

**Zur Implementation des Heimaufenthalts-
gesetzes – Effekte von Rechtsschutz
auf die Kultur der Pflege**

Veronika Hofinger, Reinhard Kreissl,
Christa Pelikan, Arno Pilgram

WIEN, JULI 2007

Studie aus Mitteln
des Jubiläumsfonds der
Österreichischen Nationalbank
des Bundesministeriums für Justiz
des Bundesministeriums für
Gesundheit, Familie und Jugend

**Zur Implementation des Heimaufenthalts-
gesetzes – Effekte von Rechtsschutz
auf die Kultur der Pflege**

Veronika Hofinger, Reinhard Kreissl,
Christa Pelikan, Arno Pilgram

WIEN, JULI 2007

Studie aus Mitteln
des Jubiläumsfonds der
Österreichischen Nationalbank
des Bundesministeriums für Justiz
des Bundesministeriums für
Gesundheit, Familie und Jugend

Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege

Veronika Hofinger, Reinhard Kreissl,
Christa Pelikan, Arno Pilgram

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse	5
Vorbemerkung	8
1. Ziele des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG)	11
2. Implementation des HeimAufG	15
2.1 Das Problem von Freiheitsbeschränkungen in den Einrichtungen, die unter das HeimAufG fallen	17
2.1.1 Zentrale Dimensionen der Implementationsphase	19
2.1.2 Akteure und Institutionen, die für die Implementation eine Rolle spielen	21
<i>Exkurs:</i> Universell anzuwendende Gesetze und regional unterschiedliche Verhältnisse	24
2.2 Das HeimAufG aus der Sicht der (Mitarbeiter der) Einrichtungen	29
2.2.1 Organisatorische Rahmenbedingungen	29
2.2.2 Kritik an den Regelungen des HeimAufG	33
2.2.3 Standardsituationen	41
2.2.4 Normalisierung	44
2.3 Die Bewohnervertretung – eine neue Institution im Handlungsfeld Pflege	48
2.3.1 Professionelle Identitäten	49
2.3.2 Logistische Probleme und einheitliche Strategien der Bewohnervertretung	54
2.3.3. Die Einrichtungen aus der Sicht der Bewohnervertretung	58
2.3.4 Teamkulturen	61
2.3.5 Regionale Daten zur Bewohnervertretung in Aktion	66

2.4	Die Gerichte	87
2.4.1	Die Rolle der Gerichte und die Position der Richter	90
2.4.2	Rechtsprechung	96
2.5	Gutachter	100
2.6	Ärzte	104
2.6.1	Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen	106
2.6.2	Ärzte als Individuen und Profession	107
3.	Nettoeffekte des HeimAufG	110
4.	Empfehlungen und Vorschläge auf der Basis der Untersuchung	119
	Literaturverzeichnis	124
	<i>Annex: Quantitativer Überblick über die durchgeführten Erhebungen und Basisdaten</i>	125
	Basistabellen	128

Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse

1. (+) Das Heimaufenthaltsgesetz hat durch die Legalisierungsanforderungen flächendeckend zu einer *Sensibilisierung* für das Problem der Freiheitsbeschränkung in den Einrichtungen der Pflege von Alten und Behinderten geführt. Das lässt sich deutlich aus den Gesprächen mit allen Beteiligten entnehmen. Auch Vertreter der Adressaten des Gesetzes in den Heimen anerkennen diesen Effekt, der zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner führt.
(-) Allerdings führt diese rechtlich stimulierte Sensibilisierung offensichtlich nicht immer und überall auf kurzem Weg zur Entwicklung von *konstruktiven Alternativen*. Das Denken in Alternativen wird nicht nur durch Gewohnheiten, sondern auch durch strukturelle und finanzielle Restriktionen erschwert. Dieser Prozess eines pflegekulturellen Umdenkens wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen und sollte nach Möglichkeit moderiert und angeleitet werden.
2. (+) Dank der in dem Gesetz vorgeschriebenen Dokumentations- und Meldepflicht besteht jetzt zum ersten Mal die Möglichkeit, *Daten* über die Verbreitung, das Ausmaß und die Entwicklung von Freiheitsbeschränkungen in diesem Bereich zu erhalten. Es gibt Hinweise, dass diese Daten inzwischen durch Aufklärung über das Gesetz, Melderoutinen und Beobachtung der Meldedisziplin an Zuverlässigkeit gewonnen haben.
(-) Allerdings sind die bisher verwendeten Dokumentationssysteme bei den Bewohnervertretervereinen dafür noch nicht ausreichend ausgelegt oder ausgewertet. Hier werden anhand der bisherigen Erfahrungen in Zukunft *weitere Verbesserungen* und Vereinheitlichungen vorgenommen werden müssen.
3. (+) Positiv ist zu vermerken, dass die »Clearing-Funktion« der Bewohnervertretungen erfüllt wurde und eine teilweise befürchtete Welle von gerichtlichen Überprüfungsverfahren ausgeblieben ist. Die *Gerichte wurden nur sehr selektiv in Anspruch genommen*. In aller Regel genügte bei divergierenden Einschätzungen zwischen Einrichtungen und Bewohnervertretung der Hinweis, dass im Fall einer fehlschlagenden Einigung die Möglichkeit bestünde, eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen. Die meisten Konflikte konnten so im »Schatten des Leviathan« gelöst werden.
(-) Die bisherige Rechtsprechung ist nicht in allen Fällen zufriedenstellend. Das hat mehrere Gründe. Zum einen mangelt es nach wie vor an einer ausreichenden Zahl qualifizierter *Gutachter*. Zum anderen ist die *Vertrautheit mit und das Engagement für das Gesetz* nicht immer so, wie es erforderlich wäre. Einzelne Vertreter der Richterschaft tendieren dazu, sich an der Sicherheit der Be-

wohner und am »Vergleich« und nicht an Freiheitsschutzrechten zu orientieren. Die Orientierungshilfe durch die Judikatur kommt durch deren Uneinheitlichkeit bislang noch nicht zum Tragen.

Hinzu kommt das praktische Problem, dass die im Gesetz vorgegebenen *Zeiträumen oft sehr schwer einzuhalten* sind.

4. (+) Die Einrichtung der Institution der *Bewohnervertretung erwies sich als eine gelungene Strategie*, dem Gesetz auch ohne obligatorische Befassung der Gerichte in der Praxis nachhaltige Wirkung zu verschaffen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass hier eine völlig neue Einrichtung und Organisation geschaffen wurde, die mit sehr engen personellen Ressourcen bundesweit koordiniert ihren Dienst aufbauen musste, muss die bisherige Praxis der Bewohnervertretung als voller Erfolg bezeichnet werden.
(–) Einer Weiterentwicklung bedarf aber sowohl das Melde- und Dokumentationssystem, als wie auch die *Ausbildung und Qualifikation der Mitarbeiter*, die – aus verschiedenen Quellberufen stammend – der komplexen und vielschichtigen Problematik, mit der sie in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sind, in unterschiedlichem Ausmaß gewachsen sind. Mit zunehmender Erfahrung und Qualifikation leistet die Bewohnervertretung über ihre Kontrollaufgaben hinaus einen wertvollen Beitrag in beratender Funktion zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis unter dem Aspekt freiheitssichernder Ansätze.
5. (+/–) Die im Gesetz in seiner derzeitigen Form vorgesehene *Rolle der Ärzte* im Prozess der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen trifft in der Praxis auf eine Reihe von *Schwierigkeiten*. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei der Beurteilung der Angemessenheit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen um Probleme genuin pflegerischer (oder pädagogischer) Natur. Die beteiligten Ärzte kommen zwar in den meisten Fällen ihrer Aufgabe nach und ordnen entsprechende Maßnahmen förmlich an. Die faktische Entscheidung aber liegt nicht bei ihnen.
Eine stärkere Rolle spielen Ärzte naturgemäß bei medikamentösen Formen der Freiheitsbeschränkung. Hier entsteht jedoch das Problem, dass im Bereich der medikamentösen Freiheitsbeschränkungen eine klare Unterscheidung von therapeutischen und freiheitsbeschränkenden Wirkungen der Medikation oft sehr schwer möglich ist. Hier werden zukünftig der Sachverständigenrat und die Judikatur gefordert sein, handhabbare Kriterien zu entwickeln.
6. (–) Bisher *nicht in befriedigendem Maße wird das Heimaufenthaltsgesetz in den Krankenanstalten angewendet*. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Es steht zu erwarten, dass die Mitarbeiter der Bewohnervertretung, die ihre knappen Ressourcen zunächst auf den traditionellen Pflegebereich und Behinderteneinrichtungen konzentriert haben, in Zukunft hier stärker aktiv werden und der

Anteil der Meldungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen aus den Krankenanstalten dann zunimmt.

7. (+/-) Auffällig ist die Entwicklung *deutlich unterscheidbarer lokaler Rechtsanwendungskulturen*, die in allen Dimensionen wahrnehmbar sind. Es kann beim Heimaufenthaltsgesetz im derzeitigen Stadium nicht davon ausgegangen werden, dass die Regelungen überall in der gleichen Interpretation, mit gleichem Schwerpunkt und mit gleichem Nachdruck angewendet werden. Die unterschiedliche Praxis antwortet aber auch auf je spezifische lokale Erfordernisse, »Problemfälle und Missstände«. Gezielte Maßnahmen zu einem intensivierten Informationsaustausch und einer stärkeren Vereinheitlichung des Vorgehens erscheinen hier dennoch indiziert.
8. (+) Positiv zeichnet sich im Bereich der Entwicklung der Pflegemittel ein Trend ab, der durch die Regelungen des Heimaufenthaltsgesetzes unterstützt wird. Es kommen zunehmend Produkte auf den Markt, die den für die Pflege erforderlichen Sicherheitsstandards entsprechen, ohne dabei in unnötigem Ausmaß freiheitsbeschränkend zu wirken.
(-) Von mehreren Beteiligten wurde der Verdacht geäußert, dass der deutlich sichtbare Rückgang körpernaher Formen physischer Freiheitsbeschränkungen durch einen stärkeren Einsatz medikamentöser Freiheitsbeschränkungen kompensiert wird. Hier tritt das Problem auf, dass medikamentöse Freiheitsbeschränkungen schwerer zu definieren und als solche zu identifizieren sind.

Vorbemerkung

Der hier vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse einer Untersuchung vor, die die ersten 1 1/2 Jahre der Praxis des HeimAufG von Mitte 2005 bis Ende 2006 erfasst. Er schließt damit an eine Untersuchung an, die am Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie im Vorfeld des Inkrafttretens des HeimAufG im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz durchgeführt wurde (Berlach-Pobitzer u.a. 2005). Im Rahmen dieser Untersuchung, in der die Rezeptionsfähigkeit der verschiedenen Praxisfelder, die Ängste, Befürchtungen und Hoffnungen erfasst, sowie das Ausmaß und die Verbreitung der Praxis freiheitsbeschränkender Maßnahmen abgeschätzt werden sollten, wurden in einer Reihe von Einrichtungen exemplarische Erhebungen durchgeführt. Diese Einrichtungen wurden auch jetzt wieder in die Untersuchung mit aufgenommen, so dass wir eine Panelstudie (Befragung in den gleichen Einrichtungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten) durchführen konnten. Dadurch war es auch möglich, die vorab geäußerten Hoffnungen oder Befürchtungen auf ihren Realitätsgehalt hin zu überprüfen. Mitarbeiter des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie waren zudem an einer Reihe von Informations- und Vorbereitungsveranstaltungen im Vorfeld des Inkrafttretens des HeimAufG beteiligt und konnten sich im Rahmen dieser Veranstaltungen mit den vielfältigen Erwartungen der Praxis auseinandersetzen. Auch diese Erfahrungen fließen in den hier vorgelegten Forschungsbericht ein.

Die Studie ist so angelegt, dass sie die Perspektiven einer Vielzahl von beteiligten Akteuren berücksichtigt. Befragt wurden Mitarbeiter in Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege, wo vorhanden auch die ärztlichen Leiter solcher Einrichtungen. Befragungen wurden ferner auch in Krankenanstalten durchgeführt, die unter das HeimAufG fallen. Es wurden Gespräche mit den Mitarbeitern der Bewohnervertretung geführt, Gutachter befragt, die in den Verfahren über die Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen tätig waren, sowie Richter, die mit einschlägigen Verfahren befaßt waren. Darüber hinaus wurden die Akten zu von den befragten Richtern durchgeführten Verfahren herangezogen, in denen über die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen entschieden wurde. Die vom Bundesministerium der Justiz dokumentierte Rechtsprechung zum HeimAufG wurde in die Untersuchung ebenfalls einbezogen. Ausgewertet werden konnten ferner Daten, die von den Vereinen, denen die Organisation der Bewohnervertretung obliegt, im Rahmen der Dokumentation ihrer Tätigkeit gesammelt wurden. Die Vereine geben außerdem regelmäßig sehr ausführliche Berichte heraus, in denen sie über ihre eigenen Erfahrungen berichten und ihre Tätigkeit quantitativ dokumentieren. Diese Berichte sind ebenfalls eine informative Quelle für die Entwicklung in diesem Bereich.

Durch die Verbindung qualitativer und quantitativer Daten, sowie aufgrund der Möglichkeit, in einigen Bereichen Daten aus einer früheren Untersuchung zu

Vergleichszwecken heranzuziehen, ergibt sich ein differenziertes Bild der bisherigen Praxis des HeimAufG.

Ursprünglich war vorgesehen, die Betroffenen, also Bewohner, an denen freiheitsbeschränkende Maßnahmen vorgenommen wurden, in die Untersuchung mit einzubeziehen. Von diesem Untersuchungsschritt wurde aus mehreren Gründen Abstand genommen. Erstens setzt das methodische Verfahren des sozialwissenschaftlichen Interviews genau jene Kompetenzen voraus, deren Fehlen seinerseits wiederum Voraussetzung für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen ist. Eine Alternative wäre gewesen, Interviews mit Angehörigen der Betroffenen zu machen. Dies aber hätte einen im Rahmen dieser Untersuchung nicht vertretbaren Aufwand zur Folge gehabt, nicht zuletzt wenn man die erforderlichen datenschutzrechtlichen Einwilligungsprozeduren berücksichtigt.¹ Eine solche, gleichsam konsumentenschutzrechtliche Untersuchung des HeimAufG steht noch aus.

Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Nach einer kurzen einleitenden Darstellung der wichtigsten Bestimmungen des HeimAufG im ersten Kapitel werden in Kapitel 2 die Befunde zur Implementation des Gesetzes dargestellt. Eingeschoben ist ein Exkurs über die Bedeutung regionaler Besonderheiten im Bereich der Alten- und Behindertenpflege für die Anwendung eines bundesweit geltenden Gesetzes. Im Anschluß daran wird die Sichtweise der Einrichtungen dokumentiert, in denen das HeimAufG zur Anwendung kommt. Es wird gezeigt, wie trotz anfänglicher Schwierigkeiten eine Normalisierung stattgefunden hat und wie sich verschiedene – wiederum auch regional spezifische – Routinen des Umgangs mit der neuen durch das HeimAufG entstandenen Situation herausgebildet haben.

Der nächste Abschnitt nimmt die Themen auf, die sich aus der Sicht der Bewohnervertretung bei der Umsetzung des HeimAufG als besonders bedeutsam erwiesen haben. Wir versuchen darzustellen, wie sich hier eine neue Gruppe im Feld der Pflege etabliert, welche Rolle sie in diesem Feld spielt und welche professionellen Selbstverständnisse sich hier abzeichnen. Ein weiterer Abschnitt ist den Gerichten gewidmet, denen die Aufgabe zukommt, die Rechtmäßigkeit von Freiheitsbeschränkungen zu überprüfen, wenn auf der Ebene von Einrichtung und Bewohnervertretung darüber keine Einigung erzielt werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch ein kurzer Überblick über die bisherige Rechtsprechung gegeben, der die Dynamik der zu erwartenden richterlichen Rechtsfortbildung analysiert. Eigene Abschnitte sind den anderen wichtigen Akteuren gewidmet, die bei der Anwendung des HeimAufG eine Rolle spielen, den Gutachtern und den Ärzten.

Nach dieser Darstellung der Rolle und Perspektive verschiedener Akteure wird in Kapitel 3 versucht, die Effekte des HeimAufG, wie sie sich auf der Grundlage unserer Untersuchung der bisherigen Praxis darstellen, zu saldieren. Ein wei-

¹ Wir haben dieses Problem dadurch gelöst, dass wir versucht haben, über die privaten sozialen Netzwerke der Mitarbeiter an dieser Untersuchung einige betroffene Personen zu rekrutieren, die als Angehörige persönliche Erfahrungen mit den Regelungen des HeimAufG gemacht haben. Die Gespräche mit diesen Personen haben rein illustrativen Charakter und im Verlauf der Darstellung wird gelegentlich darauf Bezug genommen. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine systematische Erhebung der Position von Angehörigen.

teres kurzes Kapitel stellt das HeimAufG in den weiteren Zusammenhang der Veränderung der Pflegekultur in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenbetreuung: Welche Wirkungen kann ein solches Gesetz in der Praxis der Pflege über den engeren Regelungsbereich der Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen entfalten? Das letzte Kapitel faßt noch mal eine Reihe von Vorschlägen und Empfehlungen zusammen, die auf der Grundlage dieser Untersuchung gemacht werden können.

Der Hauptteil des Berichts dient der Darstellung unserer empirischen Befunde in Kapitel 2. Dabei wird versucht, die Vielfalt der konkreten Verhältnisse vor Ort in den Einrichtungen und in den Auseinandersetzungen der beteiligten Gruppierungen möglichst umfassend wiederzugeben. Die verwendeten Zitate aus den transkribierten Interviews und Gruppendiskussionen sind vollständig anonymisiert. Es erschien uns aus methodischen wie theoretischen Überlegungen heraus nicht sinnvoll, eine zu abstrakte Ebene der Datenaggregation zu wählen. Allerdings besteht bei dieser nahe am Material verbleibenden Form der Präsentation die Gefahr, dass sich die Darstellung der Ergebnisse in mehr oder weniger unverbunden nebeneinander stehende Fallerzählungen auflöst. Wir haben dieses Problem der Balance zwischen lebensweltlicher Komplexität und theoretischer Synthese folgendermaßen gelöst: Zunächst geben wir unter Verwendung von Beispielen aus den Interviews und Gruppendiskussionen einen Überblick über die Vielfalt der in der Praxis vorfindbaren Konstellationen. Auf der Basis dieser Empirie versuchen wir sodann, den jeweiligen Themenbereich theoriegeleitet in seiner Gesamtheit darzustellen, so dass die Einzelfälle als Variationen eines allgemeinen Musters verständlich werden. Diese Art der strukturellen Beschreibung eines Feldes, unterfüttert mit exemplarischen Beispielen erscheint uns inhaltsreicher und informativer als eine bloße Konzentration auf Kennziffern, Durchschnittswerte oder Häufigkeitsverteilungen, die den Eindruck von Homogenität in einem Bereich erwecken, der sich durch hochgradige Heterogenität auszeichnet.

Abschließend noch eine kurze Anmerkung zur verwendeten Terminologie bei Freiheitsbeschränkungen. In Anlehnung an die im HeimAufG vorgesehene Unterscheidung und die in der Praxis der Einrichtungen übliche Terminologie verwenden wir den Ausdruck *Freiheitsbeschränkung* in jenen Fällen, in denen eine entsprechende Maßnahme ohne die Zustimmung oder gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt wird. Von *Freiheitseinschränkungen* hingegen ist immer dann die Rede, wenn eine entsprechende Maßnahme der Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit mit Zustimmung des Betroffenen vorgenommen wird. Dieser Unterschied ist von zentraler Bedeutung und taucht im Folgenden immer wieder auf. Schließlich sei erwähnt, dass wir aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit zwar immer die männliche Form von Berufsbezeichnungen verwenden, dabei aber natürlich immer auch die weiblichen Form von Mitarbeiterinnen, Bewohnervertreterinnen, Gutachterinnen, Ärztinnen und Richterinnen mit einbeziehen.

1. Ziele des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG)

Das HeimAufG ist ein Bundesgesetz, das am 1.7. 2005 in Kraft getreten und zuletzt am 24.06. 2006 novelliert worden ist. Es regelt für alle Einrichtungen, die davon erfasst sind, im wesentlichen Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege, sowie Krankenanstalten, den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die mit der föderalen Struktur einhergehende Kompetenzverteilung im Bereich der Altenpolitik ist von verschiedenen Seiten kritisiert worden (s. z.B. Barta, Ganner 1998). Das HeimAufG stellt den Versuch dar, jenseits der einschlägigen Landeskompetenzen im Bereich der Alten- und Pflegepolitik verbindlich festzulegen, welche Maßnahmen als Freiheitsbeschränkung zu betrachten und wann sie gerechtfertigt sind.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht schließt das HeimAufG eine »Lücke«, da freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege bisher ohne klare gesetzliche Basis stattfanden. Aus der Sicht der Praxis agierte man in einer »Grauzone«, was nicht nur von den Pflegeverantwortlichen als problematisch empfunden wurde (Barth, Engel 2005:402f).

Da die persönliche Freiheit ein hohes und verfassungsrechtlich geschütztes Gut ist, und ihr Entzug an klare gesetzliche Voraussetzungen zu binden ist, war das HeimAufG als einfach gesetzliche Maßnahme, die den Entzug der Freiheit in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege regelt, überfällig.

Der Anstoß zur rechtlichen Regelung dieses Problemfeldes kam allerdings nicht nur aus der Rechtswissenschaft und Justizpolitik. Unter plakativen Überschriften wie »Gewalt in der Pflege« war das Thema ursprünglich für den Bereich der stationären psychiatrischen Einrichtungen in die (fach-)öffentliche Diskussion gekommen (Sauter, Richter 1998). Da die Verhältnisse im Bereich der Alten- und Pflegeheime sich aufgrund einer veränderten Zusammensetzung der dort lebenden Klientel denen einer psychiatrischen Einrichtung immer stärker annäherten, war es eine Frage der Zeit, bis auch dieses Feld unter diesem Blickwinkel thematisiert werden würde. (Vgl. für Österreich etwa Amann 2004; für Deutschland Borutta 2000; Klie, Lörcher 1994).

Auch der zusehends wichtiger werdende – und vom HeimAufG nicht erfasste – Bereich der mobilen Pflege wird insbesondere durch die mediale Berichterstattung unter dem Blickwinkel der Einhaltung von angemessenen Pflegestandards betrachtet (s. etwa Der Standard vom 9. und 25. August 2006 und vom 14. September S.35, sowie 23. Januar 2007, S.27). Mit dem nicht mehr zu leugnenden demographischen Wandel wird die Frage nach der rechtlichen Regelung entsprechender Lebensverhältnisse immer dringender. Darauf wird auch in den periodisch erscheinenden Seniorenberichten der Bundesregierung hingewiesen, die entsprechende Hochrechnungen der zu erwartenden quantitativen wie qualitativen Entwicklung im Bereich der Altenpflege vorlegen.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass sowohl die rechtliche als auch die praktische Regelung von Pflegeverhältnissen ein weites Spektrum aufweist (vgl. Barta, Ganner 1998; Molassiotis, Newell 1996; Hughes et al. 1999; Dept. of Health and Human Services 2001). Diese und andere Studien kommen aber auch in der überwiegenden Mehrzahl zu dem Ergebnis, dass die empirischen Befunde im Hinblick auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege sehr unbefriedigend sind. So schreiben Molassiotis und Newell (1996:201): »The use of restraint in hospitalised elderly people is a contentious but poorly-documented issue and many gaps remain in the literature.« Diese Situation hat sich in den zehn Jahren seit der Veröffentlichung dieser Diagnose nicht prinzipiell geändert. Das liegt zum einen daran, dass die Frage, was als Freiheitsbeschränkung zu gelten hat, nur schwer in einer für die empirische Forschung befriedigenden Präzision zu erfassen ist. Zum anderen sind derartige Praktiken immer auch am Rande dessen, was im Rahmen einer guten Pflegepraxis noch tolerierbar ist. Das hat zur Folge, dass entsprechende Erhebungen unter dem Vorbehalt stehen, nur einen Teil der Vorkommnisse zu erfassen.

Das HeimAufG stellt den ambitionierten Versuch dar, diese Probleme in einer verfassungsrechtlichen klaren und gleichzeitig für die Praxis handhabbaren Form zu bearbeiten.² Es legt den sachlichen Geltungsbereich fest, in dem freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf der Grundlage der Vorschriften des HeimAufG geregelt werden. Als freiheitsbeschränkende Maßnahmen gelten dabei alle Einschränkungen der willkürlichen körperlichen Bewegungsfreiheit. Ausgeschlossen waren damit zunächst jene Fälle, in denen eine Person aus eigener Kraft sich nicht mehr bewegen kann. Diese Bestimmung wurde vom OGH dahingehend modifiziert, dass auch bei immobilen Bewohnern eine Freiheitsbeschränkung angenommen werden kann (OGH 30.8.2006, 7 Ob 144/06m). Als Einschränkungen gelten alle physischen (baulichen, mechanischen und elektronischen) Mittel, ferner medikamentöse Behandlungen, die ausschließlich auf eine Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit zielen, sowie die Androhung, dass entsprechende Mittel zum Einsatz kommen könnten.

Der unmittelbare praktische wie rechtliche Gewinn, den das HeimAufG für den Bereich der Regelung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen darstellt, ergibt sich aus der Unterscheidung zwischen rechtmäßigen und unrechtmäßigen Formen der Freiheitsbeschränkung. Es wäre zwar wünschenswert, freiheitsbeschränkende Maßnahmen in toto zu untersagen, doch derartige Forderungen sind im Angesicht der realen Verhältnisse utopisch. Das HeimAufG führt zunächst die Unterscheidung ein zwischen Maßnahmen, denen der Bewohner konkret zugestimmt hat (*freiheits^einschränkende* Maßnahmen) und solchen, denen er nicht zugestimmt hat (*freiheits^beschränkende* Maßnahmen). Die Zustimmung wiederum ist gebunden an die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen. Liegen diese Fähigkeiten aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung nicht vor, so sind entsprechende Maßnahmen der Beschränkung der körperlichen

² In der folgenden summarischen Darstellung wird nicht auf die Regelungen im Einzelnen eingegangen, sondern nur die allgemeine Struktur des Gesetzes skizziert. Eine genauere Ausführung zu einzelnen Regelungen des Gesetzes erfolgt dann an den entsprechenden Stellen des Berichts. Zu näheren Ausführungen siehe Barth, Engel 2005.

Freiheit nur dann rechtlich zulässig, wenn von der drohenden Gefahr einer *erheblichen* Selbst- oder Fremdgefährdung auszugehen ist und keine Alternativen zur Verfügung stehen, die eine Freiheitsbeschränkung überflüssig machen würden. Stehen gelindere Maßnahmen zur Verfügung, so sind diese anzuwenden. Darüber hinaus muss die angeordnete Maßnahme verhältnismäßig und in ihrer Dauer bestimmt sein. Sie muss unmittelbar aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen, die zu ihrer Anordnung geführt haben, nicht mehr gegeben sind.

