pflegerischer Ausbildung, sowie Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen, Altenpfleger

### \*\*Gruppenübergreifende Fachkräfte

Fachkräfte für Gruppenleitung/Gruppendienst mit therapeutischer Zusatzausbildung, Ergotherapeut\*innen, Logopäd\*innen, Physiotherapeut\*innen, Musiktherapeut\*innen, Musikpädagog\*innen sowie Sonderpädagog\*innen und andere qualifizierte Fachkräfte mit spezifischen Zusatzausbildungen oder Weiterbildungen, etwa in den Bereichen Psychiatrie, konduktiver Förderung oder Pflege.

### \*\*\*Qualifizierte Hilfskräfte:

Kinderpfleger\*innen, Heilerziehungspflegehelfer\*innen, Sozialbetreuer\*innen und Pflegefachhelfer\*innen sowie andere für die betreuerische und pflegerische Praxis in Einrichtungen der Behindertenhilfe vergleichbar ausgebildete Personen.

## 1.6 Weitere Merkmale der Einrichtung/betreuten Wohngruppe

Es geht nun um das Betreten und Verlassen Ihrer Wohnform.

Wir möchten von Ihnen wissen, welche der folgenden Merkmale für Ihre Einrichtung/betreute Wohngruppe zutreffen. Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie einer Aussage ganz, teilweise oder nicht zustimmen.

Dabei sollen Corona-bedingte Maßnahmen außen vor bleiben.



Antworten Sie bitte so, wie die Verhältnisse ohne Corona gewesen sind.

**Frage 24.** Wir sind eine offene Einrichtung. Die Bewohner\*innen können das Haus **jederzeit (auch nachts)** nach eigenen Vorstellungen verlassen.

- trifft zu  
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]   
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]

**Frage 25.** Die Bewohner\*innen können die Einrichtung nur zu **festgelegten Zeiten** verlassen.

- trifft zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]   
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]   
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]

**Frage 26.** Die vorhandenen Ausgänge (Türen, Fahrstühle etc.) und Schließvorrichtungen sind für die Bewohner\*innen in unserer Einrichtung frei zugänglich.

- trifft zu  
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]   
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]

**Frage 27.** Die vorhandenen Ausgänge (Türen, Fahrstühle etc.) und Schließvorrichtungen können von **allen** Bewohner\*innen bedient werden.

- trifft zu  
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]   
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]

**Frage 28.** Wir setzen elektronische Mittel zur Schließung von Türen und/oder Beaufsichtigung von Bewohner/innen ein, wie z.B. Transponder (RFID-Systeme), Kameras, GPS-Sender oder andere Technologien.

- trifft zu Falls ja: Bitte erläutern Sie kurz, welche Technologien eingesetzt werden:  [Textfeld]   
 trifft nicht zu

## 2 ALTERNATIVEN ZUR ANWENDUNG VON FREIHEITSENTZIEHENDEN MAßNAHMEN

Es folgen nun die Teile des Fragebogens, die sich mit der Vermeidung und Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen befassen.

Im Betreuungskontext kommt es immer wieder zu herausfordernden Verhaltensweisen von Bewohner\*innen, Konflikten und Krisen bis hin zu selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Bevor es zum Einsatz von freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommt, sind die Mitarbeiter\*innen in den Einrichtungen bemüht, mildere Mittel zur Lösung auftretender Probleme und Bewältigung gefährlicher Situation anzuwenden.

Es geht zunächst um die Ansätze und Lösungen, die Ihre Einrichtung/betreute Wohngruppe gefunden hat, um freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden.

Antworten Sie bitte so, wie die Verhältnisse ohne Corona gewesen sind.

**Frage 24.** Wir sind eine offene Einrichtung. Die Bewohner\*innen können das Haus **jederzeit (auch nachts)** nach eigenen Vorstellungen verlassen.

- trifft zu  
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]    
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]

**Frage 25.** Die Bewohner\*innen können die Einrichtung nur zu **festgelegten Zeiten** verlassen.

- trifft zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]    
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]    
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]

**Frage 26.** Die vorhandenen Ausgänge (Türen, Fahrstühle etc.) und Schließvorrichtungen sind für die Bewohner\*innen in unserer Einrichtung frei zugänglich.

- trifft zu  
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]    
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]

**Frage 27.** Die vorhandenen Ausgänge (Türen, Fahrstühle etc.) und Schließvorrichtungen können von **allen** Bewohner\*innen bedient werden.

- trifft zu  
 trifft teilweise zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]    
 trifft nicht zu Falls ja: Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:   [Textfeld]

**Frage 28.** Wir setzen elektronische Mittel zur Schließung von Türen und/oder Beaufsichtigung von Bewohner/innen ein, wie z.B. Transponder (RFID-Systeme), Kameras, GPS-Sender oder andere Technologien.

- trifft zu Falls ja: Bitte erläutern Sie kurz, welche Technologien eingesetzt werden:   [Textfeld]    
 trifft nicht zu

## 2 ALTERNATIVEN ZUR ANWENDUNG VON FREIHEITSENTZIEHENDEN MAßNAHMEN

Es folgen nun die Teile des Fragebogens, die sich mit der Vermeidung und Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen befassen.

Im Betreuungskontext kommt es immer wieder zu herausfordernden Verhaltensweisen von Bewohner\*innen, Konflikten und Krisen bis hin zu selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Bevor es zum Einsatz von freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommt, sind die Mitarbeiter\*innen in den Einrichtungen bemüht, mildere Mittel zur Lösung auftretender Probleme und Bewältigung gefährlicher Situation anzuwenden.

**Es geht zunächst um die Ansätze und Lösungen, die Ihre Einrichtung/betreute Wohngruppe gefunden hat, um freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden.**



**Frage 31.** Gibt es in Ihrer Einrichtung dienstliche Standards bspw. in Form von Handlungsleitfäden/Handlungsempfehlungen

- zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Krisen, Selbst- und/oder Fremdgefahr
- zur Vermeidung von freiheitsentziehenden bzw. freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?

ja  nein

**Frage 31.1.** Wenn ja, erläutern Sie diese bitte in wenigen Worten.

a.) zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Krisen, Selbst- und/oder Fremdgefahr [Textfeld]

b.) zur Vermeidung von freiheitsentziehenden bzw. freiheitsbeschränkenden Maßnahmen [Textfeld]

**Frage 32.** Ist der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Krisen, Selbst- und/oder Fremdgefahr Inhalt von Teambesprechungen/Supervisionen?

regelmäßig  selten  eigentlich nie

**Frage 33.** Ist die Vermeidung freiheitsentziehender oder freiheitsbeschränkender Maßnahmen Inhalt von Teambesprechungen/Supervisionen?

regelmäßig  selten  eigentlich nie

**Frage 34.** Gibt es in Ihrer Einrichtung beauftragte Personen für die Themen herausfordernde Verhaltensweisen, Krisen, Selbst- und/oder Fremdgefahr oder freiheitsentziehende bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen?

ja  nein

**Frage 34.1.** Wenn ja, was sind die Aufgaben der beauftragten Person?

[Textfeld]

**Frage 35.** Wie viele der Mitarbeiter\*innen (Anzahl) haben in den letzten 24 Monaten Fort- und/oder Weiterbildungen zu folgenden Themen absolviert:

	Anzahl Mitarbeiter*innen
Krisenintervention und De-Eskalation	
Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen	
Gewaltfreie Kommunikation	
Umgang mit Aggressionen und Gewalt	
Freiheitsentziehende Maßnahmen	
Wirkung von Psychopharmaka	
Haftungsrechtliche Fragen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung	
Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung	
Weitere, nämlich	<u>[Textfeld]</u>

**Frage 36.** Sind im laufenden Jahr 2021 Fortbildungen zu den Themen Gewaltprävention und/oder Vermeidung von FeM geplant?

ja  nein

**Frage 37.** Hält Ihre Einrichtung eine besondere Ausstattung vor, um FeM zu vermeiden?  
Zum Beispiel Hilfsmittel oder räumliche Gestaltungen zur Sturzprophylaxe, technische Mittel um selbst-/fremdgefährdendes Verhalten bei Bewohner\*innen frühzeitig zu erkennen? Falls ja, benennen Sie diese bitte.

- ja, folgende Ausstattung halten wir bereit: \_\_Textfeld\_\_
- nein

**Frage 38.** Kooperiert Ihre Einrichtung mit externen Stellen, wenn es zu herausfordernden Verhaltensweisen, Krisen, Selbst- und/oder Fremdgefahr bei Bewohner\*innen kommt? Falls ja, benennen Sie bitte bis zu drei Stellen.

- ja, \_\_Textfeld\_\_
  - nein
- Falls ja, bitte benennen Sie bis zu drei Stellen.
- Kooperationspartner 1 \_\_Textfeld\_\_
- Kooperationspartner 2 \_\_Textfeld\_\_
- Kooperationspartner 3 \_\_Textfeld\_\_

**Frage 39.** Findet in Bezug auf die Vermeidung von FeM in Ihrer Einrichtung eine Zusammenarbeit mit folgenden Stellen/Personen statt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Bewohner\*innen
- Heimbeirat
- Angehörige
- rechtliche Betreuer\*innen/Vorsorgebevollmächtigte
- Weitere, nämlich: \_\_[Textfeld]\_\_

**Frage 39.1.** Falls ja, wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit diesen Gruppen? Wählen Sie bitte Zutreffendes aus (Mehrfachangaben möglich).

	Die Einrichtung stellt schriftliche Informationen bereit.	Es werden Informationsveranstaltungen durchgeführt.	Wir beraten und führen Gespräche.	Es gibt einzel-fallbezogene Kooperationen.
Bewohner*innen				
Heimbeirat				
Angehörige				
rechtliche Betreuungen/ Vorsorgebevollmächtigte				
Weitere, nämlich: [Textfeld]				

### 3 EINSATZ VON FEM

Nicht immer gelingt es im Betreuungskontext, herausfordernde Verhaltensweisen, Krisen, Selbst und-/oder Fremdgefahr ohne Zwangsmaßnahmen zu deeskalieren. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit den freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FeM), die in Ihrer Einrichtung möglicherweise zur Anwendung kommen.

Wir fragen Sie nach dem Einsatz von mechanischen Vorrichtungen und Mitteln, sedierenden Medikamenten und sonstigen FeM.

**Frage 41.** Ist in Ihrer Einrichtung geregelt, wer FeM ggf. anordnen bzw. auslösen darf?

- Ja, das ist verbindlich geregelt.  
 Teils/teils. Es gibt keine verbindliche Regelung für alle Wohngruppen  
 Nein, das ist nicht geregelt.

**Falls ja oder teils/teils:** Von welcher Person (z.B. Funktion) oder Stelle dürfen FeM ausgelöst werden?  [Textfeld]

### 3.1 Einsatz mechanischer Vorrichtungen

Zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen u.a. die Anwendung mechanischer Vorrichtungen, die Bewohner\*innen in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken.

Wir möchten von Ihnen wissen, welche der folgenden Maßnahmen in Ihrer Einrichtung/betreuten Wohnform genutzt werden:

- Bettgitter
- Netzbetten, Posey Betten
- Stuhl- oder Stecktische (z.B. Therapietische am Rollstuhl)
- Arretierung von Rollstühlen
- Bauchgurt
- Beckengurt
- 3-Punkt-Fixierung
- 4-Punkt-Fixierung
- Fixierung mit 5 und mehr Punkten
- Fixierung der Extremitäten, z.B. mit Hand- und/oder Fußgurten, Handmuffs etc.
- Einsatz von Kleidung wie Sitzhosen, Ganzkörperanzügen, Fäustlingen etc.
- Weitere

Falls eine oder mehrere Maßnahmen genutzt werden, kann es sein, dass sich die Nutzung in Zusammenhang mit der Corona-Situation geändert hat. **Wenn das für Ihre Einrichtung zutrifft, bitten wir Sie dies auf den folgenden Seiten entsprechend anzugeben.**

Wir fragen Sie nach dem Einsatz von mechanischen Vorrichtungen und Mitteln, sedierenden Medikamenten und sonstigen FeM.

**Frage 41.** Ist in Ihrer Einrichtung geregelt, wer FeM ggf. anordnen bzw. auslösen darf?

- Ja, das ist verbindlich geregelt.  
 Teils/teils. Es gibt keine verbindliche Regelung für alle Wohngruppen  
 Nein, das ist nicht geregelt.

**Falls ja oder teils/teils:** Von welcher Person (z.B. Funktion) oder Stelle dürfen FeM ausgelöst werden?  [Textfeld]

### 3.1 Einsatz mechanischer Vorrichtungen

Zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen u.a. die Anwendung mechanischer Vorrichtungen, die Bewohner\*innen in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken.