Diese relativ abstrakten Bestimmungen ergänzt das HeimAufG mit einer Reihe prozeduraler Bestimmungen, die festlegen, wie bei der Entscheidung über die Rechtmäßigkeit, Anordnung und Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen vorzugehen ist. Anordnungsbefugt ist bei kurzfristigen einmaligen Maßnahmen (nicht länger als 24 Stunden) die Pflegedienstleitung oder eine Person, die eine entsprechende Funktion in der Einrichtung wahrnimmt. Bei längeren oder absehbar wiederholten Maßnahmen liegt die Anordnungsbefugnis ausschließlich bei einem Arzt. Der Vorgang ist nachvollziehbar zu dokumentieren, d.h. sowohl das Pflegepersonal der Einrichtung, als auch die anordnungsbefugte Person müssen in der Pflegedokumentation alle relevanten Informationen für eine allfällige Überprüfung des gesamten Prozesses dokumentieren.

Darüber hinaus führt das HeimAufG mit der Person des gesetzlichen Bewohnervertreters eine in allen Fällen zu benachrichtigende Instanz ein, die dem Bewohner als gesetzlicher Vertreter zur Seite steht. Das HeimAufG schreibt dem Bewohnervertreter eine doppelte Funktion zu. Einerseits tritt er als der gesetzliche Vertreter derjenigen Bewohner auf, die von einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme betroffen sind. Er spricht mit dem Bewohner und macht sich ein eigenes Bild über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. Andererseits ist er von seinen Befugnissen her so ausgestattet, dass er gegenüber den Einrichtungen auch als eine Art Berater in Sachen Freiheitsbeschränkung fungieren kann. Zwar ist diese Rolle im HeimAufG nicht explizit so formuliert. Sie kann aber im Rahmen der Ausübung der gesetzlich vorgesehenen Tätigkeit so wahrgenommen werden. Voraussetzung dafür ist natürlich eine entsprechende Ausbildung bzw. berufliche Kompetenz des Bewohnervertreters.

Angeordnete Freiheitsbeschränkungen können – dies ist der dritte Schwerpunkt des HeimAufG – einer gerichtlichen Überprüfung zugeführt werden. Das Gericht wird allerdings nicht von Amts wegen, sondern nur auf Antrag tätig. Anhängig werden diese Verfahren bei den Außerstreitgerichten. Als antragsberechtigt sieht das Gesetz den Bewohner, bzw. dessen Vertreter oder Vertrauensperson sowie die Leitung der Einrichtung vor. Für die Überprüfung werden relativ kurze Fristen gesetzt. Binnen sieben Tagen hat das Gericht einen Termin anzuberaumen, bei dem es sich einen persönlichen Eindruck vom Bewohner macht, die Unterlagen einsieht und andere Personen heranzieht. Auch die Möglichkeit der Herbeiziehung einschlägiger Gutachter sieht das Gesetz vor. Bei diesem ersten

Termin kann das Gericht entweder die Freiheitsbeschränkung als vorläufig zulässig erklären. In diesem Fall muss binnen zwei Wochen eine mündliche Verhandlung anberaumt werden, in der über die endgültige Zulässigkeit entschieden wird. Erklärt das Gericht hingegen bei der Erstanthörung die Freiheitsbeschränkung für unzulässig, so ist die Maßnahme sofort aufzuheben. Gegen diese Entscheidung kann der Leiter der Einrichtung Rekurs anmelden und damit aufschiebende Wirkung erzielen – die Maßnahme bleibt in Kraft bis zur endgültigen Anhörung binnen 14 Tagen. Hier ist also eine symmetrische Konstruktion vorgesehen, die sowohl der rechtlichen Position des Bewohnervertreeters als auch der des Leiters der Einrichtung gerecht wird. Schließlich kann das Gericht zu der Einsicht gelangen, dass im vorliegenden Fall eine freiheitsbeschränkende Maßnahme gar nicht vorliegt und hat dann den Antrag auf rechtliche Überprüfung abzulehnen. Wenn das Gericht eine Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt, so hat es die Zulässigkeit auf eine Frist von maximal sechs Monaten zu beschränken. Nach dieser Frist ist ein weiteres Verfahren einzuleiten.

Gegen die erstinstanzlichen Entscheidungen des Gerichts können die Beteiligten Rekurs einlegen. Eine strafbewehrte Sanktion für das Nichtbefolgen eines Gerichtsbeschlusses ist im HeimAufG nicht vorgesehen. Weigert sich also beispielsweise die Einrichtungsleitung, eine gerichtlich für unzulässig erklärte Freiheitsbeschränkung aufzuheben, so besteht keine unmittelbare Möglichkeit, diese Aufhebung mit Sanktionen zu erzwingen. (Derartige Fälle sind selten, werden aber in der Praxis berichtet.)

Das am 1. Juli 2005 in Kraft getretene HeimAufG lässt die Ziele und Absichten des Gesetzgebers deutlich erkennen. Das unmittelbare Ziel ist die Beseitigung der sogenannte »Grauzone« von rechtlich undefinierten Eingriffen in die Freiheitssphäre der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus sollen durch die genaue Bestimmung und eine hohe Schwelle an notwendigen Voraussetzungen die Freiheitsbeschränkungen im Alten- und Pflegeheimen auf ein unverzichtbares Mindestmaß reduziert werden. Ferner können derartige Gesetzesvorhaben immer auch eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Bewohner in den davon betroffenen Einrichtungen bewirken. Geht man davon aus, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen immer auch eine – hoch problematische – Art von Problemlösung sind, die zum Einsatz kommt, weil andere Mittel und Wege des Umgangs mit schwierigen Bewohnern nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, so ist der Umkehrschluß zulässig, dass ein Abbau von Freiheitsbeschränkungen auch eine Verbesserung der Ausstattung in den Einrichtungen nahelegt. Wenn das HeimAufG hier eine gewisse Sperrwirkung entfalten kann, weil es beispielsweise den Hinweis auf mangelndes Personal als Begründung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht zulässt (LG Wels 21 R 26/05b; LG Salzburg 21 R 539/05v), dann erfüllt es über den engeren Regelungszweck hinaus auch eine sozialpolitisch segensreiche Wirkung.

2. Implementation des HeimAufG

Gesetze wirken auf vielfältige Weise. Die Rede vom »Gesetzesbefehl«, der vom »Gesetzgeber« an die Normadressaten ergeht, deren Handlungen durch einen Normbefehl im Sinne eines zu Tun oder zu Unterlassen geprägt werden soll, ist in diesem Zusammenhang irreführend. Gesetze treffen nicht auf individuelle Einzelne, die auf rechtliche Vorgaben warten, um ihr Handeln zu ändern.

Realistischerweise sollte man davon ausgehen, dass neue gesetzliche Regelungen nicht linear und automatisch zu jenen Veränderungen führen, die man gemeinhin meint, den Buchstaben des Gesetzes entnehmen zu können. Zum einen ist modernes Recht in seiner semantischen Struktur offen, d.h. es enthält unbestimmte Rechtsbegriffe, zum anderen verschiebt es Entscheidungen in andere Bereiche außerhalb des Rechts und das hat drittens zur Folge, dass man genau analysieren muss, auf welche Art von Rezeptionsfähigkeit das Recht in einem bestimmten Bereich trifft.

Das zeigt sich auch am Beispiel des HeimAufG. So liefert etwa die Bestimmung in § 3 Abs. 2 HeimAufG, wo Einsichts- und Urteilsfähigkeit als Voraussetzung der Zustimmung zu einer Freiheitsbeschränkung genannt wird, einen Beleg für einen unbestimmten Rechtsbegriff und die Verlagerung des Problems in einen anderen Bereich. Einsichts- und Urteilsfähigkeit sind sozusagen vorrechtliche psychisch-zivilisatorische Qualifikationen, die sich einer klaren rechtlichen Erfassung entziehen. Über ihr Vorliegen entscheidet im Zweifelsfall dementsprechend auch nicht ein Richter, sondern ein medizinisch-psychiatrischer Gutachter. Ob eine freiheitsentziehende Maßnahme rechtmäßig ist, entzieht sich hier also ein Stück weit dem kognitiv-professionellen Kompetenzbereich juristischen Denkens. Ähnliches ließe sich für die Regelung in § 4, Z 2 und 3 HeimAufG zeigen, wo es um die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung geht. Dort heißt es, dass eine Freiheitsbeschränkung zur Gefahrenabwehr (Selbst- und Fremdgefährdung) unerlässlich und geeignet sein muss, sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen. Entscheidungen über Angemessenheit setzen ein Erfahrungswissen über die Praxis und das Leben in Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege im allgemeinen, eine Kenntnis der Situation in der speziellen Einrichtung im besonderen und eine gewisse Vertrautheit mit der von dieser Maßnahme möglicherweise betroffenen Person voraus. Erst auf dieser Basis lassen sich die Anforderungen des § 4 HeimAufG angemessen erfüllen. Das wiederum bedeutet, dass ohne Rückgriff auf das entsprechende Fachwissen eines pflegewissenschaftlichen und/oder behindertenpädagogischen Gutachters kaum über die »Angemessenheit« einer Maßnahme entschieden werden kann.

Diese Hinweise sind nicht als Kritik an handwerklich unsauberer legislativer Arbeit intendiert. Regulatives Recht im modernen Sozial- und Wohlfahrtsstaat steht immer vor dem Problem, auf die Vielfältigkeit der Situationen, auf die es im

Regelungsbereich trifft, eingehen zu müssen. Es ist mit einem regulativen Trilemma konfrontiert (Teubner 1985). Es steht vor dem Problem, seine eigenen juristischen Rationalitätskriterien mit denen der Politik, die sich des Rechts bedient, und mit der Eigensinnigkeit des Regelungsbereichs, der rechtlich gesteuert werden soll, in Einklang zu bringen. Eine zu strikte rechtliche Vorgabe würde die eingespielten Routinen des Pflegebetriebs in den betreffenden Einrichtungen möglicherweise nachhaltig stören. Eine zu weit gefaßte Bestimmung andererseits eröffnete einen mit den Mitteln juristischer Argumentation nicht mehr eingrenzbaeren Interpretationsspielraum. Das wiederum hätte zur Folge, dass die angestrebte Überprüfung freiheitsbeschränkender Maßnahmen nicht mehr sinnvoll möglich wäre. In diesem Sinne ist das HeimAufG eine gelungene Kombination aus Flexibilität und Spezifität. Es legt allgemeine Bestimmungen fest, die im konkreten Einzelfall unter Herbeiziehung von entsprechendem Fachwissen spezifiziert werden müssen.

Ferner ist es wichtig, die konkreten Bedingungen, unter denen ein solches Gesetz angewendet wird, in Rechnung zu stellen. Will man die Wirkungen eines solchen juristischen Regelwerks verstehen, das in nicht unerheblichem Maße in den Kernbereich des pflegerischen Alltagsgeschehens in Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege eingreift, so muss man auch berücksichtigen, wie dieser Bereich sozial, kulturell, politisch und organisatorisch strukturiert ist, welche *Eigenrationalitäten* sich dort entwickeln und wie groß die *Rezeptionsfähigkeit* ist, die sich für die Anregungen des HeimAufG dort entfalten kann.

Der Steuerungsmodus des HeimAufG lässt sich aus rechtssoziologischer Sicht als eine Form der Kontextsteuerung begreifen. Damit ist gemeint, dass die Regelungen dieses Gesetzes zwar festlegen, was als Freiheitsbeschränkung zählt, wann entsprechende Maßnahmen gerechtfertigt sind, wer sie anordnen darf, wie dabei vorzugehen ist und welche Möglichkeiten der rechtlichen Überprüfung es gibt. Gleichzeitig verändern sich damit aber auch die Opportunitäten der beteiligten Akteure – und mit der Bewohnervertretung treten neue Spieler auf das Feld. Die alltäglichen Arbeitsbedingungen von Leitungs- und Pflegepersonal in den Einrichtungen werden durch das Gesetz ebenso verändert wie die Arbeitsbedingungen und Aufgaben von Ärzten. Es ändern sich Anforderungen an die tägliche Arbeit, es entstehen neue Zurechnungsverhältnisse und Aufgabenverteilungen. Dies alles gilt es zu berücksichtigen, wenn man die Wirkung des HeimAufG analysieren will.

Dementsprechend wird im Folgenden das Augenmerk nicht nur auf die Regelungen des HeimAufG gerichtet, sondern auch auf jene Bereiche, die wir als Implementationskontexte bezeichnen und in denen dieses Gesetz seine Wirkung entfaltet. Wie verändert sich hier das Mobile der Beziehungen zwischen den individuellen und kollektiven Akteuren? Welche Wirkungen entstehen im weiteren Handlungsfeld Pflege durch die Einführung einer neuen rechtlichen Regelung, die einen wesentlichen Aspekt dieses Handlungsfelds tangiert? Betrachten wir zu-

nächst kurz einige der wichtigsten Rahmenbedingungen, mit denen das HeimAufG beim Zusammentreffen mit der Praxis rechnen muss.

2.1 Das Problem von Freiheitsbeschränkungen in den Einrichtungen, die unter das HeimAufG fallen

Pflege in Institutionen ist von widersprüchlichen Orientierungen gekennzeichnet. Einerseits ist Pflege lebensweltlich helfendes Handeln, basierend auf Empathie und Zuneigung. Andererseits findet pflegerisches Handeln in Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen in einem klar definierten beruflichen und bürokratisch strukturierten Kontext statt. Daraus ergeben sich eine Reihe von Problemen (zum Überblick siehe die Beiträge in Heft 2/2004 der Österreichischen Zeitschrift für Soziologie). Institutionell vermittelte Pflege und Hilfe als professionelles Handeln ist geprägt von einer Reihe externer Faktoren, angefangen von der Art der Einrichtung, in der sie stattfindet, bis hin zu den fiskalischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen, die den Einsatz von Ressourcen begrenzen. Personalknappheit, schlechte bauliche Bedingungen, mangelnde Versorgung mit technischen Hilfsmitteln, arbeitszeitrechtliche Regelungen oder fehlende Unterstützung durch entsprechende Fachdienste können die Art der Pflegekultur ebenso beeinflussen, wie eine Veränderung in der Zusammensetzung der Bewohnerschaft.

Alle diese Faktoren haben wir in unserer Untersuchung einzelner Einrichtungen versucht zu berücksichtigen. Daraus entsteht ein vielfältiges Bild, das sich nicht auf einige wenige Zahlen reduzieren lässt, ohne damit erhebliche Informationsverluste in Kauf zu nehmen.

Was sich jedoch in dieser Vielfalt abzeichnet, sind eine Reihe von typischen Mustern oder Strategien des Umgangs mit den alltäglich auftauchenden Problemen. Wir hatten in unserer ersten Untersuchung zum HeimAufG (Berlach-Pobitzer u.a. 2005) eine Typologie von Heimen und Organisations- bzw. Pflegekulturen entwickelt, mit deren Hilfe sich die verschiedenen Formen des Umgangs mit dem Problem Freiheitsbeschränkungen plausibel erklären lassen.

Die Idee dahinter basiert auf der Annahme, dass der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen *immer* auch eine Form der *Problemlösung* darstellt. Diese allgemeine Bestimmung erscheint uns insofern wichtig, als Freiheitsbeschränkungen nicht aus persönlichen Bedingungen erklärt werden sollten: das heißt weder spiegelt sich in ihnen eine individuell zurechenbare Inkompetenz des Pflegepersonals, noch lassen sie sich aus den gegebenen Notwendigkeiten der zu pflegenden und von Freiheitsbeschränkung betroffenen Person erklären. Zwar findet sich dieser Zurechnungsmodus sehr häufig in der Praxis – das Pflegepersonal begreift Kritik an Freiheitsbeschränkungen oft als persönlichen Angriff und begründet die Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen aus den Besonderheiten der davon betroffenen Bewohner. Bei genauerer Betrachtung aber zeigt sich, dass es eher die Strukturen sind, in denen Pflegearbeit geleistet wird, die zu jenen

Problemen im Alltag der Pflege führen, die den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen als angemessene Lösung erscheinen lassen.

Es sind, so die hier zugrundegelegte untersuchungsleitende Annahme, die jeweiligen Kontextbedingungen, also *die Verhältnisse und nicht das Verhalten*, die dazu führen, dass die körperliche Bewegungsfreiheit von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen eingeschränkt wird. Die bisherigen Erfahrungen des HeimAufG sind der beste Beleg dafür, dass durch oft nur geringe Veränderungen dieser Rahmenbedingungen – durch die Einführung neuer Formen der Lagerung, durch kleine Veränderungen der organisatorischen Routinen oder andere kontextbezogene Maßnahmen, Freiheitsbeschränkungen vermieden oder auf ein absolutes Mindestmaß reduziert werden können.

Die größte Bedeutung hat das HeimAufG quantitativ für die Einrichtungen der Altenpflege. Dies hat mehrere Gründe. Erstens wächst die als problematisch empfundene Population in diesen Einrichtungen kontinuierlich an. Dies verändert den Charakter der Einrichtungen, die immer weniger *Altenwohn-* und immer mehr zu *Altenpflegeheimen* werden. Insbesondere die zunehmende Anzahl der Demenzkranken stellt die Pflegekultur und Organisation der Altenheime vor erhebliche Probleme, derer man sich oft nicht mehr anders als durch den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu erwehren weiß. Zweitens scheint die Pflegekultur in den Altenheimen traditionell stärker an einem Defizitmodell orientiert zu sein. Das heißt, es wird davon ausgegangen, dass die zu pflegenden Personen nicht in der Lage sind, im Rahmen ihrer Möglichkeiten für sich selbst zu sorgen, sondern besonders schutzbedürftig sind. Daher liegt der Rückgriff auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen, begründet mit der notwendigen Sicherung vor Verletzungen und Gefährdungen als Lösung auch von der traditionellen professionellen Orientierung des Pflegepersonals hier nahe. Dies wird insbesondere deutlich, wenn man die Situation im Pflegebereich von Altenheimen mit der in den Einrichtungen der Behindertenpflege vergleicht.

Die moderne Behindertenpädagogik ist stärker als die Krankenpflege auf Selbstständigkeit ihrer Klientel und weniger auf Schutz vor Gefährdungen ausgerichtet. Dementsprechend herrscht dort auch ein entwickelteres Problembewusstsein im Hinblick auf den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. In Krankenanstalten hingegen scheint nach unseren Erkenntnissen das HeimAufG in den meisten Regionen nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Eine Ausnahme bildet hier nur das Bundesland Vorarlberg, wo auch in den Krankenanstalten freiheitsbeschränkende Maßnahmen von den Bewohnervertretern in nennenswertem Ausmaß einer gerichtlichen Überprüfung zugeführt wurden.

Die ansonsten relativ geringe Bedeutung der Krankenanstalten mag zum einen damit zu tun haben, dass die Population der potentiell unter die Regelungen dieses Gesetzes fallenden Patienten dort im Vergleich etwa zu den Einrichtungen der Altenpflege gering ist. Deshalb setzte die Bewohnervertretung unter Bedin-

gungen knapper Personalressourcen hier auch keinen Schwerpunkt. Zum anderen ist die Organisation dieser Einrichtungen stärker von Ärzten dominiert, die aufgrund ihres relativ hohen Status oft weniger bereit sind, sich von anderen Professionen, etwa von Bewohnervertretern, in ihren Entscheidungen beeinflussen zu lassen.

Die Kooperation mit Ärzten, die auch in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege für die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zuständig sind, scheint eines der Konfliktfelder bei der Umsetzung des HeimAufG zu sein.

Wenden wir uns jedoch zunächst der Implementationsphase des HeimAufG zu.

2.1.1 Zentrale Dimensionen der Implementationsphase

Das HeimAufG gehört zu den gut vorbereiteten Gesetzen, sowohl was die parlamentarisch-politische Genese, als auch die frühzeitige und umfassende Information der Praxis betrifft. Im Rahmen der vorbereitenden Untersuchung über die Implementation des HeimAufG haben wir diese dokumentiert und z.T. auch aktiv begleitet.

Bei der Implementation lassen sich drei Phasen, die sich zum Teil überlappen, bzw. Problem- und Aufgabenstellungen unterscheiden, Information, Organisation und Anwendung.

Informationsphase: In der Praxis herrschten während der Vorbereitung und des Gesetzgebungsprozesses eine Reihe von – teilweise nur wenig begründeten – Vorstellungen über die zu erwartenden Veränderungen, die mit dem Inkrafttreten des HeimAufG auf die Einrichtungen zukommen würden. Wie sich im Rahmen unserer ersten Untersuchung zeigte, war die Bedeutung zentraler Rechtsbegriffe und -institute, vor allem der des »Bewohnervertreter« weitgehend unbekannt. Dies ist insofern verständlich, als der Bewohnervertreter, wie ihn das HeimAufG definiert, in der Tat ein institutionelles Novum im rechtlichen Rahmen der Pflege darstellt. Hinzu kam, dass aufgrund eines relativ dichten, teils formellen, teils informellen Netzes, in dem sich die verschiedenen Einrichtungen auf regionaler und Landesebene untereinander austauschten, bereits vorab Besorgnisse und Befürchtungen entstanden, die ihre Stabilität offensichtlich ausschließlich der Tatsache verdankten, dass der eine sie dem anderen weiter erzählte. Ein zentrales Anliegen der Informationsphase war es dementsprechend, diesen Prozessen der Mythenbildung entgegenzuwirken.

Das Bundesministerium der Justiz organisierte im Vorfeld des Inkrafttretens des HeimAufG in Zusammenarbeit mit den Vereinen, die für die Organisation der Bewohnervertretung zuständig wurden, und dem Dachverband der österreichischen HeimleiterInnen im Bereich der Altenpflege sowie anderen Organisationen (ÖKSA, Richterfachgruppen) eine Reihe umfassender Informationsveranstaltungen. Im Rahmen dieser Veranstaltungen informierten Experten des Ministeriums,

der Vereine und Einrichtungen sowie Mitarbeiter aus unserem Forschungsprojekt über die zu erwartenden Veränderungen. Auch die Vereine, die mit der Organisation der Bewohnervertretung betraut waren, veranstalteten zahlreiche Informationstreffen auf regionaler Ebene und in einzelnen Einrichtungen, verteilten Broschüren, in denen die mit dem Inkrafttreten des HeimAufG zu erwartenden Veränderungen beschrieben und ihre Bedeutung erklärt wurden. Diese Aktivitäten wurden im Allgemeinen erst nach Inkrafttreten des HeimAufG gesetzt. Es ist davon auszugehen, dass in allen Bundesländern ein Großteil, zumindest der von der öffentlichen Hand betriebenen Einrichtungen auf der Ebene des Leitungspersonals über das HeimAufG ausreichend und frühzeitig informiert war. Ob und inwieweit sich in kleineren, privat betriebenen Einrichtungen ebenfalls dieser Wissensstand entwickelte, ist fraglich.

Organisationsphase: Ein wesentlicher Aspekt der Vorbereitung und Implementation betraf die organisatorischen Anpassungen, die für eine ordnungsgemäße Umsetzung der Regelungen des HeimAufG erforderlich waren. Hier sind zu nennen zum einen die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienstleitungen, Ärzten und Pflegepersonal. Da freiheitsbeschränkende Maßnahmen mit Inkrafttreten des HeimAufG meldepflichtig wurden, galt es, die Kommunikationswege zwischen diesen Gruppen entsprechend zu organisieren. Als besonders wichtig erwiesen sich dabei zwei Probleme: erstens ist in vielen Einrichtungen der Altenpflege, gerade in kleineren bis mittleren und insbesondere in ländlichen Regionen nicht immer ein Arzt verfügbar, der nach den Regelungen des HeimAufG die für die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen die formelle Verantwortung zu übernehmen hat.

Zweitens erfordert das Gesetz eine ausführliche und nachvollziehbare Pflegedokumentation, aus der hervorgehen muss, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im konkreten Fall begründet ist. Die operativen Standards für diese Dokumentation mussten in einigen Einrichtungen zunächst entwickelt werden und es gab in der ersten Phase der Anwendung des HeimAufG eine Reihe von Fällen, in denen Freiheitsbeschränkungen vor Gericht als unrechtmäßig erklärt wurden, da die dazu führenden Entscheidungen und Ereignisse aus der Pflegedokumentation für das Gericht nicht nachvollziehbar waren (z.B. LG Wels 21 R 2/06b; LG Leoben 3 R 9/06i). Während der Organisationsphase sahen sich auch die Vereine für die Bewohnervertretung erst einmal mit der Aufgabe konfrontiert, die Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege sowie der Krankenanstalten zu erfassen. Dies geschah mit Unterstützung von Wirtschaftsgeografen (Bauer, Franner, 2005) an der WU Wien. Ferner war innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums Personal für die neu geschaffenen 50 Stellen der Bewohnervertreter zu rekrutieren und auszubilden, sowie ein Dokumentations- und Informationssystem aufzubauen, das die Bearbeitung von Meldungen aus den Einrichtungen ermöglichte und die flächendeckende Dokumentation der eigenen Tätigkeit sicherstellte.

Anwendungsphase: Mit Inkrafttreten des HeimAufG zum 1. 7. 2005 begann für alle Beteiligten die Anwendung der neuen Regelungen. In der Praxis ging es nun darum, die abstrakt definierten und in den Vorbereitungsveranstaltungen anhand von Beispielen konkretisierten Begrifflichkeiten des Gesetzes umzusetzen. Je nach Strategie, die von den individuellen Einrichtungen verfolgt wurde, kamen zu Beginn entweder sehr viele oder kaum Meldungen an die Bewohnervertretung. Einige Einrichtungen orientierten sich an einer Maximalstrategie und meldeten eher drei Maßnahmen zu viel, als eine zu wenig. Andere wiederum wollten die Entscheidung, ob es sich bei einer Maßnahme um eine meldepflichtige Freiheitsbeschränkung handelt, in Absprache mit den Mitarbeitern der für ihre Einrichtung verantwortlichen Bewohnervertretung treffen. Die Phase, in der die erste Kontaktnahme zwischen Einrichtungen und Bewohnervertretung erfolgte und die Verständigung über Gesetz und Rechtspraxis aufgenommen wurde, dauerte – je nach Region – weit in das Jahr 2006. In der Anwendungsphase wurde das Gesetz auch dem ersten Praktikabilitätstest unter realistischen Bedingungen ausgesetzt.

Die hier vorgelegte Untersuchung konzentriert sich auf die erste Zeit der *Anwendung* des HeimAufG. Allerdings wirkten hier auch noch die ungelösten Probleme der *Informations-* und *Organisationsphase* nach, so dass der gesamte Implementationsprozess berücksichtigt wurde. Die stattgefundenen Veränderungen, die Erfolge, Widerstände und Schwierigkeiten, die sich in der ersten Zeit der Anwendung des HeimAufG ergaben, werden nur verständlich, wenn man die Probleme im Vorfeld in Rechnung stellt: von der »Mythenbildung« in den Einrichtungen bis hin zum Aufbau einer funktionierenden IT-Infrastruktur, von dem Auftauchen einer neuen Institution der Bewohnervertretung bis hin zur Auseinandersetzung mit den Ärzten, die für die förmliche Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zuständig sind.

2.1.2 Akteure und Institutionen, die für die Implementation eine Rolle spielen

Das HeimAufG richtet sich in erster Linie an das Pflegepersonal in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege. Allerdings betrifft es auch eine Reihe anderer Professionen und Akteure, deren Interessen und Informationsbedürfnisse ebenfalls in der vorgeschalteten Implementationsphase berücksichtigt wurden. Es handelt sich dabei in erster Linie um die neugeschaffene Institution der Bewohnervertretung und deren Mitarbeiter, um die Ärzte, sowohl als individuell Betroffene vor Ort wie auch als professionelle Standesvertretung, um die Gerichte, denen die Aufgabe obliegt, die Rechtmäßigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Zweifelsfall zu überprüfen, sowie um die verschiedenen Gutachter aus den Bereichen der Gerontologie, der Psychiatrie und Neurologie, sowie der Krankenpflege und Behindertenpädagogik. Alle diese Gruppen sind mehr oder weniger stark durch das neue HeimAufG betroffen und wurden in unter-

schiedlichem Ausmaß auch schon in der Vorbereitungsphase im Rahmen von Informations- und Diskussionsveranstaltungen mit in den Prozess der Implementation mit einbezogen.

Für die Bewohnervertretung wurden von den Vereinen auch Mitarbeiterinnen aus den eigenen Reihen rekrutiert, die bereits als Sachwalter oder Patientenanwälte gearbeitet hatten und dadurch mit der allgemeinen Thematik der Rechtsvertretung von geistig behinderten und psychisch kranken alten Menschen bereits vertraut waren. Die Besonderheiten des HeimAufG und die besonderen Qualifikationserfordernisse für ihre Aufgabe wurden den neuen Bewohnervertretern im Rahmen von Ausbildungsmaßnahmen vor dem Inkrafttreten des Gesetzes vermittelt, vor allem in einem gemeinsamen dreiwöchigen Kurs für die Mitarbeiter aller Vereine. Organisatorisch galt es hier die Aufgabe zu bewältigen, auf der Basis von fünfzig Vollzeitstellen nicht nur eine bundesweit flächendeckende Versorgung sicherzustellen, sondern auch die Logistik aufzubauen, angefangen von der Anmietung und Einrichtung von Büros für die Geschäftsstellen bis hin zur Etablierung eines IT-gestützten Informations- und Dokumentationssystems.

Auf Seiten der Gerichte bestand das Hauptproblem zunächst darin, dass man nicht vorhersehen konnte, mit welchem zusätzlichen Anfall an Verfahren zu rechnen sein würde. Aufgrund der im HeimAufG vorgesehenen prozeduralen Lösung konnten Gerichte sowohl von der Heimleitung als auch von den Bewohnern bzw. deren Vertretern angerufen werden. Ob und in welchem Ausmaß von dieser gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht werden würde, war schwer abzuschätzen. Hinzu kam die Sorge, dass der vorgesehene enge Zeitrahmen des Gesetzes (knappe Fristsetzungen für das Verfahren) die Gerichte vor erhebliche organisatorische Probleme stellen würde. Diese Fragen wurden in eigenen Informationsveranstaltungen mit Richtern in verschiedenen Bundesländern diskutiert. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wurde vereinzelt auch Kritik an den Regelungen des HeimAufG geäußert, die sich aber eher auf dogmatische Probleme der »Papierform« des Gesetzestextes bezogen.

Es gab Versuche, die Ärzteschaft im Vorfeld in die diversen Kampagnen mit einzubeziehen. Allerdings zeigte sich, dass relativ wenige Ärzte die Möglichkeit nutzten, sich vorab über die bevorstehende Regelung zu informieren, Fragen zu stellen und Anregungen vorzubringen. Über die Ursachen für dieses offensichtliche Desinteresse kann an dieser Stelle nur begründet spekuliert werden. Seitens der Standesvertretung der Ärzteschaft gab es im Vorfeld des Inkrafttretens des HeimAufG kritische Anmerkungen die Modalitäten der Abrechnung einer ärztlichen Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betreffend. Als welche Art von ärztlicher Leistung und in welcher Höhe eine entsprechende Anordnung in Rechnung zu stellen sei, war unklar. Darüber hinaus äußerten Ärzte vereinzelt die Meinung, dass die Voraussetzungen für eine freiheitsbeschränkende Maßnahme

eigentlich eher aus pflegerischer Sicht zu beurteilen seien und weniger in den fachlichen Kompetenzbereich des Arztes fielen. Eine klare Ausnahme bilden hier natürlich die medikamentösen Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung. Allerdings gab es auch hier kritische Stimmen, die anmerkten, dass ärztliche Maßnahmen wie die Anordnung einer bestimmten Medikation nie als Freiheitsbeschränkung verstanden werden dürften, sondern in jedem Fall therapeutisch indiziert seien. Diese feinen semantischen Unterschiede – Freiheitsbeschränkung und therapeutische Maßnahme – machen es in der Anwendung des HeimAufG besonders schwierig, solche Fälle zu behandeln.

Gutachter aus dem pflegerischen Bereich waren im Rahmen der Implementation als Berufsgruppe erst spät vertreten. Einige der beteiligten Pflegefachkräfte waren auch als Gutachter in anderen Zusammenhängen tätig gewesen. Das gleiche gilt für die ärztlichen Gutachter. Ein spezifisches Angebot für die Fortbildung von behindertenpädagogischen Fachkräften zu Gutachtern wurde erst nach Inkrafttreten des HeimAufG geschaffen. Die durch das Inkrafttreten des HeimAufG gestiegene Nachfrage nach Gutachtern aus dem Bereich der Kranken- und Altenpflege wird nach wie vor durch die bereits in diesem Bereich tätigen Fachkräfte abgedeckt. Seitens der Gerichte wurde aber gelegentlich bemängelt, dass der zeitnahe Zugang zu kompetenten Gutachtern ein »Flaschenhals« bei der Anwendung des HeimAufG sei.

Eine in dieser Aufzählung nicht erwähnte weitere wichtige Gruppe, die von den Regelungen des HeimAufG zentral betroffen ist, bilden die Angehörigen der Heimbewohner. Wie oben bereits erwähnt, haben wir im Rahmen unserer Untersuchung aus verschiedenen Gründen auf eine systematische gesonderte Untersuchung der Perspektiven, die sich dort zum HeimAufG entwickeln, verzichtet. Im Rahmen der Implementationsphase wurden Informationsabende mit Angehörigen auf lokaler Ebene von einzelnen Einrichtungen veranstaltet. Bei diesen Veranstaltungen traten Bewohnervertreter oder Mitarbeiter des Ministeriums als Experten auf und stellten sich den Fragen der Angehörigen. Insgesamt aber kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass es aus der Sicht der Angehörigen immer wieder als befremdlich wahrgenommen wurde, dass über die Frage, ob eine freiheitsbeschränkende Maßnahme angemessen sei oder nicht, von dritter Seite entschieden würde und sie selbst (sofern sie nicht als Sachwalter bestellt waren) an dieser Entscheidung nicht beteiligt waren. In aller Regel neigen Angehörige, so die durchgängige Einschätzung des Pflegepersonals, eher zu einer übersichernden Haltung, d.h. in Fällen, in denen von Seiten der Pflege ein gewisses Risiko als vertretbar erscheint, fordern die Angehörigen, die Freiheit der betroffenen Bewohner zu beschränken.

Exkurs: Universell anzuwendende Gesetze und regional unterschiedliche Verhältnisse

Als Bundesgesetz gilt das HeimAufG in allen Bundesländern gleichermaßen. Es soll dazu dienen, freiheitsbeschränkende Maßnahmen in allen Einrichtungen, auf die dieses Gesetz anwendbar ist, nach Möglichkeit zu verhindern, oder ihren Vollzug an ein rechtstaatlich unbedenkliches Verfahren zu binden. Jeder einzelne Fall soll vor dem Gesetz in seiner Besonderheit, aber nach allgemein gültigen und verbindlichen Kriterien und Verfahren behandelt werden.

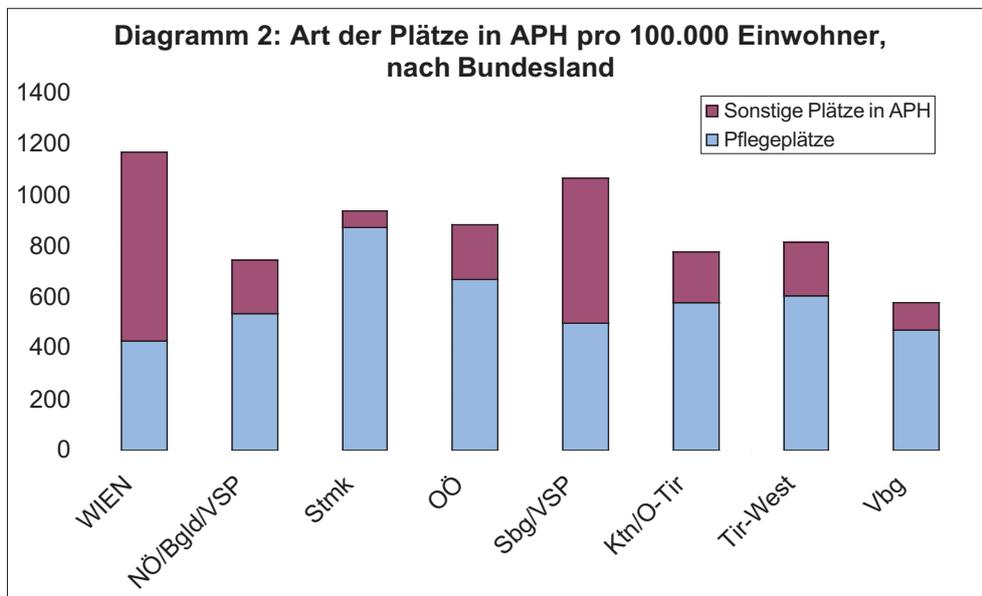
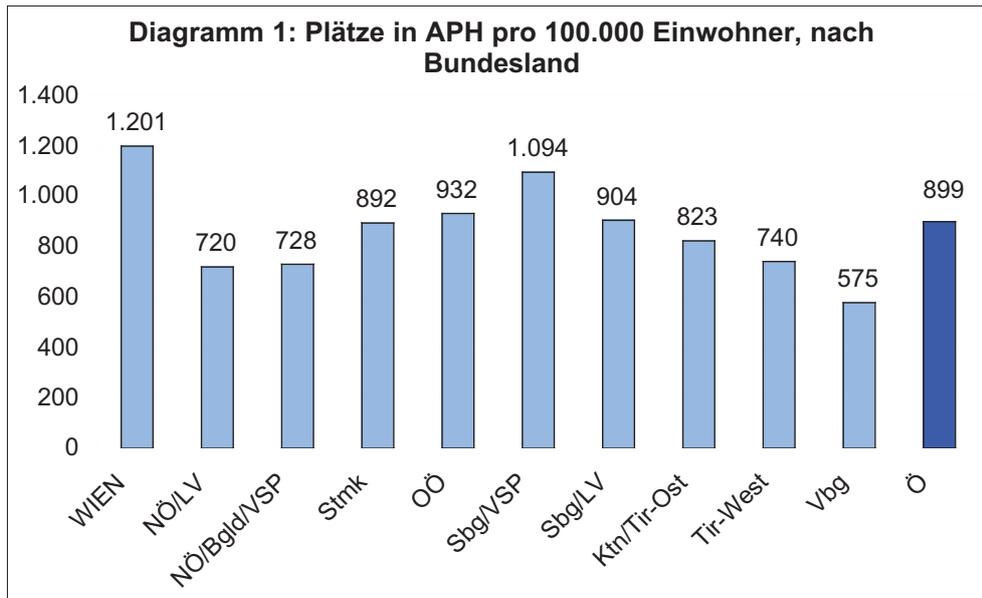
Diese plakative rechtsnormative Vorstellung erhält eine gewisse Tiefenschärfe, wenn man die Tatsache berücksichtigt, dass sich die Verhältnisse – und zwar in sehr vielen unterschiedlichen Dimensionen – regional, von Bundesland zu Bundesland, ebenso wie zwischen städtischen und ländlichen Regionen stark unterscheiden. Je nachdem stellt sich die Frage nach der Relevanz und Dringlichkeit einer entsprechenden Regelung anders dar, unabhängig wie sinnvoll und notwendig sie in jedem Einzelfall, wenn man ihn isoliert betrachtet, ist. Eine deutliche Differenz zeigt sich etwa in der Anzahl der Einrichtungsplätze, in der Größe der Einrichtungen sowie hinsichtlich der dominierenden Art von Plätzen in den unterschiedlichen Regionen. Dies sind nur sehr grobe regionale Differenzmerkmale. Feinere und pflegekulturrelevante Merkmale wären etwa Ausstattungsmerkmale der Einrichtungen in baulicher, personeller, budgetärer Hinsicht. Für eine differenzierte Charakterisierung der »Heimlandschaft«, auf die das HeimAufG trifft, standen im Rahmen dieser Studie jedoch keine Daten zur Verfügung.³

Aber auch bereits der Blick auf grobe regionale Differenzen ist aufschlussreich. Die Zahl der Einrichtungsplätze pro 100.000 der Bevölkerung vermittelt ein Bild vom »Institutionalisierungsgrad« bei alten und behinderten Menschen. Die Durchschnittszahl der Plätze pro Einrichtung der Altenpflege bzw. Behindertenbetreuung⁴ sagt etwas aus über die Größenstruktur der Einrichtungen und implizit über Verwaltungsstrukturen und Sozialbeziehungen innerhalb der Heime. Schließlich vermittelt die Verteilung von verschiedenen Platzarten innerhalb von Einrichtungen für Alte und Pflegebedürftige etwas über den Grad der Autonomie bzw. Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit der Bewohnerschaft.

Diagramm 1 zeigt, dass in Wien, aber auch in der Stadt Salzburg und deren Umland ein höherer Anteil der Altenbevölkerung »institutionalisiert« bzw. außerhäuslich lebt. Der Anteil ist hier doppelt so hoch wie in Vorarlberg, aber etwa auch wie in Niederösterreich und im Burgenland. Dies mag mit Familienstrukturen, Wohnformen, aber auch mit Unterstützungsstrukturen für die private Pflege, od mit Kostenfaktoren der Heimunterbringung zu tun haben.

³ Im Prinzip haben die Sachwaltervereine im Rahmen ihrer Einrichtungsdokumentationen mehr qualitative Daten zu den Einrichtungen verfügbar, diese sind jedoch noch nicht mit den BIDS-Daten verknüpft und statistisch derzeit noch nicht auswertbar.

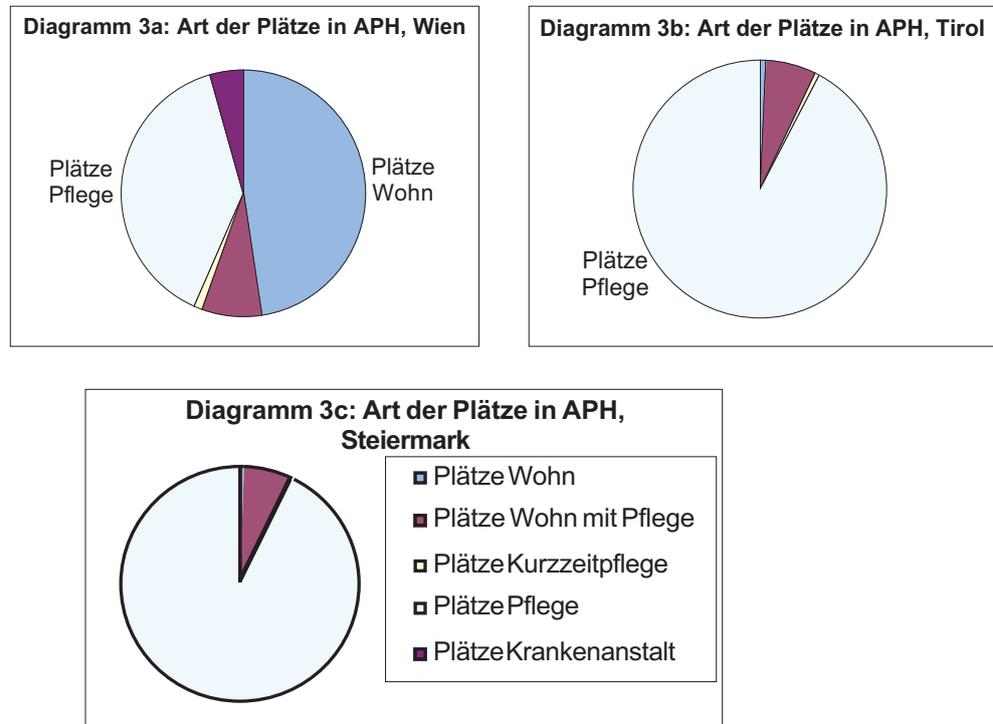
⁴ Bei den Krankenanstalten wurde auf entsprechende Berechnungen verzichtet, da hier die (unbestimmte) Mehrzahl der Plätze/Betten nicht unter das Regime des HeimAufG fällt.



Quelle Diagramme 1 + 2:
 Basistabelle 1 im Anhang
 (Platzzahlen zu Stichtagen/Juli
 2005 und Dezember 2006; Bevöl-
 kerung: Jahresdurchschnitt 2006)

Das Bild relativiert sich, wenn man die als Pflegeplätze geführten Plätze auf die Bevölkerung bezieht. In Wien und Salzburg sind Alteneinrichtungen stärker als Wohneinrichtungen ausgelegt, in den Ländern mit insgesamt weniger Plätzen stärker als Pflegeeinrichtungen, wobei hier die Steiermark in bezug auf Pflegeplätze pro Bevölkerungseinheit deutlich vor allen anderen Bundesländern liegt.

Die Verteilung auf verschiedene Arten von Wohn- und Pflegeplätzen in Alten- und Pflegeheimen (inklusive Tageszentren) ergibt für ausgewählte Bundesländer (Wien, Tirol und Steiermark) nachfolgende Tortendiagramme:

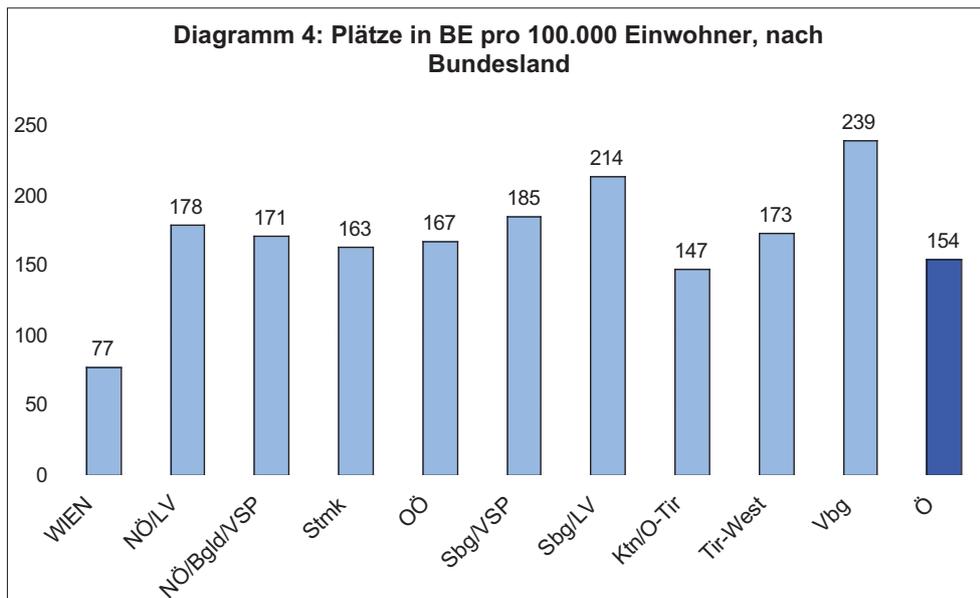


Während in Wien der Anteil der reinen Wohnplätze nahezu die Hälfte der Gesamtheit aller Plätze ausmacht, finden sich in Tirol oder in der Steiermark praktisch kaum reine Wohnplätze.

Bereits auf dieser noch sehr wenig differenzierten Ebene zeigt sich, dass die allgemeinen soziodemographischen Verhältnisse, d.h. das kontinuierliche Anwachsen des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung und die wachsende Bedeutung von Heimunterbringung, sich auf der Ebene der Einrichtungen, die für diese Personengruppe zur Verfügung stehen, sehr unterschiedlich darstellen kann. Es steht zu vermuten, dass aufgrund der anders gelagerten sozialen und kulturellen Verhältnisse in weitgehend ländlich strukturierten Bundesländern alte Menschen länger im familiären Rahmen leben und erst dann in eine gesonderte Einrichtung überwechseln, wenn die Ressourcen familiärer Fürsorge nicht mehr hinreichen. Ein weiterer wichtiger Aspekt dürfte die unterschiedliche sozialhilferechtliche Regelung in den Bundesländern sein. Während im einen Fall standardmäßig ein Zugriff auf das Vermögen der Bewohner erfolgt, um gegebenenfalls die Differenz zwischen Pflegegeld und Heimkosten zu decken, ist dies z.B. in Wien nicht der Fall. Eine Rolle spielen dürfte ferner das verfügbare Angebot an mobilen Pflegediensten, deren Dienstleistungsangebote die Schwelle zum Übertritt in eine Einrichtung der Altenpflege erhöht.

Das politisch nicht zuletzt aus Kostengründen favorisierte Modell der Pflege zu Hause hat langfristig eine Veränderung in der Zusammensetzung der Bewohnerschaft von Alten- und Pflegeeinrichtungen zur Folge, die solche regional ungleichen Verteilungen nochmals verstärkt.

Im Bereich der Behinderteneinrichtungen ergibt sich ein umgekehrtes Bild. Hier sind im Wiener Raum deutlich weniger Personen institutionalisiert als in anderen Bundesländern. In Salzburg oder Vorarlberg ist der Anteil der in Behinderteneinrichtungen lebenden Personen, die unter das HeimAufG fallen, dreimal so hoch wie in Wien.

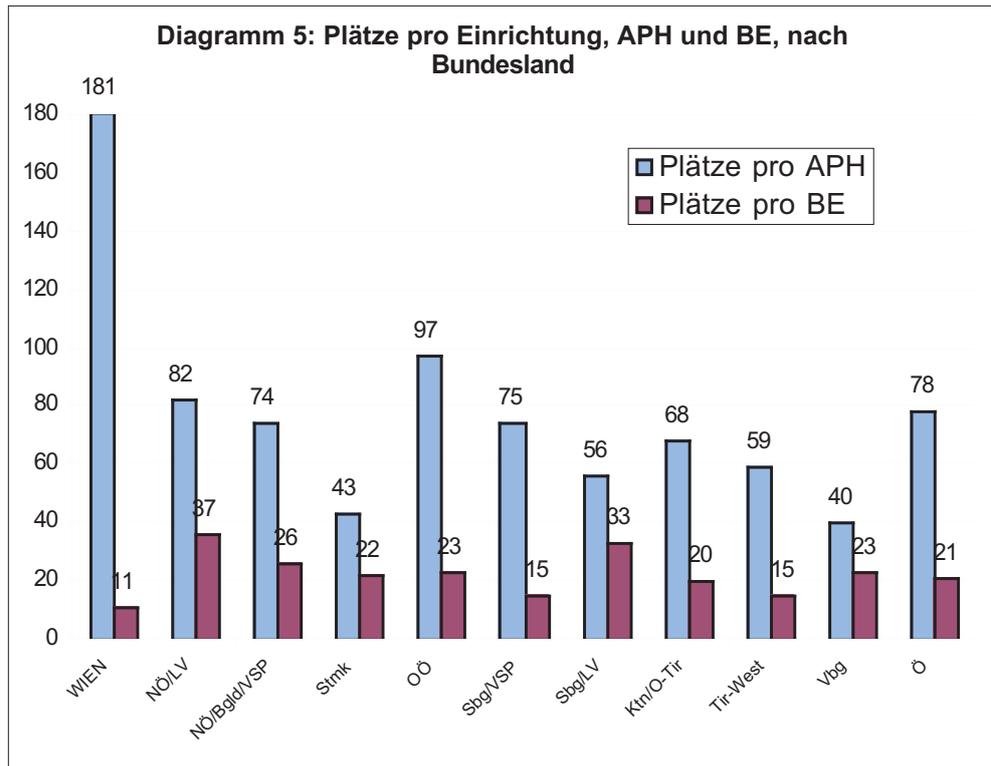


Quelle:
Basistabelle 2 im Anhang
(Platzzahlen zu Stichtagen/Juli
2005 und Dezember 2006; Bevöl-
kerung: Jahresdurchschnitt 2006)

Auch die Größe der Einrichtungen unterscheidet sich in den verschiedenen Regionen. Nimmt man nur die Durchschnittsgrößen der Altenheime, berechnet für die Einrichtungen der Altenpflege, so zeigt sich an der durchschnittlichen Anzahl der Plätze bereits die Differenz zwischen den einzelnen Bundesländern. Bei den Alteneinrichtungen überwiegen in Wien Großinstitutionen, die durchschnittliche Einrichtungsgöße liegt hier bei über 181 Plätzen, während sie in Vorarlberg gerade 40 Plätze beträgt.

Bei den Behinderteneinrichtungen dagegen zeigt sich in Wien die stärkste Dezentralisierung und Angleichung an familiäre Wohnformen, während im übrigen Bundesgebiet auch Großeinrichtungen existieren und Einrichtungen im Mittelwert doppelt so viele Plätze aufweisen.

Die Größe der Heime kann einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der jeweiligen Pflegekultur haben. In großen Institutionen sind lebensweltlich strukturierte, familiär anmutende Wohneinheiten nicht ausgeschlossen, aber auch der Weg hin zur (geronto)psychiatrischen Verwahranstalt kürzer.



Quelle:
 Daten der vier Bewohnervertretervereine (VertretungsNetz, NOELV, Salzburger Hilfswerk und IfS) zu Stichtagen/Juli 2005, Dezember 2005, Juli 06 und Dezember 2006)

Diese Art der regionalen Differenzierung ließe sich erweitern. Das bisher Gesagte kann jedoch als Beleg dafür genügen, dass regionale Unterschiede immer eine wesentliche Rolle für die Implementation eines Gesetzes wie des HeimAufG spielen werden. Im weiteren Verlauf der Darstellung werden entsprechende Ansätze einer Typisierung – von regionalen Besonderheiten, Pflegekulturen oder Kooperationsformen zwischen den verschiedenen an der Umsetzung des HeimAufG beteiligten Akteuren – immer wieder dargestellt. Was dabei deutlich werden sollte ist, dass Recht keinen uniformen Problemlagen gegenübersteht und die einheitliche Norm und das standardisierte Verfahren nicht gleiche Problemlösungen und Steuerungsergebnisse garantieren. Ein entsprechender Anspruch an das Gesetz ist aufzugeben. Die Herausforderungen für die Modalitäten der politischen Steuerung mit dem Mittel des Rechts sind größer, als gemeinhin angenommen wird. Das HeimAufG ist ein geeignetes Beispiel, an dem sich demonstrieren lässt, welche Wege bei der Bearbeitung dieser Herausforderung durch den Gesetzgeber und bei der Implementation eines Gesetzes beschritten werden können, wie durch die Prozeduralisierung des Rechts durch dessen lokale Anwender flexible Anpassungen an spezifische Verhältnisse vorgenommen werden.