Wir möchten von Ihnen wissen, welche der folgenden Maßnahmen in Ihrer Einrichtung/betreuten Wohnform genutzt werden:

- Bettgitter
- Netzbetten, Posey Betten
- Stuhl- oder Stecktische (z.B. Therapietische am Rollstuhl)
- Arretierung von Rollstühlen
- Bauchgurt
- Beckengurt
- 3-Punkt-Fixierung
- 4-Punkt-Fixierung
- Fixierung mit 5 und mehr Punkten
- Fixierung der Extremitäten, z.B. mit Hand- und/oder Fußgurten, Handmuffs etc.
- Einsatz von Kleidung wie Sitzhosen, Ganzkörperanzügen, Fäustlingen etc.
- Weitere

Falls eine oder mehrere Maßnahmen genutzt werden, kann es sein, dass sich die Nutzung in Zusammenhang mit der Corona-Situation geändert hat. **Wenn das für Ihre Einrichtung zutrifft, bitten wir Sie dies auf den folgenden Seiten entsprechend anzugeben.**

- Anders:   [Textfeld]
- Frage 42.3.** Liegt – falls erforderlich – eine richterliche Genehmigung für den Einsatz des Mittels bzw. der Maßnahme vor?
- ja, für jeden Einzelfall  
 ja, überwiegend  
 ja, manchmal  
 nein
- Frage 42.4.** Wird der Einsatz der Maßnahme dokumentiert?
- Ja, wir führen eine eigene bewohnerbezogene Dokumentation über Art, Anwendung und Dauer der FeM.  
 Ja, es wird in der allgemeinen Bewohnerakte festgehalten.  
 Die Anwendung der Maßnahmen wird nicht in allen Einzelfällen dokumentiert.  
 Nein, wir dokumentieren die Anwendung dieser Maßnahme nicht.
- Frage 42.5.** Nur bei Fixierungen und Einschließen: Im Fall einer Fixierung sowie im Fall des Einschließens von Bewohner\*innen wird in unserer Einrichtung eine durchgängige 1:1-Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin sichergestellt.
- trifft zu  teilweise  trifft nicht zu
- Bei Auswahl trifft zu oder teilweise: Diese 1:1-Betreuung wird ausschließlich durch Fachkräfte durchgeführt.
- trifft zu  teilweise  trifft nicht zu
- Frage 42.6.** Nur bei Maßnahme Einschließen: Im Fall des Einschließens von Bewohner\*innen können sich diese jederzeit aktiv durch eine Sprechanlage, eine Klingel oder eine ähnliche Technik bemerkbar machen.
- trifft zu  teilweise  trifft nicht zu
- Frage 42.7.** Schätzen Sie bitte ein, wie häufig eine solche Maßnahme – unabhängig von der Anzahl der Betroffenen – innerhalb von 4 Wochen in Ihrer Einrichtung angewandt wird.
- Höchstens einmal in vier Wochen  
 Bis zu fünf Mal in vier Wochen  
 Häufiger als fünf Mal in vier Wochen  
 Viel häufiger, nämlich   [Textfeld]
- Frage 42.8.** Schätzen Sie ein, wie lange die Maßnahme in der Regel dauert (Zutreffendes bitte ankreuzen).
- |                         | bis<br>0,5h | bis 1h | bis 3h | bis 6h | bis<br>12h | bis<br>24h | über<br>24h |
|-------------------------|-------------|--------|--------|--------|------------|------------|-------------|
| Kürzeste Dauer          |             |        |        |        |            |            |             |
| Längste Dauer           |             |        |        |        |            |            |             |
| Durchschnittliche Dauer |             |        |        |        |            |            |             |
- Frage 42.9.** Ist die Maßnahme Gegenstand von Teambesprechungen?
- ja  nein

### 3.2 Einsatz von Medikamenten

**Frage 43.** Werden in Ihrer Einrichtung bzw. betreuten Wohngruppe Medikamente zur Sedierung von Bewohner\*innen verabreicht?

ja  nein

Medikamente zur Sedierung: Medikamente mit einer beruhigenden, bewegungsbegrenzenden Wirkung.

**Falls ja:**

**Frage 43.1.** Geben Sie bitte an, zu welchem überwiegenden Zweck die Sedierung eingesetzt wird (Mehrfachangabe möglich):

- Eigengefährdung
- Fremdgefährdung
- Kombination aus Eigen- und Fremdgefährdung
- Andere Gründe: \_\_[Textfeld]\_\_

**Frage 43.2.** Wie werden die gesetzlichen Betreuer\*innen/Vorsorgebevollmächtigten bei der Entscheidung über diese Maßnahme eingebunden?

- Sie werden nicht informiert.
- Sie überlassen die Entscheidung der Einrichtung.
- Sie werden informiert.
- Sie werden an der Entscheidung beteiligt.
- Sie treffen die Entscheidung.
- Anders: \_\_[Textfeld]\_\_

**Frage 43.3.** Liegt – falls erforderlich\* – eine richterliche Genehmigung für den Einsatz des Medikaments/der Medikamente vor?

- ja, für jeden Einzelfall
- ja, überwiegend
- ja, manchmal
- nein

\*Erläuterung:

Eine richterliche Genehmigung ist dann erforderlich, wenn die Maßnahme regelmäßig oder über längere Zeit angewandt wird.

**Frage 43.4.** Wird der Einsatz der Maßnahme dokumentiert?

- Ja, wir führen eine eigene bewohnerbezogene Dokumentation über Art, Anwendung und Dauer der FeM.
- Ja, es wird in der allgemeinen Bewohnerakte festgehalten.
- Die Anwendung der Maßnahmen wird nicht in allen Einzelfällen dokumentiert.
- Nein, wir dokumentieren die Anwendung dieser Maßnahme nicht.



**Frage 43.5.** Schätzen Sie bitte ein, wie häufig eine solche Maßnahme – unabhängig von der Anzahl der Betroffenen – innerhalb von 4 Wochen in Ihrer Einrichtung angewandt wird.

- Höchstens einmal im Monat  
 Bis zu fünf Mal im Monat  
 Häufiger als fünf Mal im Monat  
 Viel häufiger, nämlich \_\_[Textfeld]\_\_

**Frage 43.6.** Ist die Maßnahme Gegenstand von Teambesprechungen?

- ja  nein

**Frage 43.7.** Hat sich die Anwendung von Sedierungen durch die Corona-Situation verändert?

- ja. Bitte erläutern Sie die Veränderungen kurz: \_\_Textfeld\_\_  
 nein

### 3.3 Anwendung von sonstigen Maßnahmen

Neben mechanischen Vorrichtungen und sedierenden Medikamenten können sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung kommen. Wir möchten im nächsten Abschnitt von Ihnen wissen, ob folgende Maßnahmen in Ihrer Einrichtung/betreuten Wohngruppe genutzt werden:

- Festhalten
- Isolierung
- Überwachung
- Wegnahme von Kleidung und/oder Schuhen
- Wegnahme von zur Fortbewegung/Orientierung im Raum benötigten Hilfsmitteln.

**Bitte geben Sie wieder an, ob diese Maßnahmen genutzt werden und falls ja, ob sich die Nutzung durch die Corona-Situation verändert hat.**



**Frage 44.** Bitte kreuzen Sie wieder Zutreffendes an: Im Einzelfall führen wir in unserer Einrichtung bzw. betreuten Wohngruppe folgende Maßnahmen durch:

		Trifft zu, unabhängig von Corona-Situation.	Trifft zu, häufigere Anwendung auf Grund der Corona-Situation.	Trifft zu, Anwendung ausschließlich auf Grund der Corona-Situation.	Trifft nicht zu.
a)	Festhalten eines Bewohners/einer Bewohnerin				
b)	Isolierung eines Bewohners/einer Bewohnerin <b>ohne Einschluss</b> , z.B. in Isolerräumen, Time-Out-Räumen, Deeskalationsräumen, Zimmern etc.				
c)	Überwachung (z.B. ständige Kontrolle durch Mitarbeitende) eines Bewohners/einer Bewohnerin				
d)	Videoüberwachung eines Bewohners/einer Bewohnerin				
e)	Wegnahme von Kleidung und/oder Schuhen				
f)	Wegnahme von zur Fortbewegung/Orientierung im Raum benötigten Hilfsmitteln				
h)	Weitere Maßnahmen, und zwar	Textfeld			

**Weiterführende Fragen falls bei Maßnahmen a-h „trifft zu“ ausgewählt wird:**

**Frage 44.1.** Geben Sie bitte an, zu welchem überwiegenden Zweck diese Maßnahme eingesetzt wird (Mehrfachangabe möglich):

- Eigengefährdung
- Fremdgefährdung
- Kombination aus Eigen- und Fremdgefährdung
- Andere Gründe: \_\_[Textfeld]\_\_

**Frage 44.2.** Wie werden die gesetzlichen Betreuer\*innen/Vorsorgebevollmächtigten bei der Entscheidung über diese Maßnahme eingebunden?

- Sie werden nicht informiert.
- Sie überlassen die Entscheidung der Einrichtung.
- Sie werden informiert.
- Sie werden an der Entscheidung beteiligt.
- Sie treffen die Entscheidung.
- Anders: \_\_[Textfeld]\_\_

**Frage 44.3.** Liegt – falls erforderlich\* – eine richterliche Genehmigung für den Einsatz dieser Maßnahme vor?

- ja, für jeden Einzelfall  
 ja, überwiegend  
 ja, manchmal  
 nein

\*Erläuterung:

Eine richterliche Genehmigung ist dann erforderlich, wenn die Maßnahme regelmäßig oder über längere Zeit angewandt wird.

**Frage 44.4.** Wird der Einsatz der Maßnahme dokumentiert?

- Ja, wir führen eine eigene bewohnerbezogene Dokumentation über Art, Anwendung und Dauer der FeM.  
 Ja, es wird in der allgemeinen Bewohnerakte festgehalten.  
 Die Anwendung der Maßnahmen wird nicht in allen Einzelfällen dokumentiert.  
 Nein, wir dokumentieren die Anwendung dieser Maßnahme nicht.

**Frage 44.5.** Nur bei Maßnahme Isolierung: Im Fall von Isolierungen von Bewohner\*innen erfolgt in unserer Einrichtung eine durchgängige 1:1-Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin

- trifft zu  teilweise  trifft nicht zu

Bei Auswahl trifft zu oder teilweise: Diese 1:1-Betreuung wird ausschließlich durch Fachkräfte durchgeführt.

- trifft zu  teilweise  trifft nicht zu

**Frage 44.6.** Nur bei Maßnahme Isolierung: Im Fall des Isolierens von Bewohner\*innen können sich diese jederzeit aktiv durch eine Sprechanlage, eine Klingel oder eine ähnliche Technik bemerkbar machen.

- trifft zu  teilweise  trifft nicht zu

**Frage 44.7.** Schätzen Sie bitte ein, wie häufig eine solche Maßnahme – unabhängig von der Anzahl der Betroffenen – innerhalb von 4 Wochen in Ihrer Einrichtung angewandt wird.

- Höchstens einmal im Monat  
 Bis zu fünf Mal im Monat  
 Häufiger als fünf Mal im Monat  
 Viel häufiger, nämlich  [Textfeld]

**Frage 44.8.** Schätzen Sie bitte ein, wie lange die Maßnahme in der Regel dauert.

	bis 0,5h	bis 1h	bis 3h	bis 6h	bis 12h	bis 24h	über 24h
Kürzeste Dauer							
Längste Dauer							
Durchschnittliche Dauer							

**Frage 44.9.** Ist die Maßnahme Gegenstand von Teambesprechungen?  
 ja  nein

#### Nachbesprechung

**Frage 45.** Falls unter mechanische Vorrichtungen oder sedierende Medikamente oder sonstige Maßnahmen mind. 1x „trifft zu“ ausgewählt wurde: Führen Sie mit den betroffenen Bewohner\*innen eine Nachbesprechung zu den eingesetzten FeM durch?

- ja, überwiegend  
→ Zu welchen FeM führen Sie eine Nachbesprechung durch?  [Textfeld]  
→ Gibt es für diese Nachbesprechungen eine standardisierte Vorgehensweise?  ja  nein
- teilweise  
→ Zu welchen FeM führen Sie eine Nachbesprechung durch?  [Textfeld]  
→ Gibt es für diese Nachbesprechungen eine standardisierte Vorgehensweise?  ja  nein
- nein, in der Regel nicht  
→ Bitte erläutern Sie Ihre Antwort:  [Textfeld]

Anschlussfrage: Gibt es für diese Fälle eine standardisierte Vorgehensweise?

## 4 ANWENDUNG WEITERER INTERVENTIONEN

Unabhängig von freiheitsentziehenden Maßnahmen können im Betreuungskontext Ansätze zur Anwendung kommen, die freiheitsbeschränkend wirken und Bewohner\*innen in ihrer Selbstbestimmung begrenzen können. Im letzten inhaltlichen Abschnitt möchten wir erneut von Ihnen wissen, ob eine oder mehrere der folgenden Interventionen in Ihrer Einrichtung/betreuten Wohngruppe genutzt werden:

- Ausschluss von Gruppenaktivitäten,
- verpflichtende Teilnahme an Gruppenaktivitäten,
- Gewährung oder Entzug von Belohnungen,
- Aussprechen von Verboten,
- Androhen von Konsequenzen.

**Frage 46.** Bitte kreuzen Sie wieder Zutreffendes an: Im Einzelfall führen wir folgende Interventionen durch:

		Trifft zu, unabhängig von Corona-Situation.	Trifft zu, häufigere Anwendung auf Grund der Corona-Situation.	Trifft zu, Anwendung ausschließlich auf Grund der Corona-Situation.	Trifft nicht zu.
a)	Ausschluss einzelner Bewohner*innen vom gemeinsamen Essen				
b)	Verpflichtende Teilnahme am gemeinsamen Essen				
c)	Unterbindung sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung				
d)	Unterbindung sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung				
e)	Ausschluss von Gruppenangeboten				
f)	Verpflichtende Teilnahme an Gruppenangeboten				
g)	Wegnahme von Essen, Getränken, Genussmitteln (bspw. Zigaretten), Geld etc.				
h)	Gewährung von Belohnungen, z.B. Essen, Zigaretten, Geld				
i)	Wegnahme von technischen Geräten, bspw. Smartphone o.Ä.				
j)	Androhen von bzw. tatsächliche Kündigung des Wohnplatzes				
k)	Verbote, bspw. die Einrichtung zu verlassen				
l)	Streichung von Besuchsfahrten, Wochenend-Urlauben etc.				
l)	Ausübung von psychischem Druck auf Bewohner*innen, Androhen von Konsequenzen				
m)	Weitere Interventionen, und zwar	[Textfeld]			

### Weiterführende Fragen für Maßnahmen a-m bei Auswahl „trifft zu“:

**Frage 46.1.** Erläutern Sie bitte kurz, zu welchem überwiegenden Zweck die Intervention durchgeführt wird: [Textfeld]

**Frage 46.2.** Werden die gesetzlichen Betreuer\*innen/Vorsorgebevollmächtigten bei der Entscheidung über diese Maßnahmen eingebunden?

- Sie werden nicht informiert.  
 Sie überlassen die Entscheidung der Einrichtung.

- Sie werden informiert.  
 Sie werden an der Entscheidung beteiligt.  
 Sie treffen die Entscheidung.  
 Anders:   [Textfeld]
- Frage 46.3.** **Wird der Einsatz der Maßnahme dokumentiert?**
- ja, die Maßnahme wird in allen Einzelfällen in den Bewohnerakten dokumentiert  
 Die Maßnahme wird manchmal dokumentiert  
 Nein, wir dokumentieren diese Maßnahme nicht
- Frage 46.4.** **Ist die Maßnahme Gegenstand von Teambesprechungen?**
- ja  nein

**Frage 47.** **Gibt es zum Abschluss weitere Hinweise oder Anmerkungen, die Sie uns mitteilen möchten?**   [Textfeld]

## II. Studieninformation und Einwilligungserklärung für Teilnehmende Beobachtung und Fallakteneinsicht

127

### 1. Für Einrichtungspersonal



Studienverantwortlicher:  
Prof. Dr. Peter Brieger  
kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH  
Vockestr. 72, 85540 Haar  
+49 89 4562 3203  
peter.brieger@kbo.de

#### Information für das Einrichtungspersonal

##### zur Teilnahme an einer Studie im Rahmen eines Forschungsprojekts über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Bayern

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie fragen, ob Sie an unserer Studie teilnehmen. Sie wird gemeinsam von

- dem transfer-Unternehmen für soziale Innovation,
- der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt
- der Isar-Amper Klinikum gGmbH

im Auftrag des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege durchgeführt.

Die Studie ist Teil eines Forschungsprojekts, das die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Bayern untersucht. Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen beispielsweise die Fixierung oder Isolation von Personen, aber auch das Anbringen von Bettgittern, das Abschließen von Türen oder die Gabe von Beruhigungsmittel ohne medizinische Notwendigkeit.

#### Was ist das Ziel der Studie?

Mit der Beobachtungsstudie möchten wir herauszufinden, welche freiheitsentziehenden Maßnahmen wie, wie oft und in welchen Situationen im Pflegealltag angewendet werden. Zudem sollen Alternativen von freiheitsentziehenden Maßnahmen untersucht werden. Gemeinsam mit den anderen Ergebnissen des Forschungsprojekts soll so ein Überblick über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gegeben werden.

#### Wieso werde ich eingeladen teilzunehmen?

Ihre Einrichtung ist Kooperationspartner des Forschungsprojekts. Für unser Forschungsprojekt ist es wichtig, einen Einblick in die Praxis zu erhalten. Deshalb möchten wir Ihre Wohngruppe beobachten, um zu erfahren, wie, wie oft und in welchen Situationen freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Alternativen zum Einsatz kommen.

#### Wie läuft die Beobachtung ab?

An drei Tagen (am Tag und in der Nacht sowie an Wochentagen und am Wochenende) werden ein oder zwei fachlich geschulte Beobachter und Beobachterinnen in Ihrer Wohngruppe anwesend sein. Dabei steht besonders die Beobachtung von Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Fokus. Die Beobachter und Beobachterinnen werden sich dabei frei in der Wohngruppe aufhalten. Falls freiheitsentziehende Maßnahmen



beobachtet werden, können Rückfragen dazu an Sie gerichtet werden. Die Beobachtungen und Gespräche werden schriftlich in einem Beobachtungsprotokoll von den Beobachtern und Beobachterinnen festgehalten. Dabei werden keine personenbezogenen oder personenidentifizierenden Daten erhoben. Die Datenerhebung findet vollkommen anonym statt. Es werden also keine Informationen festgehalten, die später Rückschlüsse auf Sie zulassen (beispielsweise Ihr Alter, Geschlecht oder Name).

**Muss ich teilnehmen? Was passiert, wenn ich nicht teilnehme?**

Die Teilnahme an unserer Studie ist vollkommen freiwillig und findet nur statt, wenn Sie sich schriftlich dazu bereit erklären. Sie können jederzeit und ohne Gründe zu nennen, Ihre Einwilligung mündlich oder schriftlich zurücknehmen und Ihre Teilnahme abbrechen. Wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen oder Ihre Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt abbrechen, entstehen Ihnen hierdurch keine Nachteile.

**Was nutzt mir die Teilnahme und welche Risiken entstehen?**

Es entstehen Ihnen keine Risiken durch die Teilnahme. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass personenbezogene Verhaltensweisen (inklusive moralischen/rechtlichen Verfehlungen) in keinem Falle an projektexterne Personen oder Stellen weitergegeben werden. Die Projektverantwortlichen garantieren grundsätzlich eine absolute Verschwiegenheit und Anonymität in Bezug auf beobachtete Situationen. Sollten Sie Bedenken zu möglichen Risiken der Teilnahme haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen wenden. Die E-Mail-Adressen und Telefonnummern finden Sie am Ende dieses Dokuments.

Durch Ihre Teilnahme an der Studie tragen Sie dazu bei, mehr über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und deren Alternativen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern in Erfahrung zu bringen.

**Werden meine Daten vertraulich behandelt?**

Im Rahmen der Studie werden keine personenbezogenen Daten erhoben. Alle Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen verpflichten sich, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der aktuellen Fassung einzuhalten. Es wird im gesamten Forschungsverlauf und bei der Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie sichergestellt, dass die Daten so erhoben und weiterverarbeitet werden, dass kein Rückschluss auf Ihre Person gezogen werden kann. Falls Sie Bedenken oder Beschwerden hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer Daten haben, können Sie sich jederzeit an die unten genannten Personen wenden.

**Was passiert mit den Ergebnissen der Studie?**

Die Inhalte aus den Beobachtungsprotokollen werden von den Beobachtern und Beobachterinnen in einen Beobachtungsbericht übertragen. Der Beobachtungsbericht wird ausgewertet. Einzelergebnisse wie auch Ergebnisse aus dem gesamten Forschungsprojekt werden in wissenschaftlichen Publikationen, dem Abschlussbericht und auf der Projektwebsite veröffentlicht. Die allgemeinen Ergebnisse des Forschungsprojekts werden auch an die Leitung Ihrer Wohngruppe zurückgemeldet. Dabei wird sichergestellt, dass Rückschlüsse auf Ihre Person ausgeschlossen sind.

**An wen kann ich mich wenden, wenn ich weitere Fragen habe?**



Die Kontaktinformationen der beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen finden Sie auf Seite 5.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Forschung!

## Informationsblatt über datenschutzrechtliche Grundlagen

### für Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Studie im Rahmen eines Forschungsprojekts über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Bayern

Im Rahmen der Teilnahme an der oben genannten Studie erheben und verarbeiten wir Informationen, die wir nutzen, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und deren Alternativen zu erforschen. Die Grundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden Daten bildet Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Hinsichtlich Ihrer Daten, die wir im Laufe der Studie erheben, möchten wir Sie auf Ihre folgenden Rechte hinweisen:

**Recht auf Auskunft, Art. 15 DSGVO:** Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten Daten. Bitte beachten Sie, dass laut BDSG, Art. 27 eine Auskunft über Ihre Daten abgelehnt werden kann, wenn dies die Verwirklichung der Forschungszwecke unmöglich macht, ernsthaft beeinträchtigt oder mit unverhältnismäßigem Aufwand einhergeht.

**Recht auf Berichtigung, Art. 16 DSGVO:** Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden. Bitte beachten Sie, dass laut BDSG, Art. 27 eine Berichtigung Ihrer Daten abgelehnt werden kann, wenn dies die Verwirklichung der Forschungszwecke unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt.

**Recht auf Löschung, Art. 17 DSGVO:** Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind oder Sie Ihre Einwilligung widerrufen. Bitte beachten Sie, dass eine Löschung Ihrer Daten nur bis zu deren irreversibler Anonymisierung erfolgen kann. Danach ist eine Löschung nicht mehr möglich.

**Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DSGVO:** Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken. Bitte beachten Sie, dass laut BDSG, Art. 27 eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten abgelehnt werden kann, wenn dies die Verwirklichung der Forschungszwecke unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt.

**Recht auf Widerspruch, Art. 21 DSGVO:** Sie können jederzeit gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten Widerspruch einlegen. Bitte beachten Sie, dass laut BDSG, Art. 27 ein Widerspruch abgelehnt werden kann, wenn dies die Verwirklichung der Forschungszwecke unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt.

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an eine der auf Seite 5 genannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt. Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde einzulegen, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden Daten gegen die DSGVO verstößt.

**Kontaktinformationen****kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH**

Vockestr. 72, 85540 Haar

Prof. Dr. Peter Brieger

+49 89 4562 3203; peter.brieger@kbo.de

Datenschutzstelle

datenschutz.kbo@kbo.de

**Hochschule für angewandte Wissenschaften  
Würzburg-Schweinfurt**

Münzstraße 12, 97070 Würzburg

Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M.