2.2 Das HeimAufG aus der Sicht der (Mitarbeiter der) Einrichtungen

Wir beginnen die Darstellung unserer empirischen Befunde mit den Perspektiven, Praktiken und Problemdeutungen, die sich bei den verschiedenen Mitarbeitern in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege entwickelt haben. Mit diesen Ergebnissen zu beginnen erscheint uns sinnvoll, da die Mitarbeiter in den Heimen zu den wichtigsten Akteuren zählen, wenn es um die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geht. Ihnen obliegt zwar zumeist nicht die förmliche Entscheidung über den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen, aber sie sind es, die entsprechende Maßnahmen anregen, sie durchführen und möglicherweise auch Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen entwickeln. Zudem zielt das HeimAufG in seiner allgemeinen sozialpolitischen Intention auch auf eine Veränderung der Pflegekultur und somit auch auf die unmittelbare Arbeits- und Lebenswelt der Mitarbeiter in den Einrichtungen.

Im Hinblick auf die Implementation des HeimAufG zeigte sich, dass die Mehrzahl der von einigen Pflegedienst- und Heimleitern geäußerten Bedenken sich als grundlos erwies. Die Kritik an den Regelungen des Gesetzes und den Umgang damit werden wir in diesem Kapitel anhand von Interviewpassagen ausführlich behandeln (s. unten 2.2.2). Zuvor sollen jedoch die organisatorischen Rahmenbedingungen, unter denen Pflege im Bereich der Alten- und Behindertenbetreuung aus Sicht der dort Tätigen stattfindet, kurz dargestellt werden.

2.2.1 Organisatorische Rahmenbedingungen

Organisatorische Rahmenbedingungen sind ein Thema mit Variationen: Alle Einrichtungen stehen vor vergleichbaren Problemen. Wie bereits ausgeführt, müssen die Mitarbeiter unter den gegebenen Randbedingungen den Spagat zwischen berechenbarer kontinuierlicher Dienstleistung im Rahmen der beruflichen Vorgaben und hoch individualisierter zwischenmenschlicher Empathie erbringen. Dies lässt sich im Hinblick auf die einrichtungsspezifische Ausformung der organisatorischen Rahmenbedingungen als ein Kontinuum zwischen zwei Polen darstellen: Am einen Ende finden sich Einrichtungen, die *organisationszentrierte* Lösungsformen entwickeln, am anderen Ende stehen jene Einrichtungen, die ein *bewohnerzentriertes* Organisationsmodell pflegen.

Bestimmte Heimtypen neigen zu der einen oder anderen Form. Oft ist es einfach die schiere Größe, die eine stärker organisationszentrierte Lösungsform nahelegt. Einrichtungen mit mehreren hundert Bewohnern und hoher Fluktuation an Personal und Bewohnern müssen andere Strukturen entwickeln als kleine Heime, die mit einem langjährig eingespielten Team von Mitarbeitern nur vierzig oder fünfzig Bewohner über längere Zeit hinweg betreuen.

Im Hinblick auf die Implementation eines neuen Gesetzes wie dem Heim-

AufG haben solche Unterschiede eine große Bedeutung. So zeigte sich etwa, dass die mit dem Inkrafttreten des Gesetzes gestiegenen Erfordernisse an die Pflegedokumentation in Heimen mit organisationszentrierter Kultur offensichtlich weniger Probleme bereiteten, als in solchen, die aufgrund ihrer geringen Größe und der damit möglichen Flexibilität stärker auf den individuellen Bewohner eingehen können. Größere Einrichtungen nutzen die Möglichkeiten der Pflegedokumentation auch als Instrument der Organisationsentwicklung, in dem sie etwa Sonderauswertungen von Sturzprotokollen durchführen, um dadurch Anhaltspunkte für die Entwicklung von prophylaktischen Maßnahmen zu finden.

Die Differenz zwischen bewohner- und organisationszentrierten Kulturen sollte jedoch nicht als ein Nullsummenspiel der Form verstanden werden: je stärker die Organisation in den Vordergrund tritt, desto weniger wird auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner eingegangen. Auch in organisationszentrierten Einrichtungen werden die Möglichkeiten einer Bewohnerorientierung genutzt. Zwar gibt es externe Faktoren wie die Größe der Einrichtung, die ein bestimmtes Modell nahe legen, aber es ist durchaus möglich, auch in kleineren Heimen die Möglichkeiten einer organisationszentrierten Leitungskultur mit der Flexibilität einer bewohnerorientierten Gestaltung des Heimalltags zu koppeln. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Art des Einsatzes einer automatisierten Vorgangsverwaltung. Moderne IT-basierte Systeme der Pflegedokumentation (die natürlich erst ab einer gewissen Größe der Einrichtung sinnvoll sind), können für die nötige Transparenz der Dokumentation und Flexibilität der Pflegeplanung auch in kleineren Einrichtungen sorgen, so dass die Vorteile beider Ansätze genutzt werden können, ohne die Nachteile dafür in Kauf nehmen zu müssen. Allerdings kann es, wenn im Angesicht gesteigener Dokumentationsanforderungen und eines auch durch das HeimAufG mit bedingten Ausbaus neuer Verfahrensregelungen, die organisationsinternen Strukturen nicht mitwachsen, auch zu erheblichen – sozusagen sekundären – Problemen kommen. Die Bearbeitung der gesteigerten Dokumentationsanforderungen und die zusätzlichen Genehmigungsprozeduren können zu einer Überforderung der organisatorischen Infrastruktur einer Einrichtung führen. Da geplante freiheitsbeschränkende Maßnahmen zunächst vom Pflegepersonal an die Stationsleitung bzw. Pflegedienstleitung gemeldet werden müssen, die wiederum die förmliche Anordnung eines Arztes einholt, ist hier ein relativ langer Kommunikations- und Informationsfluss zu organisieren. Da in den meisten Einrichtungen auch noch die Leitung informiert werden soll und ggf. auch die Angehörigen eine Mitteilung erhalten, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vorgesehen ist, kommt es zu langwierigen Prozeduren der Information, Abstimmung und Bewertung.

Nicht immer ist dabei sichergestellt, dass ein entsprechender Vorgang auch in der Gesamtdokumentation der Einrichtung registriert wird. Auch die Beendigung einer Maßnahme (sei es durch Aufhebung, Verlegung oder Tod des Bewohners)

muss gemeldet werden. Ob dies aber in jedem Fall zeitnah geschieht, oder – wie es ein Heimleiter formulierte – man nur im mehrwöchigen Abstand die Dokumentation »ausmistet«, hängt von der Organisation der jeweiligen Einrichtung und dem Engagement der an diesen Prozessen beteiligten Mitarbeiter ab.

Die verfügbaren Zahlen über das Ausmaß freiheitsbeschränkender Maßnahmen sind dementsprechend mit einer gewissen Toleranzbreite zu interpretieren. Zum einen gibt es auch hier das Phänomen, das im Bereich der Kriminalitätsraten als »Dunkelfeld« bezeichnet wird: nur die Ereignisse, die als Freiheitsbeschränkung deklariert werden, erscheinen auch in der Dokumentation, andere, die möglicherweise ebenfalls als solche zu definieren wären, jedoch nicht. Dieses Problem ist grundsätzlicher Natur und kann im Rahmen der Datenerhebung nicht gelöst werden. Die typischen Fehlerquellen: Nichtmeldung, falsche Deklaration, nicht gemeldete Aufhebung und Todesfall lassen sich quantitativ schwer abschätzen. Man kann aber plausibel vermuten, dass sie mit einer Professionalisierung der internen Kommunikationsabläufe in der Einrichtung an Bedeutung verlieren.

Diese internen Kommunikations- und Interaktionsverhältnisse unterscheiden sich in bewohnerzentrierten und organisationszentrierten Einrichtungen. Es liegt auf der Hand, dass große Einrichtungen von der Art ihrer internen Struktur in der Regel über eine bessere Rezeptionsfähigkeit für neue rechtliche Regelungen verfügen – was natürlich nicht immer auch automatisch bedeutet, dass sie letztlich dann auch »am Bewohner« die beabsichtigte Wirkung entfalten. Die ausführliche Informationspolitik im Vorfeld des Inkrafttretens muss nicht immer auch diejenigen erreichen, die operativ in der Pflege tätig sind. Zwar können größere Einrichtungen ihr Führungspersonal oft besser und leichter im Vorfeld mit neuen Regelungen vertraut machen. Allerdings ist mit zunehmender Größe der Einrichtung auch der Kontakt zwischen der Leitungsebene und dem sogenannten Basispersonal weniger intensiv. Diese Beobachtung wird im Übrigen auch auf eine paradoxe Weise von den Bewohnervertretern bestätigt. In großen Einrichtungen verweist man sie von der Leitungsebene meist direkt an die Stationen, wohingegen in kleineren Einrichtungen die Pflegedienstleitung häufig darauf achtet, dass der Mitarbeiter der Bewohnervertretung nicht ohne ihre Anwesenheit die Einrichtung besucht.

Zudem sind strukturelle Veränderungen in größeren Heimen schwerer durchzusetzen. Dies hat zum einen mit den höheren Kosten, zum anderen mit der Einbindung in engere Verwaltungsabläufe zu tun. Während in kleinen Einrichtungen im Einzelfall die Möglichkeit besteht, bewohnerzentriert Veränderungen vorzunehmen, stehen bei größeren Einrichtungen oft größere Investitionen an, da sich die »Einzelfälle« summieren. Es macht einen Unterschied, ob im Einzelfall die Anschaffung einer Sturzmatratze erwogen wird oder ob auf einen Schlag 1200

neue Betten oder 200 Hüftprotektoren angeschafft werden sollen, die den neuesten Pflegestandards entsprechen.

Während in größeren Einrichtungen die logistischen und Verwaltungsprobleme bei der Umsetzung des HeimAufG eine erhebliche Rolle spielen können, und auch die Umsetzung der entsprechenden Regelungen auf dem »Dienstweg« geschieht, wird in kleineren, bewohnerzentrierten Heimen mehr mit dem immer wieder zitierten »Hausverstand« gearbeitet. Formelle Regelungen wirken eher verunsichernd und man verlässt sich vor Ort auf die eigene Einschätzung und Erfahrungswerte.

Betrachtet man die Regelungen des HeimAufG aus der Perspektive der praktischen Organisation von Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege, so zeigt sich, dass die Fokussierung auf den Bewohner als Individuum zwar im Rahmen der rechtlichen Bewertung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen eine angemessene Betrachtungsweise ist, dass aber die baulichen, räumlichen oder personellen Verhältnisse vor Ort diese Betrachtungsweise konterkarieren können. Oder wie es eine der befragten Stationsleiterinnen in einer großen Einrichtung der Altenpflege in Wien plastisch formulierte:

Das Gesetz sieht immer einen Menschen. Wir sehen ein Zimmer mit zum Beispiel vier Bewohnern. Wenn ich einem eine Absturzmatratze hinlege, als gelindere Maßnahme, statt Steckgitter, und der nächste bricht sich den Schenkelhals, weil er über die Absturzmatratze vom anderen stürzt, dann hab ich Probleme. Die Zimmer sind nicht so groß.

Ähnlich, wenn auch aufgrund im Schnitt geringerer Einrichtungsgrößen maßstabsverkleinert, stellt sich das Problem in den Einrichtungen der Behindertenbetreuung dar. Auch hier können kleinere Einrichtungen flexibler reagieren. Ein wesentlicher Unterschied, auf den wir oben bereits hingewiesen haben, ist die durch den andersgearteten professionellen Hintergrund der Behindertenpädagogik verstärkte »aktivierende Haltung«. In stilisierender Verkürzung könnte man das traditionelle Pflegeregime in den Einrichtungen der Altenpflege als sicherheitsorientiert und das in den Einrichtungen der Behindertenbetreuung als aktivitäts- und autonomieorientiert bezeichnen. Natürlich gibt es auch sicherheitsorientierte Behinderten- und autonomieorientierte Altenheime, aber die grundsätzliche »pflegekulturelle« Haltung dürfte in diesen beiden Zentralbereichen, auf die das HeimAufG zielt, mit dieser Differenz zutreffend beschrieben sein.

Andererseits können körpernahe Freiheitsbeschränkungen in Behinderteneinrichtungen eine besondere Dramatik entfalten. Wenn »schwierige« Bewohner temporär isoliert und eingesperrt werden, dann ist das sehr sichtbar und die Rechtfertigung einer solchen pädagogischen Maßnahme kann auch innerhalb der

Einrichtung umstritten bleiben. Die Bewohnervertreter können in diesem Feld dann jedoch einen konstruktiven Beitrag zu Suche nach Alternativen leisten.

Economies of Scale kommen in diesem Bereich nur selten zum Tragen. Das hat vermutlich auch mit der durch das HeimAufG ausgelösten Nachfrage im Bereich der Pflegetechnik zu tun. Offensichtlich sind durch die jetzt gesetzlich erforderliche Zurückhaltung und Sorgfalt beim Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen eine Reihe von neuen Systemen auf den Markt gekommen, die von der Pflegemittelindustrie in den Einrichtungen angeboten werden (das beginnt bei neuen Pflegebetten, die über geteilte Bettgitter verfügen oder in der Höhe so weit verstellbar sind, dass beim Herausfallen aus dem Bett keine Verletzungsgefahr mehr gegeben ist, bis hin zu diversen elektronischen Meldesystemen, wie z.B. Sensormatten, die ein Signal abgeben, wenn ein Bewohner sein Zimmer oder die Einrichtung verlässt). Ausgelöst durch die Kritik an der bisherigen Praxis und aufgefordert, sich neuer Techniken zu bedienen, können Einrichtungen schnell an die Grenzen des ihnen zur Verfügung stehenden Budgets für Investitionen kommen. Diese Situation wird durch die Regelung der PflegegeldEinstufung nochmals verschärft. Jene körperlich mobilen Bewohner, für die etwa elektronische Sicherungsmaßnahmen angeschafft werden sollen, haben meist eine relativ niedrige Pflegegeldstufe, erzeugen aber relativ hohe Kosten, wenn es um die Finanzierung von gelinderen Mitteln im Rahmen der Kontrolle ihres Bewegungsdrangs geht.

Solche Probleme verweisen bereits auf die aus der Praxis vorgebrachten Kritikpunkte an den neuen Regelungen, die das HeimAufG in die Arbeitsroutinen der Mitarbeiter und die Verantwortlichkeiten des Leitungspersonals der Einrichtungen einführt.

2.2.2 Kritik an den Regelungen des HeimAufG

In der vor dem Inkrafttreten des HeimAufG durchgeführten Untersuchung über die Erwartungen der Praxis und die zu erwartende Belastung der Justiz mit neuen Verfahren auf der Basis des HeimAufG schälte sich ein Muster von Kritik heraus, das zum einen alt bekannte Topoi der Debatte über die allgemeine Problematik von Pflegeheimen aufnahm, zum anderen als Reaktion auf spezifische lokale oder organisationskulturelle Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung interpretierbar war.

Man sah in dem neuen Gesetz und insbesondere in der damit eingeführten Institution der Bewohnervertretung eine weitere externe Kontrollinstanz, die ohne genaue Kenntnis der Situation vor Ort äußerliche Maßstäbe anlegen und die Einrichtungen wieder in die Ecke der schlecht geführten und unmenschlichen Verwahranstalten stellen würde. Man fühlte sich bedroht, befürchtete zusätzlichen bürokratischen Aufwand, Behinderung eines geregelten Alltagsbetriebs, und insgesamt eine Einmischung von außen. Zwar gab es auch Stimmen, die durchaus abwägend die möglichen positiven Aspekte des neuen Gesetzes zu

schätzen wussten, die Beseitigung der Grauzone, die Erweiterung der eigenen Perspektive durch einen kompetenten externen Blick und die Möglichkeit, über den Verweis auf die neuen Regelungen auch Druck auf die Träger der Einrichtungen auszuüben, um damit zu einer besseren Ausstattung zu kommen. Alles in allem aber überwog die Skepsis und ein erstaunlich großer Teil der befragten Mitarbeiter (auch auf der Leitungsebene) zeigte sich bemerkenswert uninformiert. Man erwarte eben wieder einmal ein weiteres Gesetz, das, wie schon so viele vor ihm nichts wirklich bewirken, kaum etwas verbessern, und wenn überhaupt dann die Verhältnisse nur verschlechtern würde.

Ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes stellt sich diese – hier natürlich nur in verkürzender Stilisierung zusammengefaßte – Situation anders dar. Bevor wir im einzelnen auf einige zentrale Kritikpunkte, die aus der Praxis der Einrichtungen vorgebracht werden, eingehen, wollen wir zunächst kurz die vermeldeten positiven Wirkungen kurz darstellen, die vor dem Hintergrund der ursprünglichen Befürchtungen von den Praktikern formuliert wurden.

Eine überwiegend positive Reaktion findet sich in fast allen befragten Einrichtungen: das Gesetz habe zu einer *Sensibilisierung*, zu einem neuen, manchmal auch (selbst-)kritischen Blick auf die bisher gängige Praxis der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geführt. Eine Stationsschwester aus einem Altenheim beschreibt die ersten Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes so:

Vor einem Jahr ((bezogen auf den 1.7.2005)) sind wir jeden Bewohner durchgegangen, braucht er oder sie beide Gitter? Was wären gelindere Mittel? Zum Beispiel eine Matratze vorm Bett. Das gute daran ist: man muss sich wirklich mit jedem Bewohner auseinandersetzen. Fällt diese Person raus oder will sie aufstehen und gehen – dann ist Matratze vor dem Bett auf dem Boden das falsche Mittel, die ist dann wie eine Fußangel, wenn einer aus dem Bett aufstehen will. Wir haben 44 Betten und 18 Bettgitter. Wir sind da sehr genau vorgegangen. Natürlich sind die Bettgitter nur in der Nacht oben.

Diese Sensibilisierung hat in aller Regel auch diejenigen erfasst, die tagtäglich mit den Bewohnern umgehen. Es wird also nicht mehr nur von der Ebene der Stationsleitung die Einhaltung der Vorschriften des HeimAufG überwacht, sondern die Mitarbeiter der Pflege kommen von sich aus auf die Idee, die Notwendigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen kritisch zu hinterfragen:

Der Vorteil des Heimaufenthaltsgesetzes ist, dass in der Pflege ein anderer Begriff von Freiheitsbeschränkungen entstanden ist, es ist ein Vorteil, dass die Pflegemitarbeiter sehr sensibel geworden sind – geb' ich jetzt sofort ein Gitter oder nicht?! Das wird jetzt sehr wohl hinterfragt. Kann man in diesem Fall auch andere Sachen machen? Und Frei-

heitsbeschränkung machen wir hier im Haus wirklich erst, wenn es nicht mehr anders geht. Wir haben wenige Freiheitsbeschränkungen, weil wirklich das Basispersonal sehr sensibel geworden ist, und die kommen auch von selbst mittlerweile und sagen »Da können wir das Gitter weg geben oder da können wir die Sitzhose weg geben, da nehmen wir einen Therapietisch, der ist eine gelindere Maßnahme«. Also sie denken selbst viel drüber nach.

Diese Einschätzung eines Pflegedienstleiters aus einem größeren Altenheim in Oberösterreich ist typisch für die Mehrzahl der untersuchten Einrichtungen. Natürlich gibt es auch hier Ausnahmen. In manchen Einrichtungen wird mit einem nahezu »sportlichen Ehrgeiz« versucht, ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen auszukommen. In einem solchen Fall führte das HeimAufG paradoxerweise sogar zum Ende einer Periode ohne freiheitsbeschränkenden Maßnahme. Befragt nach ihren Erfahrungen mit dem Gesetz im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten sagte die Pflegedienstleiterin dieser Einrichtung:

Bei uns ist es eher umgekehrt, vorher haben wir gar nix gehabt und jetzt müssen wir vom Gesetz her das machen. Für uns ist es enger geworden ... Früher haben wir klipp und klar gesagt, das gibt es nicht bei uns. Aber jetzt kommen die Angehörigen und die wissen Bescheid.

Hier erhöht die prinzipielle gesetzliche Zulassung von Freiheitsbeschränkungen offenbar das Druckpotenzial der sicherheitsbesorgten Angehörigen.

Die flächendeckend durch das HeimAufG angeregte Sensibilisierung, die in nahezu allen Einrichtungen diagnostiziert wurde, zählt zu den unstreitbar positiven Wirkungen, die dieses Gesetz auf die Praxis der Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege entfaltet hat. Der dabei wirkende Mechanismus dürfte auf zwei Faktoren beruhen: zum einen ist durch das HeimAufG der Umgang mit Freiheitsbeschränkungen relativ klar definiert. Es gibt für das Personal konkrete Anhaltspunkte, wann entsprechende Maßnahmen zum Einsatz kommen dürfen und wann nicht, und durch die Einbeziehung der Bewohnervertreter ist auch eine neue Möglichkeit zur Diskussion und Rückversicherung gegeben. Zum anderen ist die Praxis der Freiheitsbeschränkung gleichsam aus dem Schatten der A-Legalität herausgetreten. Es ist schwierig in einer Einrichtung offen über eine Praxis zu diskutieren, von der man nicht weiß, ob sie den Vorschriften des Rechts entspricht, und bei der man befürchten muss, etwas Ungesetzliches zu tun. Natürlich gehörte der Umgang mit Fixierungen, Bettgittern und anderen Maßnahmen schon immer zum Betriebswissen jeder Pflegepraxis. Aber es gab keine Möglichkeit, dieses Betriebswissen offen in Frage zu stellen: Das hat sich jetzt geändert.

Kritik wird natürlich in den Einrichtungen nach wie vor geübt. Das Jammern ist das Salz in der Suppe aller Arbeitenden. Allerdings haben sich die Schwerpunkte der Kritik im Angesicht des jetzt in Kraft getretenen Gesetzes etwas geändert. Neben den gestiegenen Dokumentationsanforderungen – die einerseits als Vorteil, andererseits aber auch als Nachteil wahrgenommen werden – sind es jetzt vor allen Dingen die neu auf der Bildfläche erscheinenden Mitarbeiter der Bewohnervertretung, die von den Einrichtungen kritisch beobachtet und zum Teil auch manifest kritisiert werden. Die erwartbaren Anlaufschwierigkeiten, die sich mit der Etablierung dieser neuen Institution ergaben, werden in den Einrichtungen als Störung der Routine und Verunsicherung wahrgenommen. Gelegentlich kam es anfänglich zu einem mehrmaligen Wechsel der für eine Einrichtung zuständigen Mitarbeiter der Bewohnervertretung. Jeder und jede Neue musste dann wieder von vorne anfangen mit vertrauensbildenden Maßnahmen, musste sich mit den Gegebenheiten der Einrichtung und der Bewohner vertraut machen. Darüber hinaus herrschte zu Beginn erhebliche Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung bestimmter pflegerischer Maßnahmen nach den Kriterien des HeimAufG, die nochmals dadurch verstärkt wurde, dass unterschiedliche Bewohnervertreter unterschiedliche Interpretationen vertraten. Allerdings brachte man auf Seiten der Einrichtungen in dieser Situation auch Verständnis für diese Anlaufschwierigkeiten auf, wie in der Darstellung der Pflegedienstleiterin einer größeren Einrichtung deutlich wird:

Wenn sie die gleiche Rechtsmeinung vertreten würden, dann würden sie unserer Hoffnung der Rechtssicherheit Klarheit geben. Aber so, wenn es jeder anders sagt, dann wird's schwierig. Die haben auch immer wieder Fortbildungen und tauschen sich aus. Aber es ist halt noch jung. Die meisten sagen: Wir können uns auch noch nicht auf ausgerichtete Geschichten stützen. Das heißt, sie brauchen fast ein Urteil, um nach einer gewissen Zeit sagen zu können, das ist gängige Rechtsmeinung und mit dem und dem müsst Ihr rechnen. Das ist bei einem neuen Gesetz sicher sehr schwierig.

Neben diesen Kritiken an den lebenden Schnittstellen, über die in den Einrichtungen sich das HeimAufG praktisch bemerkbar macht, gibt es natürlich nach wie vor die grundlegende Ablehnung aus prinzipiellen Überlegungen. Das HeimAufG sei, so diese von einigen Einrichtungen vertretene Position, der erste Schritt zum Umbau von Seniorenwohnheimen in gerontopsychiatrische Anstalten:

Ist das Gesetz wirklich ein Vorteil!? Wenn es kein Gesetz gäbe, könnte man irgendwann sagen, jetzt ist Schluss, jetzt können wir keine Verwirrten mehr aufnehmen ... Wir werden zusehends zu psychiatrischen Kliniken ... Wir müssen halt mitspielen, wir müssen die Leute ja aufnehmen ... Wir haben bei 46 Plätzen 3 Bewohner, der Rest ist Pflege, darunter viele Verwirrte. Es gibt einen Widerspruch zwischen Heimvertragsgesetz und Heimaufenthaltsgesetz. Der, auf den das Heimaufenthaltsgesetz zutrifft, den

könnte ich nach Heimvertragsgesetz gar nicht aufnehmen. ((...)) Wir sollten Wohn- und Pflegeheime sein? Was sagt Heim? Das heißt Wohlbefinden, Daheim, und das neue Gesetz sagt halt, da kommen jetzt die Verwirrten, da müssen wir damit umgehen ... es gibt mehr Belastungen ... aber das nimmt keiner auf ... Es gibt immer weniger Mittel... man kann nicht nur Gesetze erlassen, sondern muss auch die Mittel zur Verfügung stellen ... Die Vorstellung des Wohnheims das ist vorbei – was wir machen müssen, ist eine eigene Dementenstation. Vom Wohnheim muss man sich sicher verabschieden, das kann man sich nicht mehr leisten... wir wären ja zufrieden, wenn wir normale Pflegebedürftige haben ..., aber wir kriegen die Dementen, 80 Prozent der Aufnahmen im letzten Jahr waren schwer dement, das heißt: großer Pflegeaufwand.

Diese Meinung eines Einrichtungsleiters eines Altenwohn- und Pflegeheims in Tirol findet sich verstärkt in jenen Regionen, in denen der Anteil der reinen Pflegeplätze in den Einrichtungen sehr hoch und der Anteil der Wohnplätze entsprechend gering ist. Man schlägt auf das HeimAufG ein, meint aber die unkontrollierten Prozesse der Transinstitutionalisierung, in denen bestimmte Populationen, wie etwa die anwachsende Gruppe der hochmobilen altersdementen Personen von einem Versorgungssystem in ein anderes geschoben werden. Solche, oft dreh-türartigen Migrationsprozesse scheinen an der Tagesordnung zu sein: Bewohner, die unter den Bedingungen eines Altenpflegeheims aufgrund ihres Verhaltens nicht mehr tragbar sind, werden von den Ärzten in die gerontopsychiatrischen Abteilungen der psychiatrischen Kliniken überwiesen, dort dann medikamentös behandelt, »neu eingestellt«, wie es euphemistisch heißt, und dann an die Einrichtung zurücküberwiesen. Dort dauert es eine Zeit, bis die Wirkung der meist sehr hoch dosierten Psychopharmaka abklingt. Die Folge ist dann häufig, dass nach einer gewissen Zeit die Beschwerden wieder einsetzen mit der Folge, dass der Bewohner zu einer weiteren Runde in eine psychiatrische Abteilung aufbricht.