+49 931 35118463; tanja.henking@fhws.de

Datenschutzbeauftragter

datenschutzbeauftragter@fhws.de

**Transfer- Unternehmen für soziale Innovation**

Schlossplatz 5, 54516 Wittlich

Thomas Schmitt-Schäfer

+49 6571 1740910; th.schmitt-schaefer@transfer-net.de

Datenschutzbeauftragte

s.puetzer-queins@transfer-net.de

Zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde:

**Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)**

Promenade 18, 91522 Ansbach

+49 (0) 981 180093-0; poststelle@lda.bayern.de

## Einwilligungserklärung

**zur Teilnahme an einer Studie im Rahmen eines Forschungsprojekts über die  
Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für  
Menschen mit Behinderung in Bayern**

### Studienteilnehmer/in

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Aufklärung zur Studienteilnahme erfolgte durch: \_\_\_\_\_

Ich (Studienteilnehmer/Studienteilnehmerin) wurde über die Rahmenbedingungen, die Ziele beziehungsweise den Zweck sowie den Ablauf der Studie aufgeklärt. Ein Informationsblatt zur Studie sowie ein Informationsblatt über datenschutzrechtliche Grundlagen wurden mir ausgehändigt. Weiterhin wurde mir erklärt, dass die Beobachtungen und Gespräche von den Beobachtern und Beobachterinnen schriftlich in einem Beobachtungsprotokoll festgehalten und in einen Beobachtungsbericht überführt werden. Die Datenerhebung erfolgt anonymisiert ohne personenbezogene und personenidentifizierende Angaben. Ein Rückschluss auf mich als Person ist im Forschungsprozess und in allen Veröffentlichungen im Rahmen des Forschungsprojekts nicht möglich. Ich weiß, dass die Studienteilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile zurücknehmen kann. Falls ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie von \_\_\_\_\_ vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Unter Erfüllung folgender Voraussetzungen gebe ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie:

- Die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen sind dafür verantwortlich, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.
- Die Datenerhebung erfolgt anonymisiert ohne personenbezogene und personenidentifizierbare Informationen. Im gesamten Forschungsprozess als auch in allen Veröffentlichungen im Rahmen der Studie ist also eine Identifikation meiner Person nicht möglich ist. Eine Veröffentlichung des gesamten Beobachtungsprotokolls und Beobachtungsberichtes erfolgt nicht.
- Die Einwilligungserklärung wird nach 10 Jahren vernichtet. Das Beobachtungsprotokoll wird nach der Übertragung in den Beobachtungsbericht vernichtet. Der Beobachtungsbericht wird nach Projektende gelöscht, spätestens jedoch nach zehn Jahren. Bis zur Vernichtung werden alle Dokumente so aufbewahrt, dass Außenstehende darauf keinen Zugriff haben.

---

Ort, Datum Unterschrift

#### **Beobachter/in**

Ich bestätige hiermit, dass ich die oben genannte Person (Studienteilnehmer/in) über den Zweck der Datenerhebung aufgeklärt, die Einzelheiten der Datenschutzvereinbarung sinngemäß erläutert und die Einwilligung dieser erhalten habe.

---

Ort, Datum Unterschrift

### **Fokus-Gruppen-Gespräch**

Ein Fokus-Gruppen-Gespräch  
ist ein besonderes Gruppen-Gespräch.

Das Besondere ist die Gruppe:  
Alle Menschen der Gruppe haben gemeinsame Erfahrungen.  
Im Fokus-Gruppen-Gespräch sprechen wir darüber.

#### **Wer macht mit?**

Betreuer machen mit.  
Eltern machen mit.  
Mitarbeiter machen mit.

Ein Mann stellt Fragen.  
Ein Mann schreibt alles auf.

#### **Warum machen wir das?**

Wir haben Wissen gesammelt.  
Wissen über Freiheits-Entziehende Maßnahmen.  
Solche Maßnahmen sind:  
Festhalten, Einschließen, Festbinden.

Das Wissen wollen wir prüfen.

Im Gruppen-Gespräch prüfen wir das Wissen.

### **Warum laden wir ein?**

Sie haben Erfahrungen mit Freiheits-Entziehenden Maßnahmen.

Erzählen Sie uns von diesen Erfahrungen.

Ihre Erfahrung macht unser Wissen größer.

Sie helfen uns etwas zu Lernen.

### **Was besprechen wir?**

Wir sprechen über die Wohngruppe:

Was wird gemacht in der Wohngruppe?

Wer macht was?

Was ist gut?

Was ist schlecht?

### **Wie machen wir das?**

Ein Mann sagt was wir wissen.

Wir sprechen darüber, gemeinsam.

Eine Frau schreibt alles auf.

Der Mann zeigt nachher allen

was er aufschreibt.





**Studienverantwortlicher:**  
Prof. Dr. Peter Brieger  
kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH  
Vockestr. 72, 85540 Haar  
+49 89 4562 3203  
peter.brieger@kbo.de

**Information für Bewohner\*innen  
über die Teilnahme an einer Studie  
zu freiheits-entziehenden Maßnahmen (FeM)  
in bayerischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie über unsere Studie informieren.

Die Studie gehört zu einem großen Forschungs-projekt.

An dem Forschungs-projekt arbeiten 3 Projekt-partner gemeinsam:

- die Isar-Amper Klinikum gGmbH
- das transfer-Unternehmen für soziale Innovation
- die Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

Ganz oben sehen Sie die Logos von den Projekt-partnern.

Das Bayerische Staats-ministerium für Gesundheit und Pflege  
gibt uns Geld für das große Forschungs-projekt.

**Das Thema von der Studie**

Die Studie untersucht freiheits-entziehende Maßnahmen  
in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Deshalb bekommen Sie diese Information über unsere Studie.

Denn Sie wohnen in so einer Einrichtung.

### **FeM - Freiheits-entziehende Maßnahmen**

Wir meinen mit FeM zum Beispiel:

- Gitter am Bett
- abgeschlossene Türen
- Beruhigungs-mittel
- Festhalten oder Ausschließen von Bewohner\*innen

### **Der Studien-ablauf**

Die Studie besteht aus 2 Teilen:

In **Teil 1** beobachten unsere Mitarbeiter\*innen den Alltag in der Einrichtung.

**Wichtig:** Unsere Mitarbeiter\*innen beobachten **keine** einzelne Person, sondern die **gesamte Einrichtung**.

In **Teil 2** schauen unsere Mitarbeiter\*innen

Unterlagen aus der Einrichtung durch.

### **Das Ziel von der Studie**

Wir haben viele Fragen zu freiheits-entziehenden Maßnahmen (**FeM**).

Durch unsere Studie wollen wir zum Beispiel wissen:

Welche **FeM** werden in Einrichtungen angewendet?

Wie oft, warum und wann passieren **FeM**?

Welche anderen Möglichkeiten gibt es?

### **Ihre Teilnahme**

Ihre Einrichtung arbeitet bei dem Forschungs-projekt mit.

Für unsere Studie müssen wir wissen: Wie ist der Alltag in der Einrichtung?

Deshalb möchten wir Ihren Alltag in der Einrichtung beobachten und Ihre Unterlagen durchschauen, so erfahren wir:

Wie und warum werden freiheits-entziehende Maßnahmen angewendet und welche anderen Möglichkeiten gibt es?

Diese Informationen sind wichtig für unser Forschungs-projekt.

### Teil 1 – Alltag in Einrichtungen beobachten

Ein oder zwei Mitarbeiter\*innen kommen in Ihre Einrichtung.

Die Mitarbeiter\*innen kommen an 3 Tagen und zu verschiedenen Zeiten:

- am Tag
- in der Nacht
- an Wochentagen
- am Wochenende

Die Mitarbeiter\*innen bewegen sich frei in der Einrichtung.

Das heißt: Die Mitarbeiter\*innen sind in **keiner** festen Wohngruppe oder in **keinem** bestimmten Bereich.

Unsere Mitarbeiter\*innen schreiben ihre Notizen in ein Beobachtungs-protokoll.

### Sie müssen keine Fragen beantworten

Beobachten unsere Mitarbeiter\*innen freiheits-entziehende Maßnahmen?

Dann befragen unsere Mitarbeiter\*innen nur das Personal von der Einrichtung.

**Wichtig:** Sie als Bewohner\*in müssen **keine** Fragen beantworten.

Unsere Mitarbeiter\*innen beobachten **keine** einzelne Person, sondern die **gesamte Einrichtung**.

### Informationen und Daten sammeln

Für Teil 1 sammeln unsere Mitarbeiter\*innen verschiedene Daten und machen Notizen über die Beobachtungen in der Einrichtung.

**Wichtig:** Die Notizen sind anonym, das heißt:

Die Mitarbeiter\*innen schreiben **nie** persönliche Daten auf,  
zum Beispiel: Ihr Alter, Ihren Namen oder Merkmale über Ihr Aussehen.

So wissen Außenstehende nicht, dass Sie oder andere Bewohner\*innen an der Studie teilgenommen haben.

Außenstehende sind Menschen,  
die mit der Studie und dem Forschungs-projekt **nichts** zu tun haben.

### Teil 2 – Unterlagen durchschauen

Für die Studie schauen unsere Mitarbeiter\*innen Unterlagen genauer durch:

- Ihre **Bewohner-akte**
- Ihren **Hilfe-plan**
- **Einträge** über frühere freiheits-entziehende Maßnahmen (FeM) in der Einrichtung

Die Dokumente über Sie werden **nicht** kopiert und **nicht** mitgenommen.

Wichtig für die Studie sind Informationen über freiheits-entziehenden Maßnahmen (FeM).

Diese Informationen schreiben unsere Mitarbeiter\*innen

**anonym** in das sogenannte Daten-erfassungs-blatt.

Das heißt: Unsere Mitarbeiter\*innen schreiben **nie** Ihren Namen oder andere persönliche Daten über Sie auf.

### Studien-teilnahme: Ihre Entscheidung

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Sie oder Ihre gesetzliche Betreuung müssen entscheiden:

**Ja**, ich möchte an der Studie teilnehmen.

**Nein**, ich möchte **nicht** an der Studie teilnehmen.

Bei **Ja** müssen Sie die **Einwilligung zur Studienteilnahme** ausfüllen!

**Wichtig:** Sie müssen nicht an der Studie teilnehmen.

Und Sie können **jederzeit** Ihre Einwilligung zurücknehmen und die Studien-teilnahme abbrechen.

Sie müssen uns **keine** Gründe nennen und haben **keinen** Nachteil davon.

### Mehr Wissen durch Ihre Unterstützung

Wir untersuchen freiheits-entziehende Maßnahmen und andere Möglichkeiten.

Durch Ihre Studien-teilnahme helfen Sie uns,

mehr über freiheits-entziehende Maßnahmen in Ihrer Einrichtung zu erfahren.

Durch die Ergebnisse aus der Studie **erhoffen** wir uns mehr Wissen über freiheits-entziehende Maßnahmen (FeM).

### Wir schützen Ihr Privat-leben und Ihre Daten

#### *Privat-leben*

Wir sind uns bewusst: Die Studie findet in Ihrem Privat-leben statt.

Für die Beobachtung kommen unsere Mitarbeiter\*innen in Ihre Einrichtung.

Dort verhalten sich unsere Mitarbeiter\*innen respektvoll.

#### *Daten und Informationen*

Für die Studie beobachten unsere Mitarbeiter\*innen

den Alltag in der Einrichtung und

schauen Unterlagen von Ihnen durch.

Das heißt: Unsere Mitarbeiter\*innen erfahren persönliche Informationen.  
Diese Informationen schreiben unsere Mitarbeiter\*innen nur **anonym** auf.  
Das heißt: Unsere Mitarbeiter\*innen schreiben **nie** Ihren Namen, Ihr Alter  
oder Merkmale über Ihr Aussehen auf.  
Wir möchten Sie genau über die Studie informieren – das ist uns wichtig.  
Wir achten auf die Datenschutz-bestimmungen.  
Mehr Informationen finden Sie im **Datenschutz-informations-blatt**,  
auch in Leichter Sprache.

Haben Sie Bedenken oder Beschwerden zum Studien-ablauf  
oder zu Ihrer Teilnahme?  
Dann kontaktieren Sie uns!  
Die Kontakt-daten finden Sie auf Seite 11.

### **Die Datenschutz-gesetze**

In der Studie sammeln wir **nie** persönliche Daten von Ihnen.  
Persönliche Daten sind zum Beispiel der Name und das Alter.  
Alle Mitarbeiter\*innen müssen sich an die Datenschutz-bestimmung halten,  
genauer an die DSGVO und an das BDSG.  
DSGVO steht für Datenschutz-grundverordnung  
BDSG steht für Bundes-datenschutz-gesetz

Haben Sie Bedenken wegen dem Datenschutz oder haben Sie Beschwerden  
wie wir in der Studie mit Ihren Daten umgehen?  
Dann kontaktieren Sie uns!  
Die Kontakt-daten finden Sie auf Seite 11.

### Die Ergebnisse aus der Studie

Aus den Beobachtungs-protokollen (Teil 1)

schreiben unsere Mitarbeiter\*innen einen Beobachtungs-bericht.

Zusammen mit dem Daten-erfassungs-blatt (Teil 2) werten wir die Studie aus.

Durch die Auswertung bekommen wir Ergebnisse.

Diese Ergebnisse nutzen wir für verschiedene wissenschaftliche Texte und für den Abschluss-bericht.

Auf unserer Internetseite [www.fem-bayern.de](http://www.fem-bayern.de) veröffentlichen wir die Texte.

Die Leitung von Ihrer Einrichtung bekommt allgemeine Ergebnisse.

**Wichtig:** In den Ergebnissen, wissenschaftlichen Texten und im Abschluss-bericht stehen **nie** persönliche Daten von Ihnen und den anderen Bewohner\*innen.

So wissen Außenstehende nicht, dass Sie oder andere Bewohner\*innen an der Studie teilgenommen haben.

Außenstehende sind Menschen,  
die mit der Studie und dem Forschungs-projekt **nichts** zu tun haben.

**Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie  
und an dem großen Forschungs-projekt!**

Möchten Sie an der Studie teilnehmen?

Dann füllen Sie die **Einwilligung zur Studienteilnahme** aus.



**Informationen zum Datenschutz  
für die Teilnahme an einer Studie  
zu freiheits-entziehenden Maßnahmen (FeM)  
in bayerischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung**

Für unsere Studie **sammeln** wir verschiedene Daten und Informationen.

Mit den Daten und Informationen arbeiten wir –

wir vergleichen die Daten und Informationen zum Beispiel miteinander.

Das machen wir für unsere **Studie zu freiheits-entziehenden Maßnahmen  
in bayerischen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung**.

Haben Sie der Studien-teilnahme zugestimmt?

Dann dürfen wir Daten und Informationen über Sie sammeln.

Sie als Studien-teilnehmer\*in haben verschiedene Rechte  
und dürfen wissen, was mit Ihren Daten passiert.

Ihre Rechte stehen in der DSGVO und im BDSG.

DSGVO steht für Datenschutz-grundverordnung.

BDSG steht für Bundes-datenschutz-gesetz.

Sie können **jederzeit** Ihre Einwilligung zurücknehmen und  
die Studien-teilnahme abbrechen.

Das sind Ihre Datenschutz-rechte:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Löschung
- Recht auf eingeschränkte Verarbeitung
- Recht auf Widerspruch

### **Das Recht auf Auskunft (Artikel 15 DSGVO)**

Sie dürfen bei uns nachfragen:

Welche Daten sind über mich für die Studie gespeichert?

**Wichtig:** Im Artikel 27 vom BDSG steht: Die Auskunft kann abgelehnt werden.

Die Gründe für eine Ablehnung sind:

- Die Studie kann nicht weiter-gemacht werden
- Der Studie-ablauf wird gestört
- Der Aufwand ist zu groß

### **Das Recht auf Berichtigung (Artikel 16 DSGVO)**

Haben wir falsche Daten über Sie gespeichert?

Dann dürfen Sie verlangen: Meine Daten müssen richtig sein.

**Wichtig:** Im Artikel 27 vom BDSG steht:

Die Berichtigung kann abgelehnt werden.

Die Gründe für eine Ablehnung sind:

- Die Studie kann nicht weiter-gemacht werden
- Der Studie-ablauf wird gestört
- Der Aufwand ist zu groß

### **Recht auf Löschung (Artikel 17 DSGVO)**

Sie möchten Ihre Daten für die Studie löschen?

Das Löschen von Daten geht nur aus wichtigen Gründen.

Ein Beispiel: Sie brechen die Studien-teilnahme ab.

**Wichtig:** Die Löschung von anonymen Daten ist **nicht** möglich.

### **Recht auf eingeschränkte Verarbeitung (Artikel 18 DSGVO)**

Ihre Daten sollen nur noch eingeschränkt für die Studie genutzt werden?

Das ist Ihr Recht auf eingeschränkte Verarbeitung.

Ihre Daten werden dann nicht gelöscht.

**Wichtig:** Im Artikel 27 vom BDSG steht:

Die eingeschränkte Verarbeitung kann abgelehnt werden.

Die Gründe für eine Ablehnung sind:

- Die Studie kann nicht weiter-gemacht werden
- Der Studie-ablauf wird gestört
- Der Aufwand ist zu groß

#### **Recht auf Widerspruch** (Artikel 21 DSGVO)

Sie möchten uns Ihre Daten **nicht** mehr für die Studie zur Verfügung stellen?

Dann können Sie der Verarbeitung von Ihren Daten widersprechen.

**Wichtig:** Im Artikel 27 vom BDSG steht:

Der Widerspruch kann abgelehnt werden.

Die Gründe für eine Ablehnung sind:

- Die Studie kann nicht weiter-gemacht werden
- Der Studie-ablauf wird gestört
- Der Aufwand ist zu groß

Sie möchten eines dieser Rechte anwenden?

Dann kontaktieren Sie uns!

Halten wir uns **nicht** an Ihre Rechte?

Dann können Sie auch die Datenschutz-aufsichtsbehörde kontaktieren.

Die Kontakt-daten finden Sie auf der nächsten Seite.

**Kontakt-daten****kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH**

Vockestr. 72, 85540 Haar

Prof. Dr. Peter Brieger  
 +49 89 4562 3203  
 peter.brieger@kbo.de

Datenschutzstelle  
 datenschutz.kbo@kbo.de

**Transfer- Unternehmen für soziale Innovation**

Schlossplatz 5, 54516 Wittlich

Thomas Schmitt-Schäfer  
 +49 6571 1740910  
 th.schmitt-schaefer@transfer-net.de

Datenschutz-beauftragte  
 s.puetzer-queins@transfer-net.de

**Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt**

Münzstraße 12, 97070 Würzburg

Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M.  
 +49 931 35118463  
 tanja.henking@fhws.de

Datenschutz-beauftragter  
 datenschutzbeauftragter@fhws.de

Zuständige Datenschutz-aufsichts-behörde:

**Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)**

Promenade 18, 91522 Ansbach

+49 981 180093 0  
 poststelle@lda.bayern.de

### III. Ethisch-rechtliche Unbedenklichkeitsbescheinigung (LMU-München)

147



Ethikkommission · Pettenkoferstr. 8 · 80336 München

Prof. Dr. Peter Brieger  
Isar- Amper- Klinikum  
Vockestr. 72  
85540 Haar

Vorsitzender:  
Prof. Dr. W. Eisenmenger  
Telefon+49 (0)89 440055191  
Telefax+49 (0)89 440055192  
Ethikkommission@  
med.uni-muenchen.de  
[www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de](http://www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de)

Anschrift:  
Pettenkoferstr. 8a  
D-80336 München

18.01.2021/Vb

Projekt Nr: **20-1104** (bitte bei Schriftwechsel angeben)

#### Beratung nach Fakultätsrecht

Studientitel: Gutachten einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung in Bayern (Qualitativer Studienteil)  
Antragsteller: Prof. Dr. Peter Brieger, Isar- Amper- Klinikum , Vockestr. 72, 85540 Haar  
Untersucher: Prof. Dr. Peter Brieger, Isar- Amper- Klinikum , Vockestr. 72, 85540 Haar

Sehr geehrter Herr Prof. Brieger,

die Ethikkommission (EK) hat Ihren Antrag zur o.g. Studie auf der Basis der vorgelegten Unterlagen und Informationen geprüft.

Auch wenn keine grundsätzlichen ethisch- rechtlichen Bedenken erhoben wurden, so macht die EK die Zuerkennung der Unbedenklichkeit von der Beantwortung von Fragen bzw. Erfüllung von Auflagen abhängig:

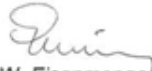
1. Die Dokumentenanalyse scheint auf der Methode der Inhaltsanalyse zu basieren, es ist aber unklar, ob eine qualitative oder quantitative Form verwendet wird. Das ist insofern relevant, dass bei einer quantitativen Inhaltsanalyse der Kodierleitfaden vorab entwickelt, bei einer qualitativen Inhaltsanalyse eine Entwicklung sowohl vorab als auch entlang des Materials erfolgt. Die EK würde bei diesem vieldeutigen Sachverhalt die zweite Variante empfehlen.
2. Die Freiwilligkeit einer Teilnahme von Mitarbeitern ist bei beruflich veranlassten Untersuchungen potentiell eingeschränkt, deshalb sollte auf sie stets an geeigneter Stelle hingewiesen und ggf. die Betriebsräte von Einrichtungen über ein Studienvorhaben informiert werden. In diesem Fall könnten sich durch eine Teilnahme berufliche Nachteile ergeben, wenn Dinge beobachtet/dokumentiert werden, die als unmoralisch gelten oder ggf. rechtlich unzulässig sind. Der Umgang mit „moralischen/rechtlichen Verfehlungen“ im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung sollte vorab reflektiert und den Teilnehmer\*innen in der Informationsschrift transparent mitgeteilt werden.

Mitglieder der Kommission:  
Prof. Dr. W. Eisenmenger (Vorsitzender), Prof. Dr. R. M. Haber (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. C. Wendner (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. H. Angstwurm, Dr. G. Alzein, Prof. Dr. S. Böck, J. Eckert, Prof. Dr. B. Emmerich, Prof. Dr. S. Eades, Prof. Dr. R. Fischer, Prof. Dr. R. Gärtner, Prof. Dr. O. Ganzel-Baronovics, Prof. Dr. K. Hahn, Prof. Dr. N. Harbeck, Dr. B. Henkhus, Prof. Dr. C. Heumann, Prof. Dr. R. Hochfeld, Prof. Dr. A. Holszoga, Prof. Dr. V. Klause, Dr. F. Kohlmayer, Dr. K. Kühneyer, Prof. Dr. J. Lindner, Prof. Dr. S. Lorenz, Prof. Dr. U. Manemann, Prof. Dr. G. Mackmann, Dr. V. Mönch, Prof. Dr. H. Musra, Prof. Dr. R. Penning, Prof. Dr. J. Peters, Prof. Dr. K. Pfeifer, Dr. R. Reizel, Prof. Dr. H. Schardey, Prof. Dr. M. Schmauss, Prof. Dr. U. Schroth, Prof. Dr. O. Steinlein, PD Dr. G. Stöben, Dr. B. Vogl, Prof. Dr. H. Waldner, PD Dr. U. Wandl, Prof. Dr. M. Wörme, Dr. A. Yassouridis, Dr. C. Zach

3. Für die Fokusgruppenuntersuchung sollte geprüft werden, ob es wissenschaftlich nicht ebenso ergiebig wäre, status-homogene Fokusgruppen durchzuführen, also innerhalb einer Einrichtung nach Bewohnern und Berufstätigen zu trennen, um den Bewohnern zu erleichtern, sich frei über das sensible Thema zu äußern und Konflikte zwischen den unterschiedlichen Teilnehmern mit ggf. längerfristigen Auswirkungen zu vermeiden.
4. Die Fokusgruppeninterviews werden in der jeweiligen Einrichtung durchgeführt. Bitte legen Sie dar, wie der Infektionsschutz vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Viruspandemie sichergestellt wird.
5. Warum werden die schriftlichen Einwilligungserklärungen bereits am Ende der Studie vernichtet? Wäre nicht eine Aufbewahrung - getrennt von den studienbedingt erhobenen Daten - für einen gewissen Zeitraum (max. 10 Jahren nach Veröffentlichung der Studie) empfehlenswert?
6. Erhalten die teilnehmenden Einrichtungen eine direkte Information über die Studienergebnisse? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung!
7. Es wird angegeben, dass die Studie im Auftrag des Ministeriums erfolgt und von diesem finanziert wird. Was genau umfasst die finanzielle Förderung (Personalkostenübernahme, Sachmittelkosten)?
8. Die Informationsschriften und Einwilligungserklärungen sollten in folgenden Punkten verbessert werden:
  - a. Die Informationsschriften, Einwilligungserklärungen und Datenschutzerklärungen sollten für die einzelnen Studienteile bzw. Teilnehmenden jeweils in einem Dokument zusammengeführt werden. Der Studienverantwortliche sollte bereits eingangs (ggf. zusätzlich zu S. 3) mit seinen Kontaktdaten ausgewiesen werden.
  - b. In der Informationsschrift S1 sollte explizit die Freiwilligkeit der Teilnahme genannt sein (der Wortlaut „Sie müssen nicht teilnehmen“ ist nicht ausreichend).
  - c. Im Absatz zum individuellen Nutzen in der Informationsschrift S1 sollte der letzte Satz gestrichen werden.
  - d. In der Datenschutzinformation ist darzulegen, dass bei Widerruf der Einwilligung aufgrund der Anonymisierung der Daten von dem Recht auf Löschung nur bis zur irreversiblen Anonymisierung Gebrauch gemacht werden kann. Zudem ist die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde mit Kontaktdaten ergänzend anzugeben.