Die Kritik an den Regelungen des HeimAufG zielt genau auf das Problem, das gegenwärtig mit Hilfe diesen Drehtürmechanismus gelöst wird: die Unterbringung von hochproblematischen, geistig kranken und psychisch gestörten alten Menschen erzeugt in einer psychiatrischen Fachklinik wesentlich höhere Kosten als in einem Alten- und Pflegeheim. Daher, so der Verdacht der Kritiker, werde das HeimAufG als willkommene Möglichkeit gesehen, die dringend notwendige Infrastruktur für eine in absehbarer Zeit vermutlich kontinuierlich wachsende Anzahl von altersdementen Personen in der Form von speziell darauf eingestellten Einrichtungen zur Verfügung zu stellen:

Ich verfolge das hier seit 30 Jahren und es wird immer mehr anstaltsähnlich und eine Anstalt ist nun mal kein privater Haushalt und der Trend auch durch die Gesetze geht in Richtung. Anstalt und die Psychiatrie kostet das vierfache mehr als wir und mit dem

Gesetz sind wir juristisch aus dem Schneider, aber es geht in Richtung Anstalt und das zerstört unsere Strukturen, wir können derzeit keine psychiatrisch auffälligen Bewohner pflegen.

Unter Bedingungen fiskalischen Drucks entwickeln sich Strategien, die zu einer Umschichtung der Bewohnerpopulationen führen. Aus der mikroökonomischen Sicht einer individuellen Einrichtung ist es wünschenswert, im Pflegebereich somatische Vollpflegefälle zu betreuen. Diese sind in der höchsten Pflegestufe eingruppiert, bringen dem Heim also relativ hohe Einnahmen und erfordern de facto nur einen relativ geringen pflegerischen Aufwand. Mobile demenzkranke Bewohner hingegen haben, wie oben bereits erwähnt, in aller Regel eine wesentlich niedrigere Pflegeeinstufung, binden aber gleichzeitig mehr Personalressourcen in der Einrichtung. So entsteht unter den Heimen eine Art Konkurrenz um die »lukrativen« Bewohner, die somatischen Vollpflegefälle. Gleichzeitig geschieht es, dass diese dann wieder in die Familie zurückgenommen werden, bzw. dort verbleiben, weil bei entsprechend hohem Pflegegeld die Betreuung durch offiziell nicht registrierte Pflegekräfte die für die Angehörigen attraktivere Variante ist. Das gilt insbesondere in jenen Bundesländern, in denen die Träger der Einrichtung, in der ein Bewohner untergebracht ist, sich automatisch den Zugriff auf dessen Vermögenswerte sichern. Unter diesen Bedingungen ist es aus der Sicht der Angehörigen nur vernünftig, die Pflege möglichst lange zu Hause durchzuführen. Mechanismen dieser Art muss man berücksichtigen, wenn man die Beschwerden aus den Einrichtungen über eine Veränderung der Heimbewohnerschaft im Zusammenhang verstehen will.

Neben dieser Art von eher grundsätzlicher Kritik an der Strategie der Politik im Bereich der Pflege von Alten und Behinderten konzentrieren sich die Beschwerden aus den Einrichtungen auf den zusätzlichen Aufwand, der durch die Besuche der Bewohnervertretung entsteht. Zwar sieht man durchaus die positiven Aspekte, die mit dieser neuen Institution verbunden sind, bleibt aber dennoch kritisch gegenüber dem damit einhergehenden zusätzlichen Arbeits- und Zeitbedarf:

Der Zeitaufwand für die Kontrollen ist sehr groß, das wäre mal ein Forschungsprojekt, das zu erheben ... wie viele Stunden die Bereichsleitung aufwenden muss, wenn die Bewohnervertreterin kommt ... weil die bei den Diagnosen sich nicht auskennt. Ich kann der nicht einfach die Krankengeschichte geben ... die ist da von 9:00 bis 2:00, weil sie ja alle Bewohner durchgeht, die wir gemeldet haben, und wir ein großes Haus sind.

Das Zusammenspiel von Pflegepersonal und Bewohnervertreter gestaltet sich gelegentlich auch aufgrund der unterschiedlichen professionellen Orientierung schwierig. Zwar finden sich auch hin und wieder Stimmen, die es begrüßen, wenn

der Bewohnervertreter als kooperativer externer Beobachter eine andere professionelle Optik verwendet, als sie das Pflegepersonal besitzt – sonst könne man sich ja gleich selbst überprüfen. In den meisten Fällen wird jedoch die fremde Sichtweise als problematisch empfunden.

Da treffen zwei Orientierungen aufeinander. Das Pflegepersonal ist medizinisch orientiert und ausgebildet, der Bewohnervertreter, wenn der z. B. ein Behindertenpädagoge ist, der hat einen ganz anderen pädagogischen Schwerpunkt, und da kommt es in der Praxis zu Kommunikationsfehlern ... das spür ich als Pflegedienstleiter und das wird mir auch mitgeteilt ... das ist dann meine Aufgabe als PDL, dass ich das abkläre, weil die Bereichsleitungen, die sagen, ja das ist eine Momentaufnahme, die der Bewohnervertreter macht. Bei Dementen ... das kann man nicht in 15 Minuten abhandeln. Wenn eine Bewohnerin sagt zum Bewohnervertreter, sie will nicht Gitter haben, dann wird die Freiheitsbeschränkung aufgehoben. Zwei Tage später stürzt sie dann, kommt ins Krankenhaus. So etwas versteh ich nicht.

Was hier aus der Sicht eines Pflegedienstleiters in einem großen städtischen Altenpflegeheim als Problem formuliert wird, verweist jedoch auf einen tiefer liegenden Konflikt, der sich durch das gesamte Feld zieht: das Verhältnis von persönlicher Freiheit und zu garantierender körperlicher Unversehrtheit oder Sicherheit. Das in der Diskussion immer wieder verwendete geflügelte Wort vom »Recht auf Sturz« wird von den Bewohnervertretern gegenüber dem Pflegepersonal und von diesem wiederum gegenüber den Angehörigen der Bewohner verwendet, die häufig sehr dezidierte Vorstellungen davon haben, welche freiheitsbeschränkenden Sicherungsmaßnahmen angemessen seien (s. Barth 2007).

Dieses gelegentlich fast als »philosophisches« behandelte Problem wird im Rahmen der weiteren Entwicklung und Fortschreibung des HeimAufG bearbeitet werden müssen.

In den Diskussionen mit den verschiedenen Akteuren, die mit der Umsetzung des HeimAufG befaßt oder von ihm betroffen sind, zeichnete sich als eine mögliche Richtung, in der hier weiterzuarbeiten sei, neben der immer wieder erhobenen Forderung nach besserer Ausstattung der Einrichtungen eine Strategie der *Gradualisierung* ab. Das oben zitierte Beispiel der Bewohnerin, die nach Aufhebung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme sich eine schwere Verletzung zuzieht, ist immer wieder berichtet worden. Das dahinter stehende Szenario stellt sich offensichtlich so dar: Aus der Sicht der Bewohnervertretung ist eine entsprechende Maßnahme unzulässig. Aus der Sicht der Einrichtung wird sie für gerechtfertigt gehalten wegen der gegebenen Verletzungsgefahr. Aus dieser Konstellation können sich verschiedene Situationen entwickeln: man einigt sich auf eine gelindere Maßnahme – ersetzt beispielsweise das Bettgitter durch eine Sturzmatratze, die vor dem Bett liegt, oder erwägt Bodenpflege, um das Risiko eines Sturzes zu ver-

ringern. Man einigt sich nicht, und beschreitet den Weg der gerichtlichen Überprüfung. Hier nun kann die Maßnahme entweder als zulässig oder als unzulässig erklärt werden. Wird sie für unzulässig erklärt, so ist sie (wenn nicht unmittelbar von Seiten der Einrichtung Rekurs eingelegt wird) in der Regel mit sofortiger Wirkung aufzuheben. Hier nun entsteht das Problem, dass nach einer Minimax-Strategie verfahren wird: entweder Beschränkung oder keine Beschränkung. Gerade in den Gesprächen mit Gutachtern aus dem Pflegebereich, die in einschlägigen Verfahren herangezogen wurden, zeichnete sich eine – gesetzlich allerdings nicht explizit vorgesehene – Alternative ab: sinnvoll wäre es in solchen Situationen (die, was erschwerend hinzu kommt, oft auch eine gewisse emotionale Konfrontationsdynamik entwickeln können), den Übergang von Freiheitsbeschränkung zu Aufhebung über Zwischenschritte zu gestalten, also zu gradualisieren. Wie diese Schritte im Einzelfall aussehen können, hängt ab von der Art der Beschränkung und den Besonderheiten der konkreten Situation. Manche Richter gehen in diese Richtung, wenn sie eine freiheitsbeschränkende Maßnahme für eine begrenzte Zeit für zulässig erklären mit der Auflage, in dieser Zeitspanne eine gelindere Maßnahme zu entwickeln.

Seit dem Inkrafttreten des HeimAufG hat sich im Bereich der Pflegemittel hier einiges getan. So gibt es inzwischen beispielsweise nicht nur zwei- sondern sogar dreigeteilte »Bettgitter«, deren Verwendung einerseits das Risiko, nachts aus dem Bett zu fallen, senken, andererseits aber die Möglichkeit lassen, am Fußende aus dem Bett aufzustehen, die mithin also möglicherweise eine gelungene Kombination von »Sicherheit & Freiheit« darstellen. In § 4 Ziffer 3 HeimAufG wird darauf hingewiesen, dass eine drohende Gefahr auch durch »andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- und Pflegemaßnahmen abgewendet werden kann.« Die Aufforderung zum Einsatz schonender Maßnahmen lässt sich auch als Anregung verstehen, bei einer gerichtlich angeordneten Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung verbindliche Zwischenschritte festzulegen. Damit wäre ein Stück weit die Gefahr gebannt, dass die Kontroverse zwischen Bewohnervertretung und Einrichtung über die Rechtmäßigkeit einer bestimmten Maßnahme, sozusagen auf dem Rücken der betroffenen Bewohner ausgetragen wird. Schließlich ist eine gerichtliche Bestätigung der eigenen Einschätzung, die der Bewohnervertreter erreichen kann, letztlich ein Pyrrhussieg, wenn der »befreite« Bewohner, weil sich die Einrichtung strikt an den Urteilsspruch hält, und die Freiheitsbeschränkung aufhebt, sich kurze Zeit darauf schwer verletzt (was dann im Nachhinein wiederum der Einrichtung als »Bestätigung« ihrer ursprünglichen Diagnose, dass die Freiheitsbeschränkung notwendig gewesen war, dient.).

Ausgehend von der eingangs formulierten Hypothese, dass jede Art der Freiheitsbeschränkung als eine Form von Problemlösung verstanden werden sollte, wären in diesem Sinne durch das HeimAufG angeregten Innovationen ein Schritt

zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen derjenigen, deren Freiheit das Gesetz schützen soll. Zum einen sollte der Übergang von Beschränkung zu Nicht-Beschränkung im oben erwähnten Sinne gradualisiert werden. Zum anderen ist zu erwarten, dass der Markt im Bereich der Pflegemittel sich wirklich im Sinne der neoklassischen Ökonomie als Entdeckungsverfahren bewährt und Lösungen hervorbringt, die eine Abwägung zwischen Bewegungsfreiheit und Selbst- bzw. Fremdgefährdungsrisiko im Sinne eines Nullsummenspiels obsolet macht.

2.2.3 Standardsituationen

Das HeimAufG trat an mit einem hohen Anspruch. Es wollte einen bisher rechtsfreien Raum, die in der Praxis vielfach beschworene »Grauzone« regeln. Der Umgang mit Freiheitsbeschränkungen sollte unter ein rechtsstaatlich unbedenkliches und verfassungskonformes Regime gebracht werden. Es traf dabei auf eine Praxis, die in unterschiedlicher Weise ihre eigenen Begrifflichkeiten und Routinen, Definitionen und Problemlösungen entwickelt hatte. In der von uns vor Inkrafttreten des Gesetzes durchgeführten Untersuchung haben wir eine Typologie von Einrichtungen entwickelt, die mit dem Problem der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auf je spezifische Weise umgegangen sind. Mit Inkrafttreten des Gesetzes galt es nun, diese Praxis mit den juristischen Vorgaben in Einklang zu bringen. In diesem Prozess entstand das, was wir als *Standardsituationen* bezeichnen. Damit sind eine Reihe von typischen Konstellationen bezeichnet, mit deren Hilfe alle Beteiligten ein gemeinsam geteiltes Verständnis (was nicht immer heißen muss, einen Konsens!) entwickeln, wie mit der neuen Situation umzugehen ist.

Die spezifischen Standardsituationen sind geprägt zum einen durch die eingespielten Routinen der Pflegepraxis, zum anderen durch die strategischen Entscheidungen der Bewohnervertretung als neuer Institution im Feld der Pflege. Man bezieht sich auf diese »clear cases« um zu demonstrieren, was gut und was schlecht ist an der neuen durch das HeimAufG geschaffenen Situation.

Es war die gezielte Strategie der Bewohnervertretung sich in der ersten Phase ihrer Tätigkeit auf die offensichtlichen körpernahen Formen der Freiheitsbeschränkung zu konzentrieren. Dementsprechend drehte sich die Diskussion über freiheitsbeschränkende Maßnahmen um die sogenannten Bettgitter, um Netzbetten und die diversen Maßnahmen der unmittelbaren körperlichen Fixierung durch mechanische Mittel wie Bett- und Bauchgurte oder Stecktische, die an der Vorderseite von Rollstühlen angebracht werden. In zweiter Linie wurden bauliche Maßnahmen und elektronische Überwachungssysteme in den Blick genommen. Der Bereich der medikamentösen Freiheitsbeschränkungen, oder der Modus der »Androhung« einer Freiheitsbeschränkung, der im Gesetz auch vorgesehen ist, spielten in der Anfangszeit, über die wir hier berichten, keine große Rolle.

Mit Hilfe dieser Standardsituationen wird ausgehandelt, was gute Pflege und gesetzeskonformer Umgang mit der körperlichen Bewegungsfreiheit der Bewohner bedeutet. Anhand dieser Standardsituationen wird auch die Kritik an der Praxis der Kontrolle durch die Bewohnervertretung formuliert. Man könnte im Rückblick auf die Anfangsphase des HeimAufG mit einer gewissen Ironie von der *Ära der Bettgitter* sprechen. Bett- und Steckgitter, auch als Seitenteile bezeichnet, waren sozusagen die Währung, in der Erfolg und Mißerfolg des HeimAufG berechnet wurden. Für die neu geschaffene Institution der Bewohnervertreter war das Bettgitter die sichtbarste, häufigste und am einfachsten feststellbare freiheitsbeschränkende Maßnahme. In den Einrichtungen oft zur gedankenlosen Routine verkommen, konnten die Bewohnervertreter durch gezieltes Nachfragen hier auch die ersten Erfolge erzielen. In den Schilderungen der positiven Effekte des Gesetzes taucht die Reduktion der Anzahl von Bettgittern immer wieder als Beleg für die stattgefundenen Veränderungen auf.

Es zeichnet sich hier eine Dreiteilung in der Art der Bettgitter ab: es gibt zunächst jene Fälle, in denen man sich relativ schnell einigen konnte, dass diese Art von Freiheitsbeschränkung überflüssig war. In vielen Einrichtungen war das Hochziehen des Bettgitters zur Standardprozedur geworden, die man jetzt hinterfragen konnte. Interessanterweise zählte das Bettgitter in der Pflegepraxis nicht zu den klassischen Beispielen, an denen vor Inkrafttreten des HeimAufG das Problem der rechtlichen »Grauzone« demonstriert wurde. Die Verwendung dieser Art der Freiheitsbeschränkung wurde offensichtlich gar nicht als eine solche im Alltagsverständnis der Pflege wahrgenommen. In die zweite Kategorie der Bettgitter fallen jene, die ernsthaft umstritten sind, die bei Bewohnern zum Einsatz kommen, die aus der Sicht der Einrichtung vor Schaden geschützt werden müssen. An diesen Fällen entzündeten sich die Debatten über Freiheit und Sicherheit, aber auch die juristischen Debatten, ob ein körperlich bewegungsunfähiger Bewohner durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden kann. Die dritte Kategorie bilden die unproblematischen Fälle. Das sind dann Bewohner, die auf eigenen Wunsch das Bettgitter hochgezogen haben wollen oder solche, bei denen eine Gefährdung aus der Sicht aller beteiligten Beobachter anders nicht zu vermeiden ist. Allerdings ist auch hier festzustellen, dass es offensichtlich starke regionale Schwankungen in der Definition dessen gibt, was als unproblematischer Fall eingeschätzt wird. Je nach lokaler Kultur der Bewohnervertreter entwickeln sich hier andere Standards und Schwellenwerte.

Ähnliches ließe sich auch an den anderen Standardsituationen zeigen. Es entstehen sozusagen neue Traditionen und neue »gesicherte« und/oder »durchjudizierte« Wissensbestände, die dann wiederum die Basis für weitere Schritte der Entwicklung und Diskussion bilden. Es entfaltet sich damit im Praxisfeld der Pflege

von Alten und Behinderten ein spezifischer Diskurs über Freiheit und Sicherheit, der bestimmte Dinge in den Vordergrund stellt und andere ausblendet. Wenn ich auf Bettgitter schaue, übersehe ich das Problem des Medikamenteneinsatzes, wenn ich mich auf das Problem der körperlichen Bewegungsfreiheit konzentriere, dann übersehe ich die Tristesse der baulichen Anlage und die Reizarmut der täglichen Lebenswelt in der Einrichtung.

Die Strukturierung der Problemwahrnehmung durch die Verwendung von Standardbeispielen und Kontrastkategorien wie Freiheit vs. Sicherheit ist eine Folge der Orientierung an den Vorschriften des HeimAufG. Oder anders formuliert: ich sehe zum Beispiel als Bewohnervertreter was ich sehe, aber ich sehe nicht, was ich nicht sehe.

Solche Überlegungen mögen auf den ersten Blick etwas abstrakt erscheinen. Aber sie sind von sehr grundlegender Bedeutung auch für ein Verständnis der Praxis in den Alten- und Pflegeheimen und der dort praktizierten Formen des Umgangs, die als freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesehen werden können. Was von wem wie wahrgenommen und bewertet wird, hängt von solchen Kategorisierungen ab. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen. In manchen Einrichtungen wird die Frage, ob Bettgitter als (freiheitsbeschränkende) Maßnahme zum Einsatz kommen, mit den Angehörigen besprochen, wenn der Bewohner sich selbst nicht mehr artikulieren kann. Die Zustimmung der Angehörigen wird dann als stellvertretende Zustimmung des Bewohners gewertet. Diese Art der familiär-kommunitären Einbindung des sozialen Umfelds aber steht in scharfem Kontrast zur Interpretation des HeimAufG, das von einem Handlungsmodell des autonomen Individuums ausgeht und dementsprechend versucht, eine klare Trennung zwischen Maßnahmen, denen der Bewohner zugestimmt hat und solchen, denen er aufgrund psychischer Krankheit und geistiger Behinderung nicht zustimmen kann, einführt.

Das Bettgitter war mit den Angehörigen abgesprochen, es entsprach auch dem Wunsch der Angehörigen, dass der Bewohner nicht aus dem Bett fällt, und die Bewohnervertreterin vertritt die Position, dass wir tendenziell zu viele Bettgitter haben. ((...))

FRAGE: Wenn jetzt die Bewohnervertreterin sagt, es ist zuviel, was wird gemacht? Es gibt derzeit keine Lösung, weil es ist auch der konkrete Wunsch der Angehörigen, das Bettgitter zu setzen ... was sind die Alternativen, was ist wenn jemand rausfällt?

FRAGE: Aber die Angehörigen haben hier keine rechtliche Position!

Überall wo die Angehörigen zustimmen, liegt ja logisch schon die Zustimmung des Bewohners vor. Es ist so, es gibt halt Grenzfälle, wo der Bewohner sich besser über die Angehörigen artikulieren kann ((...)) Da versucht man halt die Angehörigen, obwohl sie keine Parteienstellung haben, mit einzubeziehen, damit der Bewohner sich artikulieren kann ... und dann gibt es Bewohner, die sich leichter tun, solche Dinge

mit den Angehörigen zu besprechen, und für uns ist das dann auch leichter ... und das nächste ist: wenn irgendwas passiert, dann sind ja die Angehörigen die ersten, die fragen: warum ist das passiert? Und deswegen ist es für uns ja auch eine präventive Maßnahme, die Angehörigen a bisserl mit einzubeziehen in diesem Themenkomplex.

Die Interpretation dieses Heimleiters einer kleinen Einrichtung in einer ländlichen Gegend erscheint zunächst nicht unplausibel. Würde nicht ein jeder bestimmte Fragen lieber zunächst mit jenen Menschen besprechen, die ihm nahestehen, ihn kennen und zu denen er Vertrauen hat? Kennen nicht die Angehörigen, die den Bewohner möglicherweise über Jahre hinweg in ihrem Haushalt gepflegt haben, ihn besser als jeder andere? – So in etwa die Argumentationslinie des Heimleiters. Die Bewohnervertreterin hingegen sieht sich in der Rolle derjenigen, die sozusagen von Amts wegen und im Schatten des Leviathan die Rechte des Bewohners als autonomem Rechtssubjekt vertritt. Diese Rechte aber wiederum gehören dem Diskurs des abstrakt-formalen Rechts an, das in dieser Situation mit der eingelebten kulturellen Praxis vor Ort in Widerspruch steht.

Anhand der von uns als Standardsituationen bezeichneten Konstellationen werden diese Widersprüche bearbeitet. Es bilden sich auch vermittelt über die einschlägige Rechtsprechung Schemata der Wahrnehmung und Interpretation heraus, die festlegen, was als relevante Information gilt und was nicht, welche Aspekte berücksichtigt werden sollen und welche nicht und mit deren Hilfe letztendlich die juristisch und sozial verbindliche »Realität« der Einrichtungen Gestalt und Form annimmt.

2.2.4 Normalisierung

Die Schilderungen der Erfahrungen, die in den Einrichtungen mit dem neuen Gesetz gemacht wurden, beschreiben in aller Regel eine Kurve mit einem hohen Wert der Erregung am Anfang und einer asymptotischen Annäherung an ein Niveau der Normalität im Verlauf der Zeit. Beginnend mit Ungewissheit (oder auch stabilen Vorurteilen) wird zu Beginn in den Einrichtungen versucht, den Erfordernissen nach Meldung aller freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nachzukommen, den Kontakt mit den Bewohnervertretern zu pflegen, mit diesen ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln, um dann im Lauf der Zeit gewisse Routinen auszubilden, die es ermöglichen dieses neue Element in die alltägliche Arbeit der Einrichtung zu integrieren. Wir bezeichnen diesen Prozess als Normalisierung. In aller Regel bildet sich ein *modus vivendi* heraus, mit dem alle Seiten zufrieden sind. Wie dieser jedoch im einzelnen aussieht, hängt ab von einer Reihe von Faktoren, angefangen von persönlichen Sympathien und Antipathien, den jeweils lokal oder insgesamt verfolgten Strategien der Bewohnervertreter und der Heimleitungen, der Art der Einrichtung und der dort herrschenden Pflegekultur.

In den *großen Einrichtungen*, die organisatorisch auf die neuen Regelungen vorbereitet waren, verläuft die Kooperation zwischen Einrichtung und Bewohnervertreter in aller Regel reibungslos. Die gesetzlich vorgesehenen Melderoutinen sind soweit eingespielt, dass Informationen an die Bewohnervertretung rechtzeitig weitergeleitet werden. Auch die in vielen Fällen zunächst als problematisch wahrgenommene Zusammenarbeit mit den Ärzten hat sich vor Ort meistens normalisiert. Alle verweisen auf den positiven Nettoeffekt der Sensibilisierung des Personals für das Problem Freiheitsbeschränkung, man schätzt die ein Stück weit gewonnene Rechtssicherheit, die das HeimAufG mit seinen Vorgaben bietet und hofft, dass sich durch das Gesetz eine Art Umwegrentabilität ergibt und die Ausstattung der Heime sich bessert, um weniger freiheitsbeschränkende Maßnahmen verwenden zu müssen.

Allerdings zeigt sich hier auch eine erstaunliche Variationsbreite. Einige Einrichtungen anerkennen zwar die Existenz des Gesetzes, zweifeln aber mit mehr oder weniger guten Gründen an seiner Berechtigung. Meist wird dahingehend argumentiert, dass es zwar in anderen Einrichtungen Probleme gäbe, dass man selbst aber über jeden Zweifel erhaben sei und die zusätzliche Kontrolle, als die das Gesetz wahrgenommen wird, gar nicht brauche. Typisch hierfür die folgenden Aussagen aus einem Heim, in dem nach eigener Einschätzung eine eher familiäre Orientierung vorherrscht und wo man die Bewohnervertretung als notwendiges Übel empfindet, mit dem man sich erfolgreich arrangiert hat. Bisher hat man dort ((Stand Herbst 2006)) nach langem Überlegen sechs Fälle gemeldet.

Die Bewohnervertreterin kommt jetzt zur Nacherhebung. Man hat sich mit ihr ausgetauscht, wir haben bisher noch nichts mit dem Gericht zu tun gehabt, aber vielleicht kommt jetzt was. Melden tun wir nur zur Sicherheit des Bewohners oder des Mitarbeiters, als Rückversicherung. Aktuell gibt es: drei gemeldete Fälle, sechs waren es, drei sind gestorben, bei 46 Pflegebetten. ((...)) Transponder werden auch gemeldet, und wenn die Leute immobil werden, wird's wieder abgemeldet. ((...)) Wir haben den Eindruck, die Bewohnervertreterin ist nicht sehr glücklich, dass sie so wenige Meldungen von uns bekommt. ((...)) Erfahrene Pflegedienstleitungen tun sich leicht, die wissen, wann ist ein Bettgitter zu setzen, wann gibt es gelindere Maßnahmen? Der Unterschied liegt daran: Wenn eine Pflegedienstleitung ängstlich ist, dann wird viel gemeldet, wenn sie sich sicher fühlt, dann meldet sie weniger und wenn es ein Problem gibt, dann steht man auch mal ein Verfahren durch, weil man von der Maßnahme überzeugt ist.

FRAGE: Eigentlich müsste jedes Gitter gemeldet werden ...

Ja, wenn es eine Maßnahme ist, die wiederkehrend ist. Das haben wir mit der Bewohnervertreterin auch besprochen. Es gibt alte Leute, die sich ein Gitter wünschen, das sind nicht die Maßnahmen die man melden muss ((...)) Wenn jemand sich abso- lut gegen das Gitter wehrt, dann werden wir es nicht hochziehen. Wir hatten einen

Fall, da war es nur vorübergehend, wo der Bewohner es wollte, ich glaube, das muss man nicht melden meiner Meinung nach. Eine Bewohnerin, da möchte die Tochter, dass sie einen Gurt im Rollstuhl hat, da sie immer wieder hingefallen ist, und die Tochter hat sie selbst lange betreut. Da ist die Bewohnervertreterin dagegen, weil die Tochter das wünscht. Wenn wir sagen nein, dann kann die gar nix machen. Aber für die Tochter ist es eine große Beruhigung. Wir haben das gemeldet ... man muss sehen, was jetzt passiert.