Bitte achten Sie darauf, dass in den geänderten Unterlagen alle Streichungen, Änderungen / Ergänzungen optisch kenntlich gemacht werden. Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit die in gängigen Textbearbeitungsprogrammen verfügbare Funktion 'Änderungen nachverfolgen'.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. W. Eisenmenger  
Vorsitzender der Ethikkommission

### Beobachtungsprotokoll

Einrichtung-ID: _____	Beobachter*innen: _____
Beobachtungsphase: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
Beobachtungsdatum: _____	Beobachtungszeitraum: _____
<input type="radio"/> tagsüber <input type="radio"/> nachts <input type="radio"/> werktags <input type="radio"/> am Wochenende	

#### Hinweise zur Protokollierung und Verarbeitung:

Das Beobachtungsprotokoll dient der Dokumentation der zu erfassenden Aspekte während der jeweiligen Beobachtungsphase.

Die Protokollierungen sollten, je nach zu erfassenden Aspekten, eine Kombination aus möglichst objektiven Beobachtungen und subjektiv-begründbaren Einschätzungen darstellen. Die Datenerfassung sollte hauptsächlich durch eine passive Beobachtungsweise erfolgen, d.h. Rückfragen bei Einrichtungsmitarbeiter\*innen sollten nur vorgenommen werden, wenn relevante Aspekte nicht (vollständig) beobachtet werden konnten. Falls möglich, sollten Aspekte, die hauptsächlich auf subjektiven Einschätzungen beruhen, dementsprechend gekennzeichnet werden.

Für jede Beobachtungsphase innerhalb einer Einrichtung ist ein separates Beobachtungsprotokoll anzufertigen. Alle Beobachtungsprotokolle einer Einrichtung werden nach Abschluss der Beobachtungen in dieser Einrichtung in digitaler Form in den Beobachtungsbericht übertragen und zusammengeführt. Nach Überführung eines Beobachtungsprotokolls in den Beobachtungsbericht ist das Beobachtungsprotokoll zu vernichten. Jedes einrichtungsbezogene Beobachtungsprotokoll, der resultierende Beobachtungsbericht sowie alle weiteren zugehörigen erhobenen Datenmaterialien (Begehungsprotokoll inklusive evtl. erfasster Dokumente wie Hausordnungen, Einrichtungsfragebogen) werden mit einer einheitlichen Einrichtung-ID versehen, um die Daten im Zuge der Datenanalyse zu einem Fall zusammenfassen zu können. Aus der Einrichtung-ID darf nicht hervorgehen um welche Einrichtung es sich handelt.

Bereits bei der Dokumentation der zu erfassenden Aspekte ist auf die vollständige Anonymisierung der Protokollierungen zu achten, d.h. es werden keine Namen oder weitere personen- bzw. einrichtungsidentifizierende Merkmale im Beobachtungsprotokoll dokumentiert.

Erläuterungen zur Struktur und den Aspekten des Beobachtungsprotokolls sind am Ende des Dokumentes aufgeführt.



**1. Beobachtete FeM**

Nr.:

Art(en):

Ort:

Situation im Vorfeld:

Ablauf:

Situation im Nachgang:

Gründe/Rechtfertigung:

Sonstiges:

Nr.:

Art(en):

Ort:

Situation im Vorfeld:

Ablauf:

Situation im Nachgang:

Gründe/Rechtfertigung:

Sonstiges:



Nr.:

Art(en):

Ort:

Situation im Vorfeld:

Ablauf:

Situation im Nachgang:

Gründe/Rechtfertigung:

Sonstiges:

<p>Nr.:</p> <p>Art(en):</p> <p>Ort:</p> <p>Situation im Vorfeld:</p> <p>Ablauf:</p>  <p>Situation im Nachgang:</p>  <p>Gründe/Rechtfertigung:</p>  <p>Sonstiges:</p>
---

Nr.:

Art(en):

Ort:

Situation im Vorfeld:

Ablauf:

Situation im Nachgang:

Gründe/Rechtfertigung:

Sonstiges:

<p>Nr.:</p> <p>Art(en):</p> <p>Ort:</p> <p>Situation im Vorfeld:</p> <p>Ablauf:</p>  <p>Situation im Nachgang:</p>  <p>Gründe/Rechtfertigung:</p>  <p>Sonstiges:</p>
---



Nr.:

Art(en):

Ort:

Situation im Vorfeld:

Ablauf:

Situation im Nachgang:

Gründe/Rechtfertigung:

Sonstiges:

<p>Nr.:</p> <p>Art(en):</p> <p>Ort:</p> <p>Situation im Vorfeld:</p> <p>Ablauf:</p>  <p>Situation im Nachgang:</p>  <p>Gründe/Rechtfertigung:</p>  <p>Sonstiges:</p>
---

Nr.:

Art(en):

Ort:

Situation im Vorfeld:

Ablauf:

Situation im Nachgang:

Gründe/Rechtfertigung:

Sonstiges:

**2. Beobachtungen von informellem Zwang**

Nr.:

Art(en):

Beschreibung:

Nr.:

Art(en):

Beschreibung:

Nr.:

Art(en):

Beschreibung:

Nr.:

Art(en):

Beschreibung:

Nr.:

Art(en):

Beschreibung:

Nr.:

Art(en):

Beschreibung:

**Nr.:**  
**Art(en):**  
**Beschreibung:**

**Nr.:**  
**Art(en):**  
**Beschreibung:**

**Nr.:**  
**Art(en):**  
**Beschreibung:**

### **3. Beobachtete Alternativen/Vermeidungsstrategien zu FeM**

#### **3.1. Situationsbezogene Alternativen/Vermeidungsstrategien**

Nr.:

Situationsbeschreibung:

Beschreibung der Alternative/Vermeidungsstrategie:

Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:

Sonstiges:

Nr.:

Situationsbeschreibung:

Beschreibung der Alternative/Vermeidungsstrategie:

Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:

Sonstiges:



Nr.:

Situationsbeschreibung:

Beschreibung der Alternative/Vermeidungsstrategie:

Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:

Sonstiges:

**Nr.:**

**Situationsbeschreibung:**

**Beschreibung der Alternative/Vermeidungsstrategie:**

**Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:**

**Sonstiges:**

### 3.2. Generelle Alternativen/Vermeidungsstrategien

Nr.:

Art:

Beschreibung:

Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:

Nr.:

Art:

Beschreibung:

Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:

<p><b>Nr.:</b></p> <p><b>Art:</b></p> <p><b>Beschreibung:</b></p> <p><b>Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:</b></p>
---

<p><b>Nr.:</b></p> <p><b>Art:</b></p> <p><b>Beschreibung:</b></p> <p><b>Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:</b></p>
---

#### 4. Allgemeine einrichtungsbezogene Beobachtungen

Beobachtungen zur Einrichtungsstruktur:

Beobachtungen zu organisationalen Aspekten:

Beobachtungen zum Einrichtungspersonal:

Beobachtungen zur Atmosphäre in der Einrichtung:

Beobachtungen zur Architektur:

**5. Weitere Beobachtungen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording further observations. It occupies most of the page area below the section header.

**6. Spezifika der Beobachtungsphase****7. Selbstreflexion und Einschränkungen**

## Erläuterungen zu den Beobachtungskriterien

### 1. Beobachtete FeM

**Nr.:** Die beobachteten FeM in der hier berichteten Beobachtungsphase sollten in chronologischer Reihenfolge nummeriert werden.

**Art(en):** Hier sollte die konkreten Ausprägungsformen der beobachteten FeM angegeben werden. Ausprägungsformen können beispielsweise sein: Festhalten von Bewohner\*innen, Befestigung von Bettgittern, Fixierungen, Verschließen von Türen, Isolation, „Time-out“, Gabe von sedierenden Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit, Arretieren eines Rollstuhles, Verhinderung des Verlassens bestimmter räumlicher Bereiche. Wenn mehrere Arten innerhalb einer FeM-Sequenz beobachtet werden, sollten diese zusammenführend protokolliert werden.

**Ort:** Hier sollte beschrieben werden, wo FeM sowie etwaige relevante Situationen im Vorfeld und im Nachgang der FeM stattfinden (z.B. Zimmer der/des Bewohner\*in, Gemeinschaftsräume).

**Situation im Vorfeld:** Hier sollte beschrieben werden, wie sich die Situation im Vorfeld der beobachteten FeM zugetragen hat. Zu beobachtende Aspekte sind u.a. das Verhalten der beteiligten Einrichtungsmitarbeiter\*innen (z.B. Deeskalationsversuche), das Verhalten der betroffenen Bewohner\*innen sowie das Verhalten sonstiger Akteure (z.B. andere Einrichtungsmitarbeiter\*innen oder Bewohner\*innen). Ebenfalls sollten Interaktionen zwischen den Akteuren sowie kommunikative Aspekte (z.B. auffallend laute Kommunikation oder besondere Ausdrucksformen) beschrieben werden. Beobachtet werden sollten außerdem relevante organisatorische Aspekte (in welchen Kontext findet die Situation statt, z.B. Essenszeiten) sowie atmosphärische Aspekte (z.B. „auffallend aggressive Stimmung“).

**Ablauf:** Hier sollte der Ablauf bzw. die Durchführung der beobachteten FeM beschreiben werden. Zu beobachtende Aspekte sind u.a. die Dauer der FeM (von - bis), das Verhalten der beteiligten Einrichtungsmitarbeiter\*innen (z.B. Anwendung der FeM, Deeskalationsversuche), das Verhalten der betroffenen Bewohner\*innen (u.a. wehrt sich die/der Bewohner\*in gegen die FeM) sowie das Verhalten sonstiger Akteure (z.B. andere Einrichtungsmitarbeiter\*innen oder Bewohner\*innen). Ebenfalls sollten Interaktionen zwischen den Akteuren sowie kommunikative Aspekte (z.B. kündigt die/der Einrichtungsmitarbeiter\*in die FeM an, wird bei der Durchführung kommuniziert, etc.) beschrieben werden. Außerdem sollte eine kurze Beschreibung der involvierten Personen (geschätztes Alter, Geschlecht, Auftreten) erfolgen. Bei intensiven FeM (z.B. Isolation oder Fixierung) sollte auch erfasst werden, ob eine Überwachung der FeM durch die Einrichtungsmitarbeiter\*innen stattfindet. Außerdem sollte protokolliert werden, wie die FeM beendet wird. Ebenfalls sollte eine Einschätzung abgegeben werden, ob die angewandte FeM fach- und sachgerecht durchgeführt wurde.

**Situation danach:** Hier sollte die Situation im Nachgang der beobachteten FeM beschrieben werden. Zu beobachtende Aspekte sind u.a. das Verhalten der beteiligten Einrichtungsmitarbeiter\*innen (z.B. Verhalten gegenüber der/dem betroffenen Bewohner\*in nach der FeM), das Verhalten der betroffenen Bewohner\*innen (z.B. auffallende Verhaltensveränderungen) sowie das Verhalten sonstiger Akteure (z.B. andere Einrichtungsmitarbeiter\*innen oder Bewohner\*innen). Ebenfalls sollten Interaktionen zwischen den Akteuren sowie kommunikative Aspekte (z.B. finden Nachbesprechungen mit den betroffenen Bewohner\*innen statt) beschrieben werden. Auch sollte beschrieben werden, ob sich durch die FeM erkennbare atmosphärische Veränderungen ergeben haben.



**Gründe/Rechtfertigung:** Hier sollten objektiv erkennbare Gründe (z.B. Sturzgefahr, gefährdendes Verhalten) und subjektive Rechtfertigungen der beteiligten Einrichtungsmitarbeiter\*innen (z.B. Deklaration als therapeutische Intervention) für die Anwendung der FeM beschrieben werden. Die etwaigen objektiven Gründe sollten primär beobachtet werden. Die Rechtfertigungen der Einrichtungsmitarbeiter\*innen können evtl. ebenfalls beobachtet werden (z.B. wenn die FeM der/dem Bewohner\*in erklärt wird). Kann dieser Aspekt nicht beobachtet werden, sollte im Nachgang der FeM die/der Einrichtungsmitarbeiter\*in hierzu befragt werden. Falls möglich, sollte ebenfalls erfasst werden, inwiefern die FeM dokumentiert wurde. Es sollte ebenfalls eine Einschätzung abgegeben werden, ob durch die FeM, die durch die beteiligte Einrichtungsmitarbeiter\*in intendierte Wirkung erzielt hat (z.B. Deeskalation einer gefährdenden Situation).

**Sonstiges:** Hier können weitere relevante Beobachtungen zu der protokollierten FeM beschrieben werden.

## 2. Beobachtungen von informellem Zwang

**Nr.:** Die beobachteten Sequenzen von informellem Zwang in der hier berichteten Beobachtungsphase sollten in chronologischer Reihenfolge nummeriert werden.