Hier zeigt sich eine Normalität, die mit großer Souveränität *die Rolle der Bewohnervertretung auf die einer Art geduldeter Meldebehörde reduziert*: Über die Sinnhaftigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen entscheidet das Fachpersonal, ob man meldet ist eine Frage, die man mehr oder weniger selbst entscheidet, und wenn, dann tut man das nur, um die eigenen Mitarbeiter abzusichern. Ansonsten stellt man den – als legitim empfundenen – Wunsch der Angehörigen über die Bedenken der Bewohnervertreter. Wir konnten mit der Bewohnervertreterin, die für diese Einrichtung zuständig ist, ebenfalls sprechen. Sie bestätigte im Wesentlichen diesen Eindruck: Bei ihren Besuchen in der Einrichtung war sie die ganze Zeit unter der freundlichen Obhut der Pflegedienstleiterin und des Heimleiters, die sie keine Sekunde aus den Augen ließen. Da sie von ihrem professionellen Hintergrund mit dem Bereich der Altenpflege nicht sehr vertraut war, musste sie sich auf die Informationen verlassen, die man ihr gab. Auf Nachfrage teilte man ihr mit, dass entsprechende Maßnahmen, die ihr beim Gang durch die Einrichtung aufgefallen waren, alle mit der Einwilligung der entsprechenden Bewohner durchgeführt wurden.

In anderen Gesprächen mit Bewohnervertretern wurde auch der Verdacht geäußert, dass man bei angemeldeten Besuchen manchmal den Eindruck habe, es würden kurz vorher in dem einen oder anderen Fall die nicht gemeldeten Bettgitter entfernt. Unabhängig vom Realitätsgehalt solcher – zugegebenermaßen nicht sehr häufigen – Einschätzungen kann man sie als Ausdruck für eine in *manchen Fällen noch fehlende Vertrauensbasis zwischen Einrichtung und Bewohnervertretung* interpretieren.

Wir weisen auf diese Fälle hin, weil man an ihnen deutlich machen kann, dass der Erfolg des HeimAufG erheblich auf außerjuristischen Voraussetzungen basiert, die aber ihrerseits wiederum durch das Gesetz mitgeprägt werden. Je nachdem, auf welchen *Normalisierungspfad* sich eine Einrichtung begibt,

- ob sie den Bewohnervertreter und die Regelungen des HeimAufG pro forma anerkennt, de facto aber weiter nach den alt bewährten Mustern verfährt,
- ob sie den Erfordernissen des HeimAufG auf der Ebene der verwaltungstechnischen Abläufe von Melde- und Dokumentationsanforderungen nachkommt,

aber die operative Tätigkeit im eigentlichen Pflegebereich nur dahingehend tangiert wird, dass die Mitarbeiter rechtlich abgesichert sind, wenn sie ihren förmlichen Erfordernissen der Meldung entsprechen, oder

- ob sich die Organisations- und Pflegekultur als ganze durch das HeimAufG allmählich ändert,

davon wird es abhängen, ob das HeimAufG auch seine weiter gefassten politischen Ziele erreichen kann und einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation von Alten und Behinderten in Pflegeeinrichtungen leistet.

Stellt man die verschiedenen kritischen Einschätzungen der Mitarbeiter in den Einrichtungen in einen größeren Zusammenhang, so ergibt sich folgendes Bild: Typische Anlaufschwierigkeiten werden in fast allen Fällen berichtet. Die Einführung neuer Routinen, die Kooperation mit einer neuen Institution, die Umstellung eingespielter Praktiken bereiten überall Probleme. Allerdings zeigt sich auch, dass es sich dabei nicht um Probleme grundsätzlicher Art handelt. Es entwickeln sich regional spezifische Kulturen der Kooperation und man versucht, den Anforderungen des HeimAufG gerecht zu werden. Grundlegender setzt die Kritik an, die auf die Folgen des HeimAufG für das System der Betreuung und Pflege insgesamt verweist. Man sieht die Gefahr, dass die Grenze zwischen Einrichtungen der geschlossenen Unterbringung in der Psychiatrie und dem Bereich der traditionellen Behinderten- und Altenpflege verwischt wird. Konnte man vor dem Inkrafttreten des HeimAufG mit Verweis auf die Unzulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen die Aufnahme von Bewohnern verweigern, bei denen solche Maßnahmen indiziert waren, so besteht jetzt die Möglichkeit, legal für diese Population die Freiheit zu beschränken. Ob und inwieweit diese grundlegenden Befürchtungen gerechtfertigt sind, wird sich zeigen. Letztlich können solche negativen Wirkungen jedoch nur durch umfassende politische Entscheidungen verhindert werden. Bei aller Kritik positiv vermerkt wird die Sensibilisierung für Freiheitsbeschränkungen, die durch das Gesetz ausgelöst wurde. Allerdings wird es auch hier darauf ankommen, die jetzt begonnene Auseinandersetzung über die Freiheit der Bewohner der betroffenen Einrichtungen in einer Art und Weise weiter zu entwickeln, die jenseits der Frage von einfachen körpernahen Beschränkungen die »Lebenswelt Heim« auf den Prüfstand stellt und sie unter dem Gesichtspunkt einer freiheitssichernden Gestaltung kritisch hinterfragt. Eine besondere Rolle kommt dabei den Bewohnervertretern zu.

Dieser für den Reformprozess wichtigsten Figur wenden wir uns jetzt zu. Die Institution der Bewohnervertretung wurde durch das HeimAufG erst geschaffen und hat ihre Tätigkeit mit dem Inkrafttreten des Gesetzes aufgenommen.

2.3 Die Bewohnervertretung – eine neue Institution im Handlungsfeld Pflege

Der Bewohnervertretung (§§ 8ff HeimAufG) obliegt es, die Rechte der Bewohner im Bereich der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen wahrzunehmen. Die Bewohnervertretung ist von den Einrichtungen über alle freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu informieren. Der Bewohnervertreter kann die Einrichtungen, für die er zuständig ist, unangemeldet besuchen, Einsicht in die für seine Tätigkeit relevanten Teile der Pflegedokumentation und Krankengeschichte nehmen und sich bei den Mitarbeitern der Einrichtung über die betreffenden Bewohner kundig machen. Er kann mit den Anordnungsbefugten über das Vorliegen der Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkung sprechen. Die Mitarbeiter der Einrichtungen konnten sich von dieser Institution im Vorfeld des HeimAufG kein richtiges Bild machen. Es war aus ihrer Sicht schwer, die Rolle und Funktion eines solchen Bewohnervertreters in der eigenen Vorstellungswelt zu lokalisieren. Die Vergleiche reichten von einer weiteren Form von Kontrolle wie der Heimaufsicht bis hin zur Vorstellung, hier werde ein weiterer Sachwalter oder eine Art Bewohnersprecher eingeführt.

In der Tat ist die Position des Bewohnervertreters, wie ihn das HeimAufG vorsieht, gestaltungsfähig. Auf der einen Seite ist er angehalten, die Interessen individueller Bewohner wahrzunehmen, auf der anderen Seite aber befinden sich diese Einzelfälle alle in einer Einrichtung, d.h. die qua gesetzlicher Logik vorgesehene strikte Einzelfallorientierung bekommt aufgrund der faktischen Gegebenheiten eine strukturelle, organisationsbezogene Dimension. Wenn etwa in einer Einrichtung sich die Meldungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen häufen, dann liegt es nahe, die Gründe dafür nicht mehr nur in den jeweiligen einzelnen Fällen zu suchen, sondern auf die Strukturen und die Pflegekultur zu blicken, die diese Maßnahmen hervorbringen. Ähnliches gilt im umgekehrten Fall: Einrichtungen, von denen keine Meldungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen eingehen, sind ebenso »verdächtig«, wie solche, die zu viel melden. Mit anderen Worten: Der Bewohnervertreter ist zum einen Vertreter einer Institution, deren Aufgabe es ist, die Rechte der individuellen Bewohner wahrzunehmen, die dazu nicht oder nur bedingt in der Lage sind – so gesehen ist der Vergleich mit der Rolle eines Sachwalters nicht unplausibel. Auf der anderen Seite ist er zugleich in einer Position, in der er die Lebenswelt der Bewohner insgesamt im Auge hat, wenn er etwa auf die Problematik bestimmter, freiheitsbeschränkende Wirkung entfaltender baulicher Maßnahmen hinweist, die nicht nur einen individuellen Bewohner, sondern alle betrifft, die auf einer Station leben.

Dieses breit gefächerte Spektrum möglicher Interpretationen der Rolle des Bewohnervertreters trifft nun auf eine Vielzahl unterschiedlicher professioneller

Identitäten und Kompetenzen, die jeweils verschiedene Schwerpunktsetzungen in der Ausübung der Tätigkeit nahelegen.

2.3.1 Professionelle Identitäten

Die Mitarbeiter der Bewohnervertretung repräsentieren ein breites Spektrum an professionellen Erfahrungen. Die Vereine, denen die Organisation der Bewohnervertretung obliegt, und die für das gesamte Bundesgebiet 50 Vollzeitstellen zu besetzen hatten, rekrutierten ihr Personal aus verschiedenen Berufs- und Tätigkeitsfeldern. Als Bewohnervertreter arbeiten Juristen, Sozialarbeiter, Krankenpfleger, Heil-, Sonder- und Behindertenpädagogen, Psychologen und Soziologen (bzw.

-innen). Viele der neu eingestellten Mitarbeiter haben bereits Erfahrungen im Bereich der Patientenadvokatur und Sachwalterschaft und sind daher mit der spezifischen Problematik der Klientel, deren Rechte durch das HeimAufG geschützt werden sollen, vertraut. Die Ausbildung der neuen Bewohnervertreter geschah unter einem gewissen Zeitdruck in einer Reihe von Modulen vor Inkrafttreten des Gesetzes. Die Bewohnervertreter sollten dabei nicht nur mit der juristischen Problematik von Freiheitsbeschränkungen, wie sie im HeimAufG gefaßt wird, vertraut gemacht werden. Darüber hinaus wurden ihnen grundlegende Kenntnisse über die verschiedenen Aspekte ihrer neuen Tätigkeitsfelder vermittelt. In der Praxis arbeiten die Bewohnervertreter an den verschiedenen Standorten in der Regel in multiprofessionellen Teams. Eine Bewohnervertreterin, gelernte Juristin, schildert die Problematik ihrer Tätigkeit unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen an allumfassende multiprofessionelle Kompetenzen:

Prinzipiell diskutieren wir ((im Team der Bewohnervertreter)) über alles ... Ich tue mich leichter, wenn ich juristische Fragen habe. Ich habe gelernt, dass es keinen Fall gibt, der mit dem anderen identisch ist; was beim einen katastrophal sein mag, kann beim anderen normal sein. Auch wenn man einen Arzt fragt, kriegt man nur eine allgemeine Auskunft ... man müsste immer einen Konsultanten dabei haben.

Oder die Pflege geht raus und schaut die Fälle an und die Juristen schreiben die Anträge. Ich hab mir das auch viel juristischer vorgestellt, so wie Patientenadvokatur, da ist alles viel klarer, da kommt der Richter sowieso. Es ist eine ganz schwierige Rolle: soll man einen Antrag stellen oder nicht? Ich hab den Eindruck, die schwerwiegenden Sachen, die sich lohnen zu überprüfen, die muss man suchen. Stundenlang Seitenteile anschauen, das ist auch unbefriedigend. Die echten Missstände muss man suchen. ((...))

Erst wird die Maßnahme gemeldet, dann mach ich einen Antrag auf Überprüfung und dann geht's los, dann bin ich das Feindbild und dann heißt es in Zukunft werd ich mir überlegen, was ich melde.

Was hier zum Ausdruck kommt, ist eine vermutlich weit verbreitete Haltung der Einrichtungen gegenüber dem HeimAufG: Die Bewohnervertreter sollen kommen, sie sollen auch überprüfen, dann aber nach Möglichkeit das bestätigen, was ohnehin gemacht wird. Hat man die Bestätigung der eigenen Praxis, ist das Problem der »Grauzone« beseitigt und das HeimAufG hat genau jene Funktion erfüllt, die es aus der Sicht der Einrichtungen haben sollte: Rechtssicherheit für die eigene Praxis zu schaffen – aber diese nicht in Frage zu stellen.

Kritik an den schwierigen Verhältnissen im Pflegebereich wird auch in den Einrichtungen akzeptiert, aber meist nur dann, wenn andere Heime und nicht die eigene Einrichtung kritisiert werden.

Auch wird hier deutlich, wie zwei professionelle Haltungen aufeinander prallen können: einmal die Haltung der Juristin, für die eine »rechtliche Überprüfung« zum alltäglichen Handwerkszeug gehört und dementsprechend ein normaler Schritt in der Ausübung ihrer Tätigkeit ist. Auf der anderen Seite die Heime, für die eine solche Form der »Juridifizierung« ungewöhnlich und problematisch ist, weil sie damit den Eindruck gewinnen, dass die eigene Kompetenz nicht anerkannt wird.

Schließlich zeigt sich, dass es nicht genügt, nur einen Blick, sei es den juristischen, medizinischen, pädagogischen oder pflegerischen auf die Situation zu werfen. Freiheitsbeschränkungen sind ein komplexes Problem und ihre Bewertung aus der Position des Bewohnervertreters ist nicht minder komplex.

Die Frage, was eine erfolgreiche Tätigkeit der Bewohnervertretung ausmacht, kann man dementsprechend völlig unterschiedlich beantworten, je nach professionellem Maßstab, den man anlegt:

Es gibt verschiedene Arten zu arbeiten, entweder stell ich Anträge, das ist eine Meßlatte, oder wie viele Fälle habe ich durch Kooperation gelöst – was sind die Kriterien der Arbeit? Messbar sollte sein, was man vor Ort erreicht, wie man dahin kommt, ist nicht so wichtig ... Wenn Abmeldungen kommen, drei Tage nachdem ich dort war, dann ist das ein Erfolg ...

Das Problem ist das Totschweigen von Problemen, das sich immer wieder arrangieren mit scheinbar unveränderlichen Gegebenheiten.

Die je nach professionellem Hintergrund anders beantwortete Frage nach den Erfolgskriterien der eigenen Arbeit ist natürlich nicht nur für die berufliche Zufriedenheit der individuellen Mitarbeiter der Bewohnervertretung von Bedeutung. Auch für die vergleichende Bewertung der Arbeit der einzelnen Teams spielt es eine Rolle, welche Standards und Kriterien man anlegt und natürlich wird auch die Institution Bewohnervertretung als solche in der Öffentlichkeit und seitens der Auftraggeber an bestimmten Kriterien gemessen, die den Erfolg der Tätigkeit repräsentieren sollen.

In diesem Zusammenhang ist es nur bedingt hilfreich, sich auf die klar formulierte Position des Gesetzes zurückzuziehen und die Aufgabe der Bewohnervertretung als »Wahrnehmung der Rechte der Bewohner« zu beschreiben.

Man kann sich dieses Problem an einem ganz alltäglichen Beispiel vergegenwärtigen. Die Tätigkeit eines Bäckers ließe sich beschreiben als »Backen« oder »Herstellen von Backwaren«. Damit aber ist im eigentlichen Sinne weder das Tun des Bäckers beschrieben, noch sind damit die für die Ausübung seines Berufs erforderlichen Kompetenzen erfasst. Backen umfaßt eine Vielzahl von Tätigkeiten, erfordert ganz spezifische Kenntnisse im Umgang mit Substanzen und Maschinen, Fertigkeiten handwerklicher Art, Wissen über Prozesse und Erfahrungen im Umgang mit alledem. Ähnlich verhält es sich mit der Tätigkeit der Bewohnervertreter: »Rechte wahrnehmen« ist eine komplexe Tätigkeit, die der eines Bäckers in nichts nach steht und das Ergebnis kann – wie Backwaren – von unterschiedlicher Qualität sein, je nachdem welche Fähigkeiten, Kompetenzen, Ausrüstungen und Erfahrungen darin einfließen.

Die Multiprofessionalität der lokalen Teams von Bewohnervertretern an den einzelnen Standorten ist hier sicher von Vorteil. Vor Ort, bei den Besuchen in den Einrichtungen sind die jeweiligen Mitarbeiter der Bewohnervertretung jedoch auf sich alleine gestellt und müssen versuchen, sich ein möglichst umfassendes Bild von den individuellen Bewohnern, bei denen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen angeordnet werden, aber auch von dem sozialen und organisatorischen Kontext, in dem der jeweilige »Fall« situiert ist, zu machen. Die praktischen Probleme, die dabei (jenseits des Besichtigens von Bettgittern) entstehen, werden von den Mitarbeitern der Bewohnervertretung in den Gruppendiskussionen immer wieder vorgebracht:

Wenn ich zu einem Bewohner komme und fünf Minuten Zeit habe und der schläft, da weiß ich dann nicht, ist der sediert oder schläft der nur ... wenn ich guten Kontakt zur Pflege hab, dann sagt die mir, dass das ein Problem ist, es kann aber auch sein, dass es nur ein Mittagsschlaf ist.

Hier scheint es einen unerwarteten Unterschied zwischen großen und kleinen Einrichtungen zu geben, auf den wir oben bereits hingewiesen haben: der unmittelbare direkte Zugang zu den Bewohnern ist in den größeren Einrichtungen offensichtlich einfacher, als in den kleinen:

Das ist in den Heimen auch unterschiedlich. In den großen Heimen, da wenn ich mit dem Stationspersonal direkt spreche, da ist das so. Ich suche den Kontakt nach unten, weil von oben, da geht das über drei Stufen nach unten ((...)) In den kleinen Heimen, da wird man vom Heimleiter und der Pflegedienstleitung empfangen, da wird man gleich von der Pflegedienstleitung »geschnappt«, da ist es ein Glücksfall, wenn man mal

mit einem Pfleger was ausdiskutieren kann, man wird abgeschottet, durch das Haus geführt, man hat keinen Kontakt zum Bewohner. Man ist auf ein gutes Verhältnis zur Pflegedienstleitung angewiesen, wenn da jemand sitzt, der auch Interesse hat. ((...)) Ich habe konkret jeden gefragt, wie er sich die Kontaktaufnahme vorstellt, ob das über die Pflegedienstleitung laufen soll oder anders, über die Stationen, und die großen Einrichtungen sagen: gleich auf die Stationen, damit wollen wir nix zu tun haben.

Wenn individuelle Bewohnervertreter über berufliches Wissen aus dem Bereich der Pflege verfügen, wenn sie den »Code« der Einrichtung verstehen und verwenden können, dann erleichtert das die Arbeit vor Ort natürlich. Zugleich kann man mit dem distanzierten Blick des mit der konkreten Problematik vertrauten Experten auch anders auftreten. Man sieht andere Dinge und kann sie auch ansprechen. Der Fall des einzelnen Bewohners dient dann eher als Anlaß für eine ausführlichere Auseinandersetzung mit der Pflegekultur in der Einrichtung:

Für Einrichtungen, die selbst meinen, sie wären sensibel, ist es immer schwierig, wenn einer kommt und sagt, es geht mit gelinderen Mitteln, die meinen sie täten obnehin schon alles. Die Stimmung ist positiv, solange der Bewohnervertreter das mitträgt, sobald man aber da kritisch wird, entstehen Probleme. Wenn man auf Strukturen eingeht. Es geht nicht darum, etwas schlecht zu machen, sondern Situationen zu verändern und das ist schwierig. Es kommt darauf an, wie man denen gegenübertritt. Da wird man dann als Nestbeschmutzer betrachtet. ((...))

Es gibt schon Fälle, da treten die Heime an uns heran und wollen weniger Freiheitsbeschränkungen machen oder die ganz aufgeben und die brauchen dann von uns eine rechtliche Absicherung, die sind sich dann unsicher und wir geben denen die Sicherheit, das sind für mich dann die erfolgreichen Fälle. ((...)) Es gibt ein schräges Rollenbild der Pflege. Die haben kein positives Bild, orientieren sich an den Angehörigen und die Dokumentation liest sich manchmal wie ein Kampfcomic »das übliche Schreien, Kratzen und Zwicken«, immer dann wenn geduscht wird. Da ist vollkommen unklar, wer ist der Kunde und um wen geht es eigentlich? Für mich ist es ein Erfolg, wenn ich Kollegen dazu bringe, das, was sie tun, aus der eigenen Sicht zu hinterfragen. Aus Tradition geschieht immer das gleiche, es ist eine Fließbandarbeit, aber man merkt, wo sie sich die Prioritäten setzen. Es ist undenkbar als Normalität, dass ich den Bewohner mal nicht wasche, aber dafür zwanzig Minuten mit ihm geredet habe. Man merkt oft, dass das Seitengitter gar nicht das Problem ist, man könnte andere Dinge im Leben der Bewohner ändern, die ihnen viel mehr helfen würden. Da setz ich mich oft über meine Rolle hinweg und das sag ich dann auch. Das Seitenteil ist symptomatisch für eine bestimmte Art des Umgangs und der Pflege, das ist ein Automatismus, das lernt man in der Ausbildung: das gehört rauf.

Hinzu kommt, dass natürlich auch die Bewohnervertreter in ihrer Tätigkeit mit den interpretationsbedürftigen Formulierungen des HeimAufG konfrontiert sind.

Ob im konkreten Fall eine Freiheitseinschränkung vorliegt, eine Maßnahme also, die mit Zustimmung des Bewohners gesetzt wurde, oder eine Freiheitsbeschränkung, also eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen, ist nicht immer einfach zu überprüfen. Natürlich wird seitens der Einrichtungen versucht, Maßnahmen in die gelindere Kategorie einzuordnen (also die Zustimmung des Betroffenen anzunehmen):

Manche Einrichtungen weichen aus über die ärztliche Anordnung. Wenn die Ärzte zustimmen, dann geht das. Dann heißt es, der Bewohner hat prinzipiell ja gesagt. Man biegt das Problem solange zurecht, bis man es nicht mehr lösen muss. Es wird versucht, mit Freiheitseinschränkungen statt mit Freiheitsbeschränkungen zu arbeiten, aber das geschieht tendenziös, man versucht dem Bewohner das schmackhaft zu machen. ((...)) Was praktisch nie gemeldet wird, sind Leute, die man mit dem Rollstuhl vor den Tisch schiebt und wo dann die Bremse festgestellt wird. Dann sitzen die da und schauen jeden Tag den gleichen Nachbarn an, können sich nicht wegrehen.

Die Kooperation mit den Ärzten gestaltet sich auch für die Bewohnervertreter schwierig. Wie bereits mehrfach erwähnt, steht die Ärzteschaft dem HeimAufG nicht durchweg positiv gegenüber: Fragen der Abrechnung, der Kompetenzverteilung und der Definition von ärztlichen Maßnahmen als »freiheitsbeschränkend« sind einige der immer wiederkehrenden Streitpunkte, die sich an dieser Schnittstelle ergeben. Andererseits wird dem Arzt in der Anlage des HeimAufG eine zentrale Rolle bei der Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zugewiesen. Eine zwar extreme, aber in dieser Klarheit auch erhellende Beschwerde über den Versuch einer Bewohnervertreterin, mit den zuständigen Ärzten zu kooperieren, stellt das folgende Zitat dar. Auf die Frage, wie sich der Kontakt mit den Ärzten gestaltete, sagte sie:

Am Anfang hin und wieder bei den Informationsveranstaltungen, das war ein reiner Kampf. Ich wollt mit dem einen Arzt diskutieren, weil er immer so hohe Dosen an Psychopharmaka verschreibt, ich bin in die Ordination hin zusammen mit der Pflegedienstleitung und dann hieß es, was ich mir einbilde, das infrage zu stellen und er verschreibt das kübelweise in den ganzen Tälern und bisher waren alle zufrieden damit und ich komm daher und stell das in frage und bin gar keine Ärztin ... das ist so richtiges Dorfkaisergehabe ... auch in ((Name der Einrichtung)). Ich hab gefragt, ob die sich nicht einen psychiatrischen Konsulenten nehmen wollen für die Psychopharmaka und da hieß es: das geht doch nicht, dann kommt doch der Arzt nicht mehr, der lässt das nie zu. Das Problem ist, wenn praktische Ärzte Psychopharmaka verschreiben.

Die Tätigkeit der Bewohnervertretung als Institution ist für den Erfolg des HeimAufG von herausragender Bedeutung. Gleichzeitig muss sie als neugeschaffene

Einrichtung ihre Professionalität, die erforderlichen professionellen Kompetenzen, ihre Anerkennung und ihre Position im dicht besetzten Feld der Akteure, die im Bereich der Pflegeeinrichtungen tätig sind und ihre Interessen verfolgen, erst entwickeln. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass dies in weiten Bereichen in erstaunlichem Maße gelungen ist. Vor diesem Hintergrund sind auch die Darstellungen der logistischen Probleme zu interpretieren, die sich in der Anlaufphase der Tätigkeit der Bewohnervertretung ergaben.

2.3.2 Logistische Probleme und einheitliche Strategien der Bewohnervertretung

Die Einrichtung der Bewohnervertretung geschah unter einem gewissen Zeitdruck. Die insgesamt 50 vollen Planstellen für das gesamte Bundesgebiet mussten schnell besetzt, die neuen Mitarbeiterinnen auf ihre Tätigkeit vorbereitet und die Logistik von neu zu schaffenden regionalen Dienststellen aufgebaut werden.

Aufgrund der geographischen Verteilung ist es für die Bewohnervertreter in manchen ländlichen Regionen schwierig, kontinuierlich und flächendeckend Kontakte zu allen Einrichtungen zu halten, wie es das HeimAufG vorsieht. Bereits die Anfangsphase der Erstkontakte zog sich dementsprechend in bestimmten Regionen in die Länge. Es mussten hier zu Beginn Schwerpunkte gesetzt werden, um den Einstieg in eine effektive Arbeit zu finden. Neben dem Vertretungsnetz, dem Verein mit Hauptsitz in Wien, der den größten Anteil der Bewohnervertreter stellt, sind in Niederösterreich weiterhin der Niederösterreichische Landesverband für Sachwalterschaft und Bewohnervertretung, in Teilen des Bundeslands Salzburg das Salzburger Hilfswerk und in Vorarlberg das Institut für Sozialdienste tätig. Diesen Vereinen oblag die Vorbereitung, die Rekrutierung und Ausbildung der Mitarbeiter der Bewohnervertretung, sowie der Aufbau der für die Wahrnehmung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben erforderlichen Logistik. Insbesondere der Aufbau eines funktionierenden und aussagekräftigen Meldewesens erwies sich als langwierige und schwierige Aufgabe, sowohl konzeptuell, als auch technisch. Die im Rahmen der Untersuchung von uns befragten Bewohnervertreter, die an den verschiedenen Teamstandorten vor Ort tätig sind, nannten eine Reihe von Punkten, die für die Weiterentwicklung der Institution Bewohnervertretung von Bedeutung sein können.

Die Anfangszeit war von Improvisation und Provisorien gekennzeichnet.

Der Anfang war improvisiert ... wir haben nix gehabt ... 10 Tage vorher haben wir die Büroräume gehabt, leer ... das ganze ist zu spät angelaufen von der Vorbereitung ... wir sind am Anfang a bisserl gebremst worden.

Aussagen wie diese finden sich an fast allen Teamstandorten. Ein zentrales strukturelles Problem der Bewohnervertretung scheint dabei die Koordination der ver-

schiedenen Teams im Hinblick auf eine möglichst einheitliche Strategie des Vorgehens bei der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags, wobei zugleich die doch erheblichen regionalen Unterschiede berücksichtigt werden. Diese Unterschiede entwickeln sich im Wesentlichen aus zwei Gründen. Zum einen ist die Situation im Bereich der Pflegeeinrichtungen in den verschiedenen Bundesländern regional sehr unterschiedlich. Zum anderen entwickeln sich innerhalb der verschiedenen Teams der Bewohnervertretung je eigene lokale Kulturen. Dies ist wiederum zum Teil der professionellen Zusammensetzung und individuellen Orientierung der Mitarbeiter, zum Teil der differenzierten Strategie der verschiedenen Trägervereine, die regional für die Organisation der Bewohnervertretung zuständig sind, geschuldet.