**Art(en):** Hier sollten die konkreten Ausprägungsformen des informellen Zwangs angegeben werden. Ausprägungsformen können u.a. sein: die Wegnahme von persönlichen Gegenständen (z.B. Mobiltelefonen oder Straßenkleidung), das Verhandeln/Überzeugen/Erpressen mit Anreizen bzw. Belohnungen bei gewünschtem Verhalten der Bewohner\*innen (z.B. Nutzung von Gemeinschaftsräumlichkeiten-/Gegenständen oder die Zuteilung von Genussmitteln wie Zigaretten oder Süßigkeiten) sowie die Ausübung von psychischem oder emotionalem Druck.

**Beschreibung:** Hier sollte eine kurze, prägnante Beschreibung der Zwangssituation erfolgen (wer, wie was, wo, wann, ggf. warum).

## 3. Beobachtete Alternativen/Vermeidungsstrategien zu FeM

### 3.1. Situationsbezogene Alternativen/Vermeidungsstrategien

**Nr.:** Die beobachteten situationsbezogenen Alternativen/Vermeidungsstrategien in der hier berichteten Beobachtungsphase sollten in chronologischer Reihenfolge nummeriert werden.

**Situationsbeschreibung:** Hier sollte die Situation beschrieben werden, die zu einer FeM hätte führen können, welche jedoch aufgrund der beobachteten Alternative/Vermeidungsstrategie nicht eingetreten ist. Zu beobachtende Aspekte sind u.a. das Verhalten der beteiligten Einrichtungsmitarbeiter\*innen, das Verhalten der betroffenen Bewohner\*innen sowie das Verhalten sonstiger Akteure (z.B. andere Einrichtungsmitarbeiter\*innen oder Bewohner\*innen). Ebenfalls sollten Interaktionen zwischen den Akteuren sowie kommunikative Aspekte beschrieben werden. Beobachtet werden sollten außerdem relevante räumliche Aspekte (wo findet die Situation statt), organisatorische Aspekte (in welchem Kontext findet die Situation statt, z.B. Essenszeiten) sowie atmosphärische Aspekte.

**Beschreibung der Alternative/Vermeidungsstrategie:** Hier sollte beschrieben werden, welche alternativen Maßnahmen ergriffen wurden, um die Anwendung von FeM zu vermeiden (z.B. deeskalierendes Verhalten der Einrichtungsmitarbeiter\*innen).

**Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:** Hier sollte beschrieben werden, wie sich die beobachtete Alternative/Vermeidungsstrategie auf die Situation und die beteiligten Akteure ausgewirkt hat. Falls möglich, sollte ebenfalls erfasst werden, ob die Alternative/Vermeidungsstrategie längerfristig die intendierte Wirkung (Vermeidung von FeM) erzielen konnte.

**Sonstiges:** Hier können weitere relevante Beobachtungen zu der protokollierten Alternative/Vermeidungsstrategie beschrieben werden.

### 3.2. Generelle Alternativen/Vermeidungsstrategien

**Nr.:** Die beobachteten generellen Alternativen/Vermeidungsstrategien in der hier berichteten Beobachtungsphase sollten in chronologischer Reihenfolge nummeriert werden.

**Art:** Hier sollte die Art der generellen Alternative/Vermeidungsstrategie protokolliert werden. Diese könnten u.a. sein: strukturelle Arten (z.B. Vorhandensein von ausreichend Personal), personelle Arten (z.B. offensichtlich geschultes Personal oder begünstigendes Verhalten), organisatorische Arten (z.B. begünstigende Abläufe in der Einrichtungen, beispielweise bei der morgendlichen Pflege), architektonische Arten.

**Beschreibung:** Hier sollte die generelle Alternative/Vermeidungsstrategie näher beschrieben werden.

**Beobachtete Auswirkungen in Bezug auf die Vermeidung von FeM:** Hier sollte protokolliert werden, wie sich die beobachtete Alternative/Vermeidungsstrategie in genereller Weise auswirken.

## 4. Allgemeine einrichtungsbezogene Beobachtungen in Bezug zur Anwendung oder Vermeidung von FeM

**Beobachtungen zur Einrichtungsstruktur:** Hier sollten allgemeine strukturelle Besonderheiten der Einrichtung angegeben werden (z.B. Wohnformen).

**Beobachtungen zu organisationalen Aspekten:** Hier sollten allgemeine organisationale Besonderheiten der Einrichtung beschrieben werden (z.B. erkennbare hierarchische Strukturen oder auffällige Organisationsabläufe bzw. Merkmale der Tagesroutine wie beispielsweise während der Essenszeiten oder bei der Ausgabe/Gabe von Medikamenten).

**Beobachtungen zum Einrichtungspersonal:** Hier sollten allgemeine Besonderheiten zum Personal der Einrichtung beschrieben werden (z.B. einmaliges oder wiederkehrendes Verhalten einer/eines Einrichtungsmitarbeiter\*in oder einer/eines Bewohner\*in oder Interaktionen im Team der Einrichtungsmitarbeiter\*innen sowie zwischen Bewohner\*innen).

**Beobachtungen zur Atmosphäre in der Einrichtung:** Hier sollten allgemeine atmosphärische Besonderheiten während dieser Beobachtungsphase beschrieben werden (z.B. eine erkennbare „harmonische“ oder „aggressive“ Atmosphäre innerhalb der Einrichtung bzw. Einrichtungsseinheiten oder zwischen bestimmten Personen).

**Beobachtungen zur Architektur:** Hier sollten allgemeine architektonische Besonderheiten der Einrichtung angegeben werden (z.B. erkennbare Hindernisse, die es einzelnen Bewohner\*innen nicht ermöglichen bestimmte Einrichtungsbereiche zu betreten oder zu verlassen, erkennbare neuralgische Bereich, welche sich auf die Anwendung oder Vermeidung von FeM auswirken könnten, Platzangebot, Lichtverhältnisse).

## 5. Weitere Beobachtungen

Hier können weitere Beobachtungen beschrieben werden, welche nicht durch die o.g. Beobachtungsaspekte abgedeckt werden. Diese können sein: auffällige Situationen, Interaktionen zwischen Einrichtungsmitarbeiter\*innen und/oder Bewohner\*innen, generelle subjektive Wahrnehmungen, Einschätzungen bzgl. des generellen Einrichtungsklimas in dieser Beobachtungsphase. Auch können hier Protokollierungen platziert werden, die sich aus etwaigen Gesprächen mit Einrichtungsmitarbeiter\*innen ergeben.

#### **6. Spezifika der Beobachtungsphase**

Hier können erhebungsbezogene Besonderheiten der hier dokumentierten Beobachtungsphase beschrieben werden. Diese können Aspekte im Vorfeld der Beobachtungsphase (z.B. Zugang zum Forschungsfeld), die Durchführung (z.B. nicht-intendierte Unterbrechungen der Beobachtungsphase) sowie den Nachgang der Beobachtungsphase (z.B. nachträgliche Gespräche mit Einrichtungsmitarbeiter\*innen) oder sonstige Informationen außerhalb der eigentlichen Beobachtungsphase betreffen.

#### **7. Selbstreflexion und Einschränkungen**

Hier sollte eine Selbstreflexion in Bezug auf das eigene Verhalten während der Beobachtungsphase und etwaig hierdurch entstandene Verzerrungspotenziale bzgl. der Protokollierungen beschrieben werden. Dokumentiert werden sollte u.a. ob bestimmte Aspekte nicht genau beobachtet werden konnten, an welchen Stellen die Protokollierungen primär auf Vermutungen/Einschätzungen beruhen oder inwieweit externe Faktoren Einfluss auf bestimmte beobachtete Aspekte hatten. Die Beschreibungen sollten jeweils auf die vermeintlichen Einschränkungen der Beobachtungsaspekte in diesem Beobachtungsprotokoll verweisen (z.B. durch Angabe der Nr. der protokollierten FeM). Auch könnte hier kurz beschrieben werden, wie die eigene Rolle innerhalb der Beobachtungsphase eingeschätzt wurde und ob diese einen Einfluss auf die Datenerhebung genommen hat. Auch praktische Schwierigkeiten bei der Beobachtungen können beschrieben werden. Falls möglich und begründbar, sollte ebenfalls beschrieben werden, inwieweit vermutet wird, dass bestimmte Verhaltensweisen der beobachteten Akteure durch die Beobachtungssituation bzw. die Anwesenheit der Beobachter\*in beeinflusst wurde (z.B. Hinweise auf sozial erwünschtes Verhalten).

**Beobachtungsbericht**

Der Beobachtungsbericht dient der Ausformulierung und Zusammenführung der relevanten Informationen aus dem einrichtungsbezogenen Begehungsprotokoll und den jeweiligen einrichtungsbezogenen Beobachtungsprotokollen. Die Protokollierungen aus den o.g. Messinstrumenten sollen hier so weit wie möglich zusammengetragen und spezifiziert werden. Durch das Inhaltsverzeichnis werden die Gliederung und Struktur des Beobachtungsberichtes vorgegeben. Die Informationen aus den Beobachtungsprotokollen sollten in der vorgegebenen Struktur der Protokolle dargestellt werden.

Einrichtungs-ID: \_\_\_\_\_

Beobachter\*innen: \_\_\_\_\_

Beobachtungsphasen (Datum, Zeitraum):

1. Beobachtungsphase: \_\_\_\_\_

2. Beobachtungsphase: \_\_\_\_\_

3. Beobachtungsphase: \_\_\_\_\_

## **Inhalt**

1. Beobachtungen aus der Einrichtungsbegehung
  - 1.1. Organisation/Wohnform
  - 1.2. Bauliche Begebenheiten
  - 1.3. Atmosphärische Eindrücke
  - 1.4. Personalstruktur
  - 1.5. Strukturelle Abläufe
  - 1.6. Sonstige Eindrücke
2. Beobachtete FeM
  - 2.1. - 2.X.
3. Beobachtungen von informellem Zwang
  - 3.1. - 3.X.
4. Beobachtete Alternativen/Vermeidungsstrategien
  - 4.1. Situationsbezogene Alternativen/Vermeidungsstrategien
    - 4.1.1. - 4.1.X.
  - 4.2. Geberelle Alternativen/Vermeidungsstrategien
    - 4.2.1. - 4.2.X.
5. Allgemeine einrichtungsbezogene Beobachtungen
  - 5.1. Einrichtungsstruktur
  - 5.2. Organisationale Aspekte
  - 5.3. Einrichtungspersonal
  - 5.4. Atmosphäre in der Einrichtung
  - 5.5. Architektur
6. Sonstige einrichtungsbezogene Beobachtungen
7. Spezifika der Beobachtungsphasen
  - 7.1. Erste Beobachtungsphase
  - 7.2. Zweite Beobachtungsphase
  - 7.3. Dritte Beobachtungsphase
8. Selbstreflexion und Einschränkungen

## **VI. Leitfaden und Information Fokusgruppengespräch**

### **1. Fokusgruppe: Ablauf und Leitfaden**

Der Ablauf wird bewusst so gestaltet, dass die Teilnehmenden Möglichkeiten der Einflussnahme auf die zu besprechenden Einzelthemen sowie deren Abfolge bekommen. Zunächst werden Sie bei der Vorstrukturierung des Gesprächs aktiv miteinbezogen. Während des Gesprächs bekommen sie immer wieder Gelegenheit weitere Aspekte einzubringen, die dann auch vertieft werden können. Die Ergebnisse des Gesprächs werden gemeinsam erarbeitet. Der Gesprächsverlauf wird protokolliert, sodass im Nachhinein eine dichte Beschreibung der Ergebnisse möglich ist.

Dem Gesprächsverlauf liegt zudem ein Leitfaden zugrunde, der an Fragestellungen der vorangegangenen Forschungen angelehnt ist: Online-Vollerhebung und Teilnehmende Beobachtungen. Der Leitfaden ist so konzipiert, dass er mit möglichst offenen Fragen zur freien Beantwortung aus dem je eigenen Kontext der Teilnehmenden einlädt (Narratives Interview). Um jedoch zu gewährleisten, dass auch Details gezielt hinterfragt bzw. im Gesprächsverlauf nicht vergessen werden, unterliegt jeder Frage eine Checkliste mit weiteren Frage-Aspekten, die – sofern nicht in der freien Antwort schon angesprochen – vertieft werden sollten.

### **Fokusgruppe: Ablauf und Leitfaden**

Der Ablauf wird bewusst so gestaltet, dass die Teilnehmenden Möglichkeiten der Einflussnahme auf die zu besprechenden Einzelthemen sowie deren Abfolge bekommen. Zunächst werden Sie bei der Vorstrukturierung des Gesprächs aktiv miteinbezogen. Während des Gesprächs bekommen sie immer wieder Gelegenheit weitere Aspekte einzubringen, die dann auch vertieft werden können. Die Ergebnisse des Gesprächs werden gemeinsam erarbeitet. Der Gesprächsverlauf wird protokolliert, sodass im Nachhinein eine dichte Beschreibung der Ergebnisse möglich ist.

Dem Gesprächsverlauf liegt zudem ein Leitfaden zugrunde, der an Fragestellungen der vorangegangenen Forschungen angelehnt ist: Online-Vollerhebung und Teilnehmende Beobachtungen. Der Leitfaden ist so konzipiert, dass er mit möglichst offenen Fragen zur freien Beantwortung aus dem je eigenen Kontext der Teilnehmenden einlädt (Narratives Interview). Um jedoch zu gewährleisten, dass auch Details gezielt hinterfragt bzw. im Gesprächsverlauf nicht vergessen werden, unterliegt jeder Frage eine Checkliste mit weiteren Frage-Aspekten, die – sofern nicht in der freien Antwort schon angesprochen – vertieft werden sollten.

#### **Ablauf:**

##### **Einstieg: Vorstellungsrunde**

- Name, Rolle, Erwartungen
- erste Themensammlung

##### **Information: Ergebnisse aus dem Projekt**

- ausgewählte Ergebnisse der Vollerhebung
- ausgewählte Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung
- Erste Erkenntnisse zur betreffenden Einrichtung

##### **Abstimmung: Themenstruktur**

- Ergänzung von Erwartungen und Themen aus Einstieg
- Abstimmung über Vorgehensweise/Struktur des Gesprächs

##### **Gespräch/Diskussion:**

- Beleuchten der identifizierten Themen aus verschiedenen Perspektiven
- Sammeln von Eindrücken, Erfahrungen und Argumenten
- Gegenseitige Ergänzungen von Stellungnahmen und Berichten



### Fragestellungen

#### Welche Erfahrungen zur Anwendung von FeM haben Sie bisher gemacht?

Welche speziellen FeM werden angewandt?

Mit welcher Häufigkeit und Intensität werden FeM angewandt?

Welche Kontexte, Umstände, Situationen spielen dabei eine Rolle?

Welche Rolle spielt die Einrichtungform

Welche Rolle spielt die Ausstattung der Einrichtung (der Zimmer, der Gemeinschaftsbereiche)

Welche Rolle spielt der Umgang miteinander (Mitarbeitende, Bewohnende)?

Welche Rolle spielt die Kompetenz der Mitarbeitenden?

Welche Rolle spielen die Tagesstruktur, das Arbeitsumfeld, die Freizeitgestaltung?

Welche Rolle spielen die Behinderungsform, die Symptome, die Verhaltensauffälligkeiten von Bewohnenden?

Gibt es standardisierte Vorgehensweisen, Abläufe, Strategien?

Gibt es feste Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Kooperationen?

Welche Gründe wurden für den Einsatz von FeM angegeben?

Gibt es Gründe, die besonders häufig angegeben werden?

Welche Gründe werden sind akzeptabel/welche nicht?

Wie wirkt sich die Anwendung von FeM auf die Lebensqualität des Betroffenen aus?

Wie wirkt sich die Anwendung von FeM auf die Atmosphäre der Einrichtung aus

Was bedeutet dies für Bewohnende?

Was bedeutet dies für Beschäftigte?

**Welche Erfahrungen mit Alternativen und Vermeidungsstrategien zu FeM haben Sie bisher gemacht?**

Welche Strategien erschienen Ihnen bislang als besonders wirksam?

Unter welchen Bedingungen gelingt die Vermeidung von FeM besonders gut?

Welche Rolle spielt die Einrichtungsform

Welche Rolle spielt die Ausstattung der Einrichtung (der Zimmer, der Gemeinschaftsbereiche)

Welche Rolle spielt der Umgang miteinander (Mitarbeitende, Bewohnende)?

Welche Rolle spielt die Kompetenz der Mitarbeitenden?

Welche Rolle spielt die Tagesstruktur, das Arbeitsumfeld, die Freizeitgestaltung?

Welche Rolle spielt die Behinderungsform, die Symptome, die Verhaltensauffälligkeiten von Bewohnenden?

Gibt es standardisierte Vorgehensweisen, Abläufe, Strategien?

Gibt es feste Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Kooperationen?

Wie wirken sich die Alternativen auf die Lebensqualität der Betroffenen aus?

Sind Verbesserungen in der Gesundheit, Selbstständigkeit, Teilhabe der Bewohnenden erkennbar?

Wirkt sich die Anwendung von Alternativen auf die Atmosphäre in der Einrichtung aus?

Was bedeutet dies für Bewohnende?

Was bedeutet dies für Beschäftigte?

4

#### WAS IST EIN FOKUSGRUPPENGESPRÄCH?

Fokusgruppengespräche sind eine Methode der Sozialforschung. Sie dienen der Prüfung der im Rahmen des Forschungsprojekts FeM bisher erworbenen Kenntnisse an der Realität.

Die Teilnehmenden haben hier Gelegenheit, die bisherigen Ergebnisse aus Befragung und Beobachtung anhand ihrer eigenen Erfahrungen zu prüfen. Sie können somit aktiv in den Forschungsprozess eingreifen und diesen mitgestalten! Beteiligt werden Vertretungen der Betroffenen (rechtliche Betreuungen, Angehörige, andere nahestehende Personen) und Mitarbeitende aus den Einrichtungen.

Der Gesprächsverlauf wird moderiert und dokumentiert. Die Dauer der Gespräche erstreckt sich über maximal drei Stunden inklusive Pausen.

Die Fokusgruppengespräche werden vom Forschungsteam mit zwei Personen besetzt: eine Person bringt gewonnene Ergebnisse und Einsichten ein und moderiert den Gesprächsverlauf. Die andere Person dokumentiert das Gespräch und sammelt die diskutierten Inhalte. Dies geschieht so, dass einzelne Äußerungen nicht bestimmten Personen zugeordnet werden können. Ein Entwurf dieser Dokumentation wird den Beteiligten zur Prüfung, Korrektur und Abnahme zur Verfügung gestellt.

Zentrale Fragen des Gesprächs sind:

*Welche FeM werden wann, wie oft zu welchem Anlass und mit welcher Begründung angewandt?*

*Welche Maßnahmen, Bedingungen und Vorgehensweisen tragen dazu bei, dass FeM erfolgreich reduziert und vermieden werden?*

Diese Fragen werden in direktem Bezug zur Situation Ihrer Einrichtung diskutiert werden.

#### Ablauf:

Zunächst wird das Forschungsprojekt skizziert, Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtungen berichtet sowie Erkenntnisse aus der Vollerhebung vorgestellt.

Nach einer Pause werden wir gemeinsam Schwerpunkte setzen, die es ermöglichen, unterschiedliche Perspektiven der Teilnehmenden offenzulegen und in Verhältnis zu setzen. Als Leitfaden dienen die zuvor vorgestellten Ergebnisse, die durch die Teilnehmenden um weitere Aspekte ergänzt werden.

Auf diese Weise können Erkenntnisse vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erfahrungen und damit verbundener Sichtweisen geprüft werden. Es können weiterführende Einsichten gewonnen und neue Hypothesen entwickelt werden. Die gesetzten

---

Schwerpunkte werden sukzessive durchdiskutiert und Ergebnisse werden parallel und interaktiv dokumentiert (Metaplan-System, Flipchart, Mindmapping).

Der Moderator geht so flexibel wie möglich auf die Anforderungen der Diskussion ein und greift alle Perspektiven und Möglichkeiten methodisch so umfassend als möglich auf. Deshalb wird auch der genaue Zeitplan (Gesamtdauer, Pausen, etc.) gemeinsam in der Fokusgruppe abgestimmt werden. Fest steht lediglich das Zeitfenster von 13.00h – 16.30h.

**Auswertung:**

Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgt anhand des Protokolls und der darin befindlichen Zusammenfassungen zentraler Diskussionsaspekte sowie mittels der interaktiv entwickelten Ergebnisse (Meta-Plan-Karten, Flipcharts, Mindmaps...).

Die zusammengefassten Ergebnisse werden allen Teilnehmenden zur Prüfung vorgelegt. Nur die Ergebnisse, die mit allen Teilnehmenden einvernehmlich abgestimmt werden können, fließen in das Forschungsprojekt ein.

### **Fokus-Gruppen-Gespräch**

Ein Fokus-Gruppen-Gespräch  
ist ein besonderes Gruppen-Gespräch.

Das Besondere ist die Gruppe:  
Alle Menschen der Gruppe haben gemeinsame Erfahrungen.  
Im Fokus-Gruppen-Gespräch sprechen wir darüber.

#### **Wer macht mit?**

Betreuer machen mit.  
Eltern machen mit.  
Mitarbeiter machen mit.

Ein Mann stellt Fragen.  
Ein Mann schreibt alles auf.

#### **Warum machen wir das?**

Wir haben Wissen gesammelt.  
Wissen über Freiheits-Entziehende Maßnahmen.  
Solche Maßnahmen sind:  
Festhalten, Einschließen, Festbinden.

Das Wissen wollen wir prüfen.

Im Gruppen-Gespräch prüfen wir das Wissen.

**Warum laden wir ein?**

Sie haben Erfahrungen mit Freiheits-Entziehenden Maßnahmen.

Erzählen Sie uns von diesen Erfahrungen.

Ihre Erfahrung macht unser Wissen größer.

Sie helfen uns etwas zu Lernen.

**Was besprechen wir?**

Wir sprechen über die Wohngruppe:

Was wird gemacht in der Wohngruppe?

Wer macht was?

Was ist gut?

Was ist schlecht?

**Wie machen wir das?**

Ein Mann sagt was wir wissen.

Wir sprechen darüber, gemeinsam.

Eine Frau schreibt alles auf.

Der Mann zeigt nachher allen

was er aufschreibt.

### Expert\*innen-Workshops im Forschungsprojekt FeM Information zum Ablauf

- 1 VORSTELLUNGSRUNDE DER TEILNEHMENDEN
- 2 VORSTELLUNG DER FOKUSSIERTEN FRAGESTELLUNGEN
  - 2.1 Bei welchen Behinderungsarten bzw. welchen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten kommt eine FeM besonders häufig zum Einsatz?
  - 2.2 Welche Gründe sind abstrakt für die Anwendung von FeM geeignet? Welche Gründe sind nicht für die Anwendung von FeM geeignet?
  - 2.3 Auf welche Begründung wird die Anwendung von FeM in den untersuchten Einrichtungen gestützt? In welcher Häufigkeit kommen die Gründe zum Tragen?
  - 2.4 Welche Alternativen gibt es, um FeM zu vermeiden?
  - 2.5 Bestehen bauliche oder personelle Besonderheiten, die die Vermeidung von FeM begünstigen, z. B. Beschäftigung von pädagogischen Fachkräften? Können hieraus Best-Practice-Beispiele entwickelt werden?
  - 2.6 Wie wirken sich Alternativen auf die Lebensqualität der Betroffenen aus? Sind ggf. Verbesserungen in der Gesundheit, Selbstständigkeit, Teilhabe etc. erkennbar?
  - 2.7 Wie wirkt sich die Anwendung von Alternativen auf die Atmosphäre in der Einrichtung aus, insbesondere auf andere Bewohnende und Beschäftigte?

### **3 VORSTELLUNG ERSTER BEFUNDE**

#### **3.1 Aus dem Online-Fragebogen**

#### **3.2 Aus der Teilnehmenden Beobachtung**

#### **3.3 Aus den Dokumentenanalysen**

#### **3.4 Aus den Fokusgruppen**

### **4 VORSTELLUNG DISKUSSIONSLEITENDER HYPOTHESEN**

Die Diskussionsphase wird mit der Vorstellung von Thesen zu den Fragestellungen vorbereitet.

Die Thesen sind bewusst kontrovers formuliert, um Diskussionen anzuregen.

Nach der Vorstellung können die Teilnehmenden frei in die Diskussion zu den verschiedenen Fragestellungen einsteigen

### **5 DISKUSSION**

Die Diskussion wird synchron und sichtbar mittels einer virtuellen Metaplanmethode dokumentiert. So wird gewährleistet, dass alle Beiträge korrekt festgehalten werden.

Zudem eröffnet dies die Möglichkeit immer wieder neue Argumente und Hinweise mit den schon vorliegenden Punkten zu verknüpfen und in Verhältnis zu setzen.

### **6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK**

Abschließend werden die Diskussionsergebnisse von den Moderatoren kurz zusammengefasst und es wird die Möglichkeit gegeben Ergänzungen, Kommentare oder Korrekturen anzumerken.