In Vorarlberg besteht das Team aus drei Personen – hier war die erforderliche Koordination also sicher weniger schwierig. Andererseits scheint man genügend Zeit und genügend Ressourcen gehabt zu haben, um die Arbeit der Bewohnervertreter gründlich vorzubereiten. Alle Einrichtungen wurden noch vor dem Inkrafttreten des HeimAufG besucht und so die erforderlichen Kontakte geknüpft, sowie grundlegende Informationen zum Gesetz vermittelt.

In der Steiermark und in Kärnten hingegen war man aufgrund der unzureichenden Erfassung der Einrichtungen und dem Hinzukommen einer größeren Anzahl von kleinen Heimen mit besonderen Problemen der Verteilung der Arbeitslast auf die einzelnen Bewohnervertreter konfrontiert.

Wie oben ausgeführt, ist es wenig sinnvoll mit der Vorstellung eines einheitlichen Raums der Rechtsanwendung zu operieren, dafür sind die Verhältnisse in den verschiedenen Regionen zu unterschiedlich. Andererseits ist die Idee eines uniformen territorialen Rechtsraums nach wie vor eine der zentralen Legitimationsfiguren in der politischen Debatte. Im Hinblick auf den Bereich der rechtlichen Regelung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und der Rolle und Funktion einer Institution wie der Bewohnervertretung ergeben sich hier eine Reihe von delikaten Problemen. So bieten die bereits im Gesetz angelegten Interpretationsspielräume bei der Bestimmung von Freiheitsbeschränkungen und den entsprechenden Voraussetzungen für ihre Anwendung Anknüpfungspunkte für die Entwicklung lokaler Standards. Teilweise wird auch auf Landesebene offensichtlich nicht immer in kooperativer Weise auf die Vorgaben und Intentionen des HeimAufG reagiert. So berichtet eine Mitarbeiterin der Bewohnervertretung, dass ihr von der Pflegedienstleitung einer von ihr betreuten Einrichtung ein Schreiben der zuständigen Landesaufsichtsbehörde gezeigt wurde, in dem als Pflegestandard festgelegt wird, dass bei allen Rollstühlen die Bremsen anzuziehen sind. Diese Regelung steht in eklatantem Widerspruch zu den Regelungen der HeimAufG.

Wir hatten oben den Begriff der Standardsituation eingeführt, und damit eine Reihe von typischen Konstellationen bezeichnet, mit deren Hilfe alle Beteiligten ein gemeinsam geteiltes Verständnis (was nicht immer heißen muss, einen Konsens!) entwickeln, wie mit der neuen durch das Inkrafttreten des HeimAufG entstandenen Situation umzugehen ist. Diese Standardsituationen sichern sozusagen die Vergleichbarkeit der Fälle über alle Regionen und Einrichtungen hinweg. Was damit jedoch nicht gesichert ist, sind die Maßstäbe, nach denen diese Standardfälle im Einzelnen zu bewerten sind. Zwar sind Bettgitter eines der Standardphänomene, anhand derer die Problematik freiheitsbeschränkender Maßnahmen in den verschiedenen Einrichtungen plausibel gemacht wird. Ein Bettgitter in Oberösterreich aber kann anders bewertet werden als eines in Niederösterreich, Tirol oder Vorarlberg. Hier zeigen sich in den Gesprächen mit den Mitarbeitern der Bewohnervertretung deutliche Differenzen in der Art, wie streng oder großzügig mit den Standardsituationen umgegangen wird, bzw. wie eng oder wie weit die Begrifflichkeit des HeimAufG ausgelegt wird. Während in manchen Teams die Situation in den Einrichtungen durchaus auch aus der Perspektive der dort tätigen Mitarbeiter betrachtet wird, orientieren sich andere strikt an ihrer Aufgabe als Wahrer der Rechte der Betroffenen. Dementsprechend unterscheiden sich die Einschätzungen der Gesamtsituation im eigenen Zuständigkeitsbereich. Manche kommen zu dem Befund, dass echte Freiheitsbeschränkungen selten sind:

Es geht meistens darum Stürze aus dem Bett zu verhindern, bei Bewohnern die weder geb- noch stehfähig sind, die aus dem Bett oder dem Rollstuhl fallen. Richtige Behinderungen der Freiheit, das ist ganz selten.

Andere hingegen sehen die Praxis der Heime weitaus kritischer und hinterfragen auch jene Fälle, bei denen die Zustimmung des Bewohners zur Freiheitseinschränkung dokumentiert ist:

Die Bewohner sind nicht unbeeinflusst. Wenn einer sagt, er will das Gitter, dann ist er einsichtsfähig, und wenn er es nicht will, dann ist er nicht einsichtsfähig ... die Bewohner sind gestresst ... die Bewohner wissen, was wird erwünscht, und sie anerkennen die Autorität oder befürchten sogar Sanktionen, wenn sie auf ihrer tatsächlichen Meinung beharren ... aber dann heißt es, die Kinder wollen das und das Heim auch ... und dann stimmen sie zu.

Es gibt Zustimmungserklärungen, da hat der Bewohner zugestimmt zu Medikamenten und Seitengitter und in der Dokumentation steht dann, Bewohnerin verweigert die Einnahme des Medikaments – aber das wird nicht gemeldet, weil es eine Zustimmungserklärung gibt.

In der Praxis geh ich davon aus, dass nicht von einer Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Sinne des Gesetzes ausgegangen werden kann ... aber da geht es ja um Kernthemen des Lebens ... man kann sich eingesperrt fühlen durch ein Bettgitter – auch ohne die

formelle Einsichts- und Urteilsfähigkeit. Wenn einer ablehnt und trotzdem nicht zustimmungsfähig ist. Zwar haben Bewohner zugestimmt, und trotzdem versuchen sie drüberzusteigen. Ich schau mir die Freiheitseinschränkungen ((also die Maßnahmen mit Zustimmung des Betroffenen)) an, weil ich denke, dass viele hier Freiheitsbeschränkungen sind, weil eine Freiheitseinschränkung ist einfacher gemacht. Es wird eine Freiheitseinschränkung gemeldet, aber unten ist dann sicherheitshalber die Unterschrift des Arztes.

Die Arbeit der Bewohnervertreter in den Behinderteneinrichtungen hat sich größtenteils problemlos gestaltet. Die dort häufigste Form der Freiheitsbeschränkung, das Absperrn bestimmter Bereiche – vor allem bei Einrichtungen im verkehrsdichten Gebiet – wurde ganz überwiegend im Einvernehmen mit den Bewohnervertretern als eine zu meldende freiheitsbeschränkende Maßnahme, die jedoch die Bedingungen der Zulässigkeit erfüllt, definiert. Das bereits erwähnt temporäre Einschließen ›schwieriger‹ Bewohner erwies sich als ein Feld, in dem Bewohnervertreter in die Diskussion mit den Einrichtungen eintraten. Recht eindrucksvoll in dem folgenden Fallbeispiel:

Da gab es eine Situation von einem jungen Mann, der sich selbst bestraft – das ist ein Ritual aus seiner Jugendzeit – und der ins Badezimmer eingeschlossen werden möchte – und das ließ sich dann ganz leicht mit einem Drehknopf, der von innen zu öffnen ist, lösen. Es passiert auch nur mehr ganz selten. Das hat uns dann auch erleichtert diese Lösung.

((...)) wir haben wir einen Termin mit ihm ausgemacht, da kam er ins Team und er hat sich die Situation beschreiben lassen und wir haben das besprochen.

Es ist aber auch eine Art der Freiheitsbeschränkung, von der gesagt wurde: »Einsperren als pädagogische Maßnahme, das gibt's natürlich und das kriegen wir auch nicht gemeldet.« Entgegen dem in dieser Region erkennbaren generellen Trend hat man hier gerade die Behinderteneinrichtungen als problematisch erfahren:

An sich ist der Bereich der Freiheitsbeschränkungen in diesen Behinderteneinrichtungen emotional hoch gesetzt. Wenn da etwas in Frage gestellt wird – wo die Einrichtungen davon ausgehen, sie sind da ohnehin schon auf dem höchsten Niveau – das wird nicht so gut aufgenommen und macht Ärger.

So entwickelt sich zunächst ein Patchwork lokaler Kulturen, geprägt durch politische, organisatorische und persönliche Besonderheiten in den verschiedenen Regionen. Hier wurde in den Gesprächen mit den Teams der Bewohnervertreter auch deutlich, dass die Sicherung der organisationsinternen Informations- und Kommunikationsstrukturen eine erhebliche Herausforderung darstellt. Die Notwendigkeit, auf lokale Besonderheiten zu reagieren, erfordert eine gewisse Ent-

scheidungsfreiheit, andererseits aber ist es natürlich erstrebenswert, eine Gesamtstrategie für die Tätigkeit dieser Institution zu entwickeln. Die Balance zwischen diesen konfligierenden Orientierungen erfordert ein dichtes und gut funktionierendes System der Abstimmung, das offensichtlich in einigen Regionen als noch verbesserungswürdig gesehen wird.

Übereinstimmend wird aber von allen Teams berichtet, dass das Ausmaß der Freiheitsbeschränkungen zwar zurückgeht, dass eine höhere Sensibilität zu beobachten ist und dass – auch dies ein Befund aus den Gesprächen mit den Bewohnervertretern – jene Einrichtungen, die aufgrund ihrer eigenen pflegekulturellen Orientierung lieber zu alternativen Maßnahmen greifen, um Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden, sich in ihrem Ansatz gestärkt fühlen. Man empfindet dort die Möglichkeiten des HeimAufG und die Kooperation mit den Bewohnervertretern als eine Unterstützung für die eigene Praxis. Jenseits dieser globalen Trends aber zeigt sich, dass die Bewohnervertreter ein sehr differenziertes Bild von unterschiedlichen Typen von Einrichtungen entwickeln, das wir im Folgenden kurz skizzieren werden.

2.3.3. Die Einrichtungen aus der Sicht der Bewohnervertretung

Es war die explizite Strategie der Bewohnervertreter, sich in der ersten Phase ihrer Tätigkeit auf die offensichtlichen Formen der massiven körpernahen Freiheitsbeschränkungen zu konzentrieren. Zudem war es aufgrund der beschränkten personellen Ressourcen erforderlich, zunächst die größeren Einrichtungen zu besuchen und kleinere Einrichtungen, gerade dann, wenn sie weit entfernt vom Standort der Bewohnervertretung lagen, erst später zu erfassen.

Die Wahrnehmung der Einrichtungen aus der Sicht der Bewohnervertretung anhand unserer Gespräche lässt sich entlang der Dimensionen kooperativ – unkooperativ und vertrauenswürdig – wenig vertrauenswürdig organisieren. In der Regel ist der Anhaltspunkt für die Mitarbeiter der Bewohnervertretung die Beziehung, die sie zu den wichtigen Ansprechpartnern in den Einrichtungen aufbauen können. Je nachdem, wie sich diese Beziehung gestaltet, werden die Einrichtungen anders eingeschätzt. Hier kommt eine Reihe von manchmal schwer zu kontrollierenden Dynamiken ins Spiel.

Im Vorfeld der Diskussion über die Angemessenheit der einen oder anderen Maßnahme kann es zwar zu Auseinandersetzungen über unterschiedliche Einschätzungen zwischen Pflegepersonal und Bewohnervertreter kommen, die aber für das Gesprächsklima zwischen Bewohnervertreter und Mitarbeitern der Einrichtung weitgehend folgenlos bleiben. Kritisch scheint es immer dann zu werden, wenn es in dieser Phase zu keiner Einigung kommt und die Bewohnervertretung von der Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung in einem förmlichen Verfahren Gebrauch macht. Verfahren, so die immer wieder geäußerte Einschätzung, »vergiften« das Klima. Das hat vermutlich auch damit zu tun, dass es zwischen

den verschiedenen Einrichtungen in den jeweiligen Regionen einen intensiven Austausch gibt. Wird nun bekannt, dass in einer Einrichtung ein Verfahren nach HeimAufG anhängig ist, so fällt das zu gleichen Teilen auf die Bewohnervertreter und die Einrichtung zurück. In den Augen der anderen Einrichtungen – so die Einschätzung der Bewohnervertreter – gilt ein Verfahren bei Gericht als eine Art »Schandfleck«. Diese Dynamik kann aber auch konstruktiv genutzt werden, wenn es den Bewohnervertretern gelingt, ihre Position sozusagen im Schatten des Leviathan aufzubauen. Wenn gegenüber den Einrichtungen darauf hingewiesen wird, dass es schließlich immer noch die Möglichkeit gibt, die Kontroverse über die Angemessenheit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme gerichtlich entscheiden zu lassen, so erhöht sich damit in vielen Fällen doch das Gewicht der Argumente, die von Seiten der Bewohnervertretung vorgebracht werden.

Die Interviews mit den Bewohnervertretern bestätigen ein allgemeines Problem, das auch in den Gesprächen mit den Mitarbeitern der Einrichtungen zum Vorschein kam. Man scheint dort *in vielen Fällen noch keine klare Vorstellung von der Rolle der Bewohnervertretung entwickelt zu haben*. Die negativen Erfahrungen werden in folgenden Varianten berichtet:

- Man reagiert entweder ablehnend und spricht dem Bewohnervertreter die Kompetenz ab, über einen konkreten Fall zu entscheiden,
- oder man geht auf die Forderungen des Bewohnervertreters ein mit dem deutlichen Hinweis, man täte es ihm oder ihr zuliebe – sähe aber die sachliche Notwendigkeit nicht ein,
- oder aber man mißversteht die Rolle der Bewohnervertretung als einer Institution, die in diesem Bereich anordnungsbefugt ist.

Es wird vermutlich noch einige Zeit benötigen, bis die Position des Bewohnervertreters im Feld der verschiedenen Akteure im Bereich der Pflege verbindliche und angemessene Konturen bekommt.

Natürlich werden auch positive Fälle berichtet: Einrichtungen, die mit der Bewohnervertretung im Sinne der Intentionen des HeimAufG kooperieren, die auf Vorschläge eingehen und die Möglichkeit nutzen, ihre unter dem Regime der »Grauzone« eingefahrenen Routinen zu überprüfen. Allerdings dürften diese Fälle bisher noch in der Minderzahl sein. Sie sind jedoch vor allen Dingen auch deswegen wichtig, weil sie als gelungene Beispiele eine erhebliche motivationale Kraft für die Mitarbeiter der Bewohnervertretung entfalten, deren sonstiger Alltag oft von Misstrauen und Ablehnung in den Einrichtungen geprägt ist. Nicht repräsentativ für die Mehrzahl der Fälle, aber doch typisch für die Probleme, mit denen sich die Bewohnervertreter im Rahmen ihrer Tätigkeit immer wieder konfrontiert sehen, ist das folgende Zitat:

Im Moment haben sie gelernt, dass sie machen können, was sie wollen, ohne dass es eine Konsequenz hat. Und wenn dann auch noch der Richter auf der Seite der Einrichtung steht ... dann ist es ganz aus. Von Juli bis Februar habe ich gebraucht, um einen Bettgurt weg zu kriegen, und die Leute sterben uns weg. Und der Richter sagt zu mir »Das Gesetz ist eine Missgeburt.« Was willst denn da machen? Das sind Extreme, aber es gibt so was in jedem Sprengel.

Bei allen Erfolgsmeldungen, die es natürlich auch gibt, stellen durchgängig alle befragten Mitarbeiter der Bewohnervertretung fest, dass es schwierig ist, in den Einrichtungen wirklich etwas zu verändern. Zwar ist es gelungen, die leichten Fälle in größerem Ausmaß positiv zu bearbeiten, aber die strukturellen Bedingungen der Unterbringung in den Einrichtungen, der Personalmangel, die jahrzehntelang eingespielten Routinen einer bestimmten Pflegekultur, die baulichen Voraussetzungen, die immer problematischer werdende Klientel insbesondere in den Einrichtungen der Altenpflege – all dies sind Faktoren, die sich der Beeinflussung durch die Bewohnervertretung weitestgehend entziehen und die, wenn überhaupt, nur langfristig verändert werden können. Vor diesem Hintergrund ist auch die Einschätzung zu interpretieren, die uns häufig von Mitarbeitern der Bewohnervertretung vermittelt wurde: der Rückgang der körperlichen Freiheitsbeschränkungen dürfte in manchen Fällen einhergehen mit einer Zunahme der medikamentösen Sedierung der Bewohner. Es handelt sich hier offensichtlich um eine Art unintendierte Nebenwirkung des HeimAufG. Zwar werden durch die Einführung des Bewohnervertreeters die Möglichkeiten der körperlich-physischen Freiheitsbeschränkung enger gefaßt: mehr Dokumentations- und Begründungsaufwand, höherer Rechtfertigungsdruck gegenüber dem Bewohnervertreter und letztlich die Drohung mit dem Gericht sind die Hebel, die hier wirksam werden. Gleichzeitig aber bietet sich in der Medikation eine weniger sichtbare, schwerer überprüfbare und im Alltag der Einrichtungen niedrigschwellig verfügbare Alternative zu körperlichen Freiheitsbeschränkungen an. Zwar fallen unter die Regelungen des HeimAufG auch medikamentöse Freiheitsbeschränkungen, doch ist es hier weitaus schwieriger, die Grenze zu ziehen: was gilt als therapeutisch indizierte Medikation und wo beginnt die Freiheitsbeschränkung? Zudem ist im Rahmen der sogenannten Bedarfsmedikation, die im Einzelfall vom Pflegepersonal verabreicht werden darf, ein breiter pharmakologischer Korridor der Vergabe von sedierenden Medikamenten vorhanden, dessen Überprüfung die Möglichkeiten der Bewohnervertretung in ihrer jetzigen personellen und professionellen Ausstattung bei weitem überfordert.

Somit bleibt den Mitarbeitern der Bewohnervertretung lediglich die Möglichkeit aufgrund ihrer Beobachtungen vor Ort, ihrer Kontakte mit dem Pflegepersonal und mit der Leitung der Einrichtungen abzuschätzen, ob sie mit ihren Interven-

tionen wirklich einen nennenswerten Beitrag zu Verbesserungen leisten können oder ob sie lediglich einen Umbau des Regimes der Freiheitsbeschränkung bewirken: von körpernahen zu medikamentösen Beschränkungen. Diese Problematik ist so dringend, wie schwer zu erfassen. Die Medikation geschieht in aller Regel über die individuellen Ärzte der Bewohner, es gibt keine allgemein zugänglichen aggregierten Daten über die Menge der verabreichten Psychopharmaka und Sedativa und die in der Pflegedokumentation der individuellen Bewohner enthaltene Information über die Medikation ist nicht immer aussagekräftig, da es in den meisten Einrichtungen nach wie vor eine Vergabe von einschlägigen Substanzen auf der Basis des »Hausverstands« gibt.

2.3.4 Teamkulturen

An den verschiedenen Standorten der Bewohnervertreter operieren diese in einer je unterschiedlichen Umwelt. Sie sind mit verschiedenen politischen Strategien auf Landesebene konfrontiert und mit einer Vielzahl von Einrichtungen, die mehr oder weniger kooperativ mit ihnen zusammen arbeiten, und sie haben es in ihrer täglichen Arbeit mit Richtern und/oder Sachverständigen zu tun, die (s. Kap. 2.4) sich zu den Regelungen des HeimAufG und dem Problem der Freiheitsbeschränkung sehr unterschiedlich verhalten können. Darüber hinaus entwickeln sich aufgrund unterschiedlicher professioneller Zusammensetzungen, persönlicher Einstellungen und strategischer Vorgaben der Vereine je spezifische kollektiv geteilte Orientierungen in den verschiedenen Teams, auch wenn es in jedem Team immer eine gewisse Bandbreite an Aussagen gibt.⁵ Wir haben auf der Grundlage dieser Konstellationen eine Reihe von »Teamkulturen« (von Teamweltsichten und -selbstverständnissen) identifiziert, die auch im Hinblick auf den praktischen Umgang mit dem HeimAufG deutliche Unterschiede mit sich bringen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass hier die kollektive Verarbeitung von persönlichen und beruflichen Vorgeschichten und Erfahrungen der Bewohnervertreter sowie die Präsentation in einer Interviewsituation beschrieben wird. Diese Verarbeitung wird von realen Verhältnissen beeinflusst und wird ihrerseits durch das Handeln der Bewohnervertreter realitätswirksam. In welchem Verhältnis die differierenden Wahrnehmungen und Selbsteinschätzungen der befragten Teams zur realen Situation der Bewohner in den Einrichtungen und vor Recht und Gericht stehen, wird im nächsten Abschnitt angesprochen werden.

Eine grundsätzlich wohlwollende Beurteilung sowohl der Einrichtungen als auch der Rolle der Gerichte in ihrer Region findet sich bei zwei Teams. Die Erfahrung beträchtlicher eigenen Handlungschancen und eine positive Selbsteinschätzung korrespondieren mit diesen günstigen Umweltbedingungen.

Hat man es mit einer recht kooperativen, experimentier- und lernbereiten Heimszene zu tun, kann man zudem noch in institutioneller Nähe zu den Trägern und Einrichtungen operieren und macht man als Bewohnervertreter unter

⁵ Nur bei einem Team war keine kollektive Identitätsbildung erkennbar, oder auch die Methodik des Gruppeninterviews an Grenzen gestoßen. Man zeigt in der Großgruppe keine Bereitschaft zur Festlegung und Erörterung wirklicher Probleme. Die Aussagen über die eigene Praxis bleiben im Unentschiedenen.

diesen Bedingungen die Erfahrung, durch kooperative und kompetente fachliche Kommunikation von der eigenen professionellen Werte des Bewohnervertreeters etwas zu erreichen, kann sich ein teamkulturelles Muster entwickeln, in dem man sich die gerichtliche Konfrontation spart bzw. deren Risiken vermeidet. (Diese bestehen in den bei den Sachverständigen der Region attestierten Schwächen. Man hat die Erfahrung, dass die Sachverständigen bei den Vorschlägen der Bewohnervertretung oft nicht mitziehen.) Die Chancen für einen kooperativen Stil steigen ferner, wenn den Heimen, die untereinander und zur häuslichen Pflege in Konkurrenz stehen, aus wohlverstandendem Eigeninteresse an einer hohen Bewohnerzufriedenheit gelegen ist. Die Bewohnervertretung entwickelt unter diesen Bedingungen das Selbstbild eines *von allen Beteiligten anerkannten Kompetenzzentrums* für die Anwendung des HeimAufG im Sinne seiner organisationsentwicklungspolitischen Intentionen.

Es kommt je länger je häufiger vor, dass wir gefragt werden, was es denn da so für Möglichkeiten gibt, dass wir wie eine Drehscheibe werden, wo man auch anfragt und anruft.

Mit ähnlicher Erfahrung und Identität findet sich ein zweites Team, das sich selbst als eine Art *Agentur der strukturellen Analyse und Veränderung* versteht und in seiner Tätigkeit über ausreichend Spielräume verfügt, die ihnen akkumuliertes Wissen und Informationsvorsprung gegenüber den Einrichtungen verschaffen würde. Hier werden Rechtsmittel ebenfalls sparsam eingesetzt. Dies wird begründet mit einer prinzipiellen Solidarität, die man mit der Pflege in ihrer schwierigen Lage in der täglichen Arbeit und im sozialpolitischen Kontext empfindet.

Wir sind eigentlich Sammler, wir sammeln viel an Informationen und Eindrücken, ein Abtasten von Situationen, man braucht viel Informationen, um die Tätigkeit ausüben zu können. Wenn man die Strukturen nicht kennt, dann kann man die Aufgabe gar nicht ausführen.

In anderen Teams fällt die generelle Beurteilung der Einrichtungslandschaft deutlich kritischer aus, werden auf der anderen Seite aber die Gerichte doch als starker Aktionspartner erlebt, dank dessen die der Bewohnervertretung zugedachte Aufgabe erfüllt werden kann. Hinsichtlich der eigenständigen Bedeutung und Rollengestaltung bringt dies jedoch bereits Unsicherheiten mit sich.

Die Haltung, die man in einem der beiden favorisiert, lässt sich beschreiben als *katalysierende, die Kreativität der Pflege anerkennde Unterstützung eines Selbstveränderungsprozesses*. Eine Haltung des grundsätzlichen Vorwurfs gegen das Pflegepersonal entwickelt sich hier nicht. Das Gericht wird als kalkulierbares Drohmittel verstanden, das eingesetzt werden kann, um formale und sachliche Rechtserfordernisse gleichermaßen durchzusetzen. Man macht nach Möglichkeit

eine gemeinsame Front mit Richtern und Sachverständigen gegen die Praxis in den problematischsten Einrichtungen, kann sich aber auch selbstbewusst gegen die Richter stellen, oder mit den Heimen Koalitionen gegen die Forderungen von Angehörigen oder Ärzten eingehen. Hier herrscht nach wie vor eine gewisse *Pionierstimmung*, ungeachtet des immer noch empfundenen Provisoriums, Rückstand aufarbeiten zu müssen.

Ich tu die Fachkompetenz zurückspeiegeln, dass das immer die fachkompetente Entscheidung der Pflege sein muss, ist klar, ich kann nur Vorschläge machen, Empfehlungen aussprechen, aber die Prüfung muss strikt über die Fachkompetenz laufen. Da kann man ganz gut sich auch wieder frei spielen. Auch mit diesem Appell, wirklich kritisch zu prüfen.

Das andere ist, wenn eine Ablehnung kommt und keine Kooperation im Sinne von Ausprobieren, ich aber den Eindruck habe, es ist noch etwas möglich, aber ich kann es ihnen fachlich nicht darlegen, mach ich einen Antrag. Da ist, Gott sei Dank, unsere Spruchpraxis sehr unserer Haltung gefolgt und das wirklich aufgrund der Pflegesachverständigen, die in diese Verfahren einbezogen werden.

Ein anderes Team wird von der Überzeugung zusammengehalten, dass die teils öffentlich gedeckten Heimmissstände ein Gesetz wie das HeimAufG und die Rolle des Bewohnervertreeters dringend erfordern, und zieht daraus seine hauptsächliche Motivation. Es herrscht Betroffenheit im Angesicht der in den Einrichtungen in weiten Bereichen vorgefundenen Zustände. Man räumt der Pflege jedoch den Kredit ein, über einen längeren eigenen Lernprozess zur besseren Einsicht und Praxis zu gelangen. In der täglichen Arbeit ist man sehr stark mit der *Ablklärung von Alternativen auf der Basis fachlicher Aufklärung* beschäftigt, und man versucht gemeinsam mit vereinzelt Reformkräften in den Einrichtungen, mit Sachverständigen und »wohlgesonnenen« RichterInnen Verbesserungen zu erzielen. Zugleich aber geht man davon aus, dass es für Alternativen keine allgemeingültigen Rezepte gibt. Es herrscht die Überzeugung, dass nur persönliche Präsenz wirksam ist, wenngleich man dieser Forderung bei weitem nicht überall nachkommen kann.

Ich würde in keines dieser Heime gehen oder meine Mutter dort unterbringen. Es verändert sich was, aber nur in kleinen Schritten und das nur ganz selten. Manchmal ist das mit einem Gerichtsantrag verbunden.

In einem weiteren Team imponiert die *Klage über unmenschliche Großinstitutionen und die Schwäche des Rechts*. Trotz schwerer Vorbehalte sucht man immer aufs Neue nach einer Kooperationsbasis mit den Einrichtungen. Man beruft sich dabei eher auf das Wohl als auf das Recht der Bewohner sowie auf die Unwägbarkeiten gerichtlicher Auseinandersetzung. Man fürchtet, sie könnte unter den gegebenen

Umständen auf Kosten der Bewohner gehen. Es herrscht hier ein starkes Bewusstsein über die unerwünschten Nebeneffekte der rechtlichen Kontrolltätigkeit und infolgedessen eine höhere Unsicherheit über die eigene Rolle.

Gerichtsverhandlungen sind belastende Situationen. Das Klima ist danach nicht gut. Es ist eine Kränkung der Einrichtung, wenn das, was sie machen, als unzulässig erklärt wird ... Das Problem ist, dass viel auf dem Rücken der Klienten dann ausgetragen wird.

Schwierig wird es für Teams, wenn zur negativen Perzeption der Einrichtungen und ihrer Kooperationsbereitschaft nicht nur Unsicherheit über, sondern konkrete Enttäuschung durch die gerichtlichen Instanzen kommt. In diesen Fällen wird auch noch stärkerer Selbstzweifel an der professionellen Aufgabenerfüllung erkennbar.

Das gilt selbst für ein Team, das sich zu *verlorenen Professionalitätsaposteln* stilisiert *in einer Wüste relativ inkompetenten Pflege-, Medizin-, Verwaltungs- und Rechtspersonals*, geprägt von Provinzialismus und Problemverleugnung. Man ist überrascht über die Zustände im Tätigkeitsbereich (Unsensibilität, fehlende Achtung Alter/Verwirrter, unüberlegte Medikationslösungen), wundert sich, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen offen stattfinden, nicht problematisiert, sondern von Seiten der Pflege und der Ärzte unverblümt vertreten werden. Es wird beklagt, dass die Pflege emotionaler Kontakte und der Umgang mit persönlichen Gefühlen des Personals zu sehr Erfolgsbedingung ist, anstatt dass sich alle auf die Erfüllung ihrer Rolle (in gegenseitiger Anerkennung der Leistung des jeweils anderen) konzentrieren. Man sieht sich zudem konfrontiert mit Richtern, die sich eher dem Schutzbedürfnis der Einrichtung, als den Intentionen des HeimAufG verpflichtet fühlen. Man vermeidet deswegen notgedrungen einen Konfrontationskurs und setzt auf kommunikative Einzelfallbearbeitung, im vollen Bewusstsein, dass ein Kulturwandel noch lange dauern wird. Selbstkritik wird geübt an der Uneinlösbarkeit von Ansprüchen (zu wenig Kommunikation mit Bewohnern, Parteienvertretung nicht über Stichproben hinaus). Man leidet unter der Doppelfunktion als Mediator zwischen verschiedenen Interessen und als Parteienvertreter der Bewohner und empfindet dies als eine Situation, die mit der gewünschten Klarheit professioneller Rollen unvereinbar ist.

Die Leute mit Problemen, werden in die Psychiatrie gebracht und die kommen zurück und sind fertig. Aber es gibt keine Ideen für Alternativen, da könnte man mit Hausverstand arbeiten. Wenn in der Dokumentation steht, die Bewohnerin kratzt und beißt, dann muss ich mir das anschauen, warum macht sie das und nicht gleich von der Ärztin zehn Tropfen Psychopax geben lassen ... Bei zwei Gerichtsverhandlungen hab ich versucht, das Thema anzusprechen, aber das wird sofort abgeschmettert ... Und dann gibt es in der ganzen Region nur ein, zwei Fachärzte, und das ist es.

Die betreuen alle Bewohner dort, und die sind auch keine Fachärzte für Geriatrie.

Ähnlich von Enttäuschung geprägt ist ein weiteres Team. Man erlebt dort die Beharrlichkeit des Systems, die so gar nicht mit dem Idealismus übereinstimmt, den man den Mitarbeitern der Bewohnervertretung zu Beginn eingimpft hatte. Überzeugungsarbeit mit derart knappen Ressourcen zu leisten, welche als solche die Glaubwürdigkeit der Bewohnervertretung in den als wenig kooperativ empfundenen Einrichtungen unterminieren, ist schwierig, auch wegen des noch nicht wirklich erworbenen Expertenstatus. Gelegentliche Erfolge werden nur dann verbucht, wenn man sich der Bewohnervertretung von dritter Seite in strategischer Absicht bedient, wenn Pflegekräfte sich gegen die Angehörigen, eine Stationsleiterin gegen ihre Pflegekräfte, die Heimaufsicht oder das Gericht gegen ein Heim wenden. All dies aber wird eher als extern verursachtes Geschehen und weniger als eigene Leistung empfunden. Die ursprünglich angestrebte Aufgabe der Rechtsentwicklung scheitert am Desinteresse und an der Unberechenbarkeit der Richter, sowie an der als widersprüchlich wahrgenommenen Judikatur.

Und da ist auch die Frage, ob nicht offene Feindseligkeit besser wäre als vorgeschobene Freundlichkeit. Ich kann für mich sagen, für meine Kommunikation, ich war viel zu nett immer. Das muss ich ganz ehrlich sagen. Dadurch haben sich die Einrichtungen zu sicher gefühlt.

Gebremst wird die Änderung der Strategie durch eine andere Erfahrung:

Das ist eine Region, wo wir die Anträge sehr bewusst auswählen, weil sie von vornherein mit Aussichtslosigkeit behaftet sind aufgrund der Konstellation Richter-Sachverständige, die beide extrem auf Schutz aus sind.

Wieder andere entwickeln bei vergleichbaren Ausgangs- und Rahmenbedingungen einen stark *konfrontativen Kurs*, der aber auch durch die Umwelt provoziert scheint. Landesbehörden, Gerichte, Angehörige, wechselndes Personal in den Einrichtungen werden allesamt als Opponenten gegen das Gesetz und gegen die Bewohnervertretung als dessen einzige Hüterin erfahren. Dabei sind die Mittel in einer solchen Situation sehr begrenzt. Ein Problem dieser Kultur sind die fehlenden Erfolgsperspektiven, was wiederum zu einer Stabilisierung des konfrontativen Kurses beiträgt.

Es gibt LG-Entscheidungen, in denen steht, dass auf knappe Ressourcen Rücksicht genommen werden muss. Personalmangel wird von den Gerichten akzeptiert. Die Richter haben oft sehr wenig Ahnung vom Gesetz ... Durch Gerichtssprüche entstehen Aussagen, die jedem humanistisch gesinnten Menschen die Haare aufstellen.

Diese hier stilisierten Teamkulturen sind das Produkt der oben genannten Faktoren: landespolitische Kontexte, Besonderheiten der Heimlandschaft, in der gearbeitet wird, Einstellungen der Richter, professionelle Zusammensetzung des Teams und persönliche Voreinstellungen der Teammitglieder. Damit entstehen unterschiedliche Bilder über die Situation in den Heimen. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn man allgemeine Aussagen über die Problematik machen will. Auch die Vereine müssen beim Versuch, ihre eigene Wirksamkeit oder die ihrer jeweiligen Teams an den verschiedenen Standorten zu bewerten, diese Heterogenität in Rechnung stellen: Kooperations- und Rezeptionsfähigkeit der Einrichtungen, Konfrontationshaltungen und Gegenstrategien der Träger, Einstellung der Gerichte und gruppenspezifische Prozesse der Teams bedingen sich gegenseitig. Erfolge sind damit nicht in einer einfachen Währung von gemeldeten und aufgehobenen Beschränkungen, besuchten Einrichtungen oder von durchgeführten Gerichtsprozessen zu messen. Es bedarf hier einer auf die lokalen Bedingungen eingehenden kontextsensiblen Betrachtungsweise, die solche Messziffern im Rahmen der je spezifischen Arbeitsbedingungen und Strukturen des Umfelds interpretiert.

2.3.5 Regionale Daten zur Bewohnervertretung in Aktion

Die Bewohnervertretung ist auch insofern eine zentrale neue Institution für die Umsetzung des HeimAufG, als hier Information über Freiheitsbeschränkungen und -einschränkungen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenbetreuung einlangt. Das Gesetz statuiert Meldeverpflichtungen der Einrichtungen und die Bewohnervertretung hat nicht zuletzt die Aufgabe, die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu beobachten. Im eigens geschaffenen »Bewohnerinformations- und -dokumentationssystem« (BIDS)⁶ werden die Einrichtungen, die unter das Gesetz fallen (aufgeschlüsselt nach verschiedenen Kategorien) sowie die Meldungen aus den Einrichtungen registriert, aufgrund derer die Bewohnervertreter aktiv werden. Deren Aktivitäten sind ebenfalls im BIDS erfasst. Bewohnerbezogene Einrichtungs- und Personenkontakte sowie Überprüfungsanträge bei Gericht und deren Ergebnisse sind im gleichen System erfasst wie der betroffene Bewohnerkreis.⁷

*Meldungen von Personen, die von Freiheitsbeschränkungen und -einschränkungen betroffen sind*⁸

Die Meldungen der Einrichtungen nach dem HeimAufG werden auf unterschiedliche Weise gezählt. Einmal werden Meldungseingänge in Zeiträumen (z.B. Quartalen), zum anderen aufreichte Meldungen zu Zeitpunkten (z.B. Quartalsenden) erfasst. Im ersten Fall handelt es sich um eine Inzidenzstatistik, im zweiten um einen Prävalenzstatistik. Weiters wird einmal nach betroffenen Personen, zum anderen nach gesetzten Maßnahmen differenziert. Dabei werden Freiheitsbeschränkungen (FB) und Freiheitseinschränkungen (FE), d.h. fremdbestimmte und konsensual getroffene Maßnahmen unterschieden und zudem nach Art der

⁶ Die Übernahme von BIDS durch alle Vereine ist noch nicht abgeschlossen. Bisher arbeiten VertretungsNetz und NÖLV mit diesem Instrument.

⁷ Nicht integriert ist die Einrichtungsdokumentation, in der zusätzliche Merkmale, Besonderheiten und Beurteilungen der Einrichtung durch die Bewohnervertreter erfasst sind. Insofern sind der Differenzierung der Einrichtungen nach qualitativen Gesichtspunkten bisher Grenzen gesetzt.

⁸ Vgl. Basistabellen 1 und 2 im Anhang.

Maßnahmen untergliedert. (Schwierigkeiten macht, dass diese Differenzierungen nicht durchgehend sowohl im inzidenz- wie im prävalenzstatistischen Modus verfügbar sind.)

Da freiheitsbe- und -einschränkende Maßnahmen in Einrichtungen verschiedenen Typs unterschiedliche Relevanz und Häufigkeit aufweisen, ist es nicht sinnvoll, mit aggregierten Summendaten über alle Einrichtungskategorien zu arbeiten. Die Daten sind stets zumindest nach den Kategorien APH (Alten- und Pflegeheime), BE (Behinderteneinrichtungen) und KA (Krankenanstalten) gesondert auszuweisen (Tageszentren eingeschlossen). Für die regionale Differenzierung könnte man bis zur Ebene der Teamstandorte der Bewohnervertretung heruntergehen. Dabei übergreifen manche Teams Bundesländergrenzen: So wird das Burgenland von einem Team in Niederösterreich, Osttirol von einem in Kärnten betreut. Da die Alten- und Behinderteneinrichtungen sowie das Krankenanstaltenwesen im wesentlichen Landessache sind und die Länder die Rahmenbedingungen schaffen, wird hier auf Bundesländer fokussiert, soweit dies möglich ist.⁹

An den Meldungen nach dem HeimAufG interessiert zunächst, wie viele Personen davon betroffen sind, in zweiter Linie von wie vielen und welchen Maßnahmen. Umgelegt auf die Zahl der Bewohnervertreter ergibt die Anzahl der Neumeldungen oder der Personen mit aufrechter Be/Einschränkungsmeldung einen Indikator für die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter der Bewohnervertretung bzw. für die Kapazität an Vertretungsleistung für den einzelnen Betroffenen.

Umgelegt auf die Platzzahl in Einrichtungen indizieren Meldungen über betroffene Personen und Maßnahmen im Prinzip den relativen »Freiheitsgrad« in Institutionen unterschiedlicher Art, in verschiedenen Regionen und zu verschiedenen Zeitpunkten. Hiermit wäre angezeigt, in welcher Art von Einrichtungen und an welchen Orten der Grundrechtsschutzbedarf besonders hoch ist und das HeimAufG besondere Relevanz besitzt. Dieser Bedarf, gemessen an FB/FE-Maßnahmen pro 100 Bewohner, ist jedoch nochmals zu relativieren an der Bevölkerung einer Region. Wo ein geringerer Teil der Alten- und Behindertenbevölkerung »institutionalisiert« ist, konzentrieren sich – wie man vermuten kann – in den Einrichtungen die stärker beeinträchtigen Personen, bei denen FB oder FE möglicherweise schwerer gänzlich vermeidbar sind. Deshalb stellt eher die Anzahl der FB/FE-Maßnahmen (Personenzählung) pro 100.000 Personen einer Region einen Indikator für die »Kultur« des Umgangs mit Freiheitsrechten bzw. Eingriffen in dieselben dar als die Anzahl der betroffenen Personen pro 100 Einrichtungsplätze.

Dabei darf aber keinesfalls aus dem Blick verloren werden, dass die FB und FE sich lediglich an »Meldungen« abbilden. Die Existenz eines »Dunkelfelds« einrichtungsintern nicht wahrgenommener und/oder nicht der Bewohnervertretung gemeldeter FB- und FE-Maßnahmen belegt die relativ niedrige Zahl der Meldungen zu Beginn der Gesetzesgeltung. In der Entwicklung der Meldungen bzw. gemeldeten Personen spiegelt sich das Wissen um das HeimAufG und dessen Tat-

⁹ Der Wunsch, gleichzeitig sowohl nach Einrichtungsarten, betroffenen Personen als auch Region zu unterscheiden, zwingt dazu, teilweise auf BIDS-Rohdaten zurückzugreifen. Diese Rohdatensätze bedingen leichte Abweichungen gegenüber den Tätigkeitsberichten der Vereine.

bestandsdefinitionen, die Routine und Disziplin der Meldungen – Effekt von Bekanntheit, Präsenz und Nachdrücklichkeit der Bewohnervertreter vor Ort – mindestens ebenso wie die gesetzten Maßnahmen und real betroffenen Personen.¹⁰ Die hier präsentierten Zahlen betroffener Personen und Maßnahmen stellen insofern das Produkt eines dynamischen und nicht konfliktfreien Verständigungsprozesses innerhalb von sowie zwischen Einrichtungen, Bewohnervertretung und anderen mit der Umsetzung dem HeimAufG befassten Akteuren über das dar, was sie gemeinsam (und was die Öffentlichkeit) angeht.

Zunächst fällt auf, dass sich im *Bereich der Alten- und Pflegeheime* der Anteil der zum Quartalsende als betroffen gemeldeten Personen im Bundesgebiet von anfänglich (am 1.7.2005) 16 auf 24 Prozent (am 31.12.06), d.h. um ca. die Hälfte erhöht hat. Zwei Drittel dieses Anstiegs finden jedoch im ersten Halbjahr statt und sind wohl vor allem der fehlenden Kenntnis und Praxisroutine in den Einrichtungen geschuldet. Das Abflachen der Kurve danach deutet auf eine Annäherung der Meldungen von betroffenen Personen bzw. Maßnahmen an die »Realität« der FB/FE, die das HeimAufG im Sinne hat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Verlauf des Untersuchungszeitraumes noch eine wesentliche Veränderung der rechtlichen Definition der FB erfolgt ist, indem physische Barrieren auch am Bett immobiler Personen als meldepflichtig und überprüfungsbedürftig judiziert wurden. Ohne diese Veränderung, deren Effekt nicht direkt gemessen werden kann, weil keine Berichts- und Messdaten zur Bewegungsfähigkeit von Bewohnern vorliegen, würde die Kurve möglicherweise nicht nur in einzelnen Bundesländern, sondern allgemein zuletzt bereits einen Rückgang der FB/FE-Maßnahmen angezeigt haben.

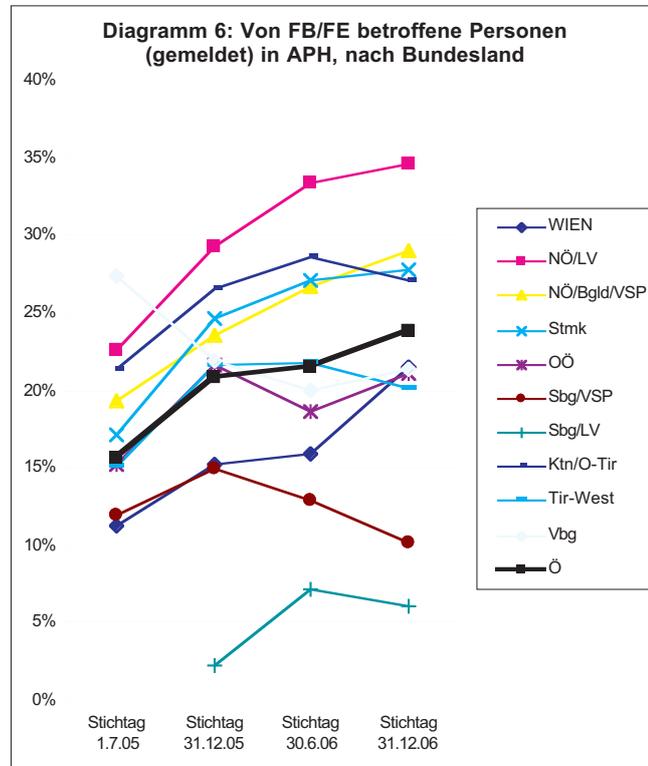
Tatsache ist, dass die Bundesländer Niederösterreich, Burgenland, Steiermark und Kärnten einen überdurchschnittlich hohen Bewohneranteil haben, der freiheitsbeschränkt gemeldet ist. (Unter diesen Bundesländern ist dieser Anteil nur in Kärnten/Osttirol im letzten Halbjahr rückläufig.) Die westlichen Bundesländer, allen voran Salzburg, aber auch Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg liegen hier zuletzt unter dem Bundesdurchschnitt und weisen (abgesehen von Oberösterreich) zumindest im letzten Halbjahr einen Rückgang der Beschränkungsraten auf. (Vorarlberg stellt insofern einen Sonderfall dar, als dort von Anfang an mit höchsten Melderaten gestartet wird¹¹ und der Anteil der betroffenen Bewohner im Beobachtungszeitraum kontinuierlich und insgesamt um ein Drittel zurückgeht.) Hervorzuheben ist auch Wien, wo mit ähnlich niedrigen (gemeldeten) Beschränkungsraten begonnen wird wie in Salzburg, sich der (gemeldete) Betroffenenanteil aber gerade in der letzten Periode nochmals fast verdoppelt.

Wenn man davon ausgeht, dass die Meldungen in Bezug auf betroffene Personen in APH inzwischen stärker als anfangs einer zwischen den Akteuren des HeimAufG (im wesentlichen Einrichtungen und Bewohnervertretung) »geteilten Realität« entsprechen und dass das »Dunkelfeld« nicht als solcher erkannter und gemeldeter Beschränkungsmaßnahmen geschrumpft ist, bleibt festzuhalten, dass

¹⁰ Aber auch »Overreporting«, die Meldung von Maßnahmen ist nicht auszuschließen, die gar keine Beschränkungen nach dem HeimAufG darstellen.

¹¹ Dies ist der Effekt des in Interviews berichteten Besuchs aller Einrichtungen durch die Bewohnervertreter bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes.

in den Alten- und Pflegeeinrichtungen des Landes Niederösterreich (vor allem auf dem Zuständigkeitsgebiet des NÖLV) etwa viermal so viele Bewohner in ihrer Freiheit durch physische oder andere Maßnahmen beeinträchtigt sind wie in Salzburg (33 vs. 8 Prozent), ein Unterschied, der sich im Beobachtungszeitraum eher



vergrößert als verringert hat. (Vgl. Anhang: Basistabelle 1, Diagramm 6)

Daraus kann man die Dringlichkeit der Bewohnervertretung namentlich in der Beobachtung und Gestaltung der Landschaft der APH in den östlichen Landes- teilen ableiten. In den übrigen Bundesländern scheint durch eine andere Charakteristik der Bewohnerschaft oder durch bessere lokale Ausstattungsmerkmale und/oder effizientere Entwicklungs- und Kontrollmaßnahmen bereits vor dem HeimAufG eine Minimierung von Freiheitseingriffen möglich gewesen zu sein.

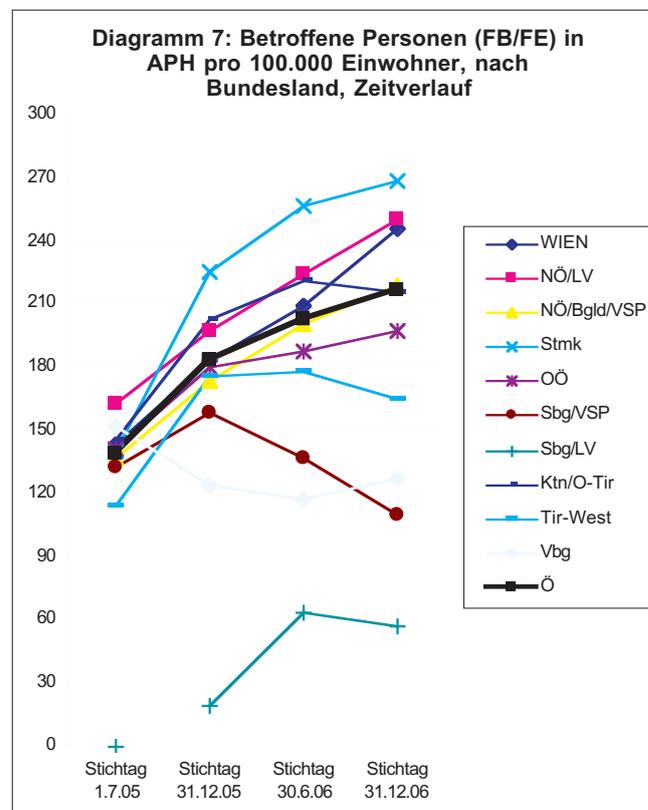
Interessant ist die Feststellung, dass die Berücksichtigung von Bevölkerungszahlen die Unterschiede zwischen den Bundesländern zunächst geringer erscheinen lässt als beim Anteil betroffener Bewohner. Pro 100.000 Einwohner der Region gibt es bei Inkrafttreten des HeimAufG fast überall ähnliche Zahlen freiheitsbeschränkter Bewohner in APH. Die Variation liegt zwischen 114 (Tirol, ohne Osttirol) und 163 (NÖ/LV) beschränkte Personen pro 100.000 der Bevölkerung. Man könnte daraus fast eine »natürliche Erfordernisrate« ableiten, wären da nicht die disparaten Entwicklungen nach längerer Wirksamkeit des Gesetzes. Tatsächlich sind hinter der geringen Eingangsdifferenz zwischen den Bundesländern unterschiedliche »Reportraten« per 1.7.2005 zu vermuten, niedrige in den östlichen

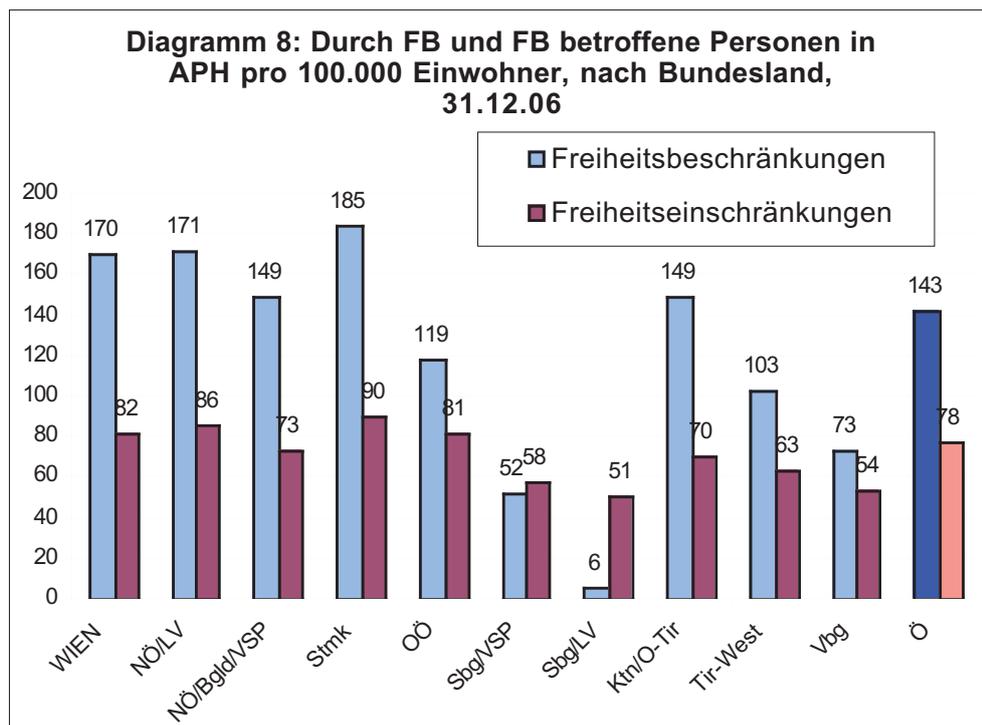
und südlichen Bundesländern mit ihrer hoher Beschränkungsfrequenz sowie vergleichsweise hohe in den westlichen Bundesländern mit ihrer niedrigen Beschränkungsfrequenz. Man könnte diesen Befund so lesen: In den Bundesländern, in denen FB/FE-Maßnahmen »Usus« sind, muss man sich an die Meldepflicht »gewöhnen«, in den Bundesländern, wo Freiheitsbe/einschränkungen pflegekulturell stärker die Ausnahme sind, ist deren Beachtung und Meldung rascher durchgesetzt und beginnt die Phase der Gegensteuerung und des Abbaus früher. (Vgl. Anhang: Basistabelle 1, Diagramm 7)

Das Bild rundet sich ab, wenn man den Anteil der FB versus FE nach Region aufschlüsselt.

Während (zum letzten Stichtag der Untersuchung am 31.12.06) die relative Häufigkeit der von FE betroffenen Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen zwischen 55 (Salzburg) und 90 (Steiermark) vergleichsweise wenig variiert, gibt es bei den ohne ihre Zustimmung Beschränkten einen deutlichen regionalen Unterschied. In Salzburg sind das 30, in der Steiermark 185 pro 100.000 Einwohner. Auch hier zeigt sich wieder das deutliche Ost-West-Gefälle. Im Osten des Bundesgebietes gibt es nicht nur in Summe mehr Maßnahmen, die nach HeimAufG auf ihre Zulässigkeit zu prüfen sind, sondern auch mehr von der gravierenden Sorte FB (gegen bzw. ohne den Willen der Betroffenen). Man versteht es im Westen des Landes anscheinend besser, die Zustimmung des Betroffenen zu Freiheitseingriffen zu erreichen, oder diese glaubhaft zu machen. (Vgl. Anhang:

Basistabelle 1, Diagramm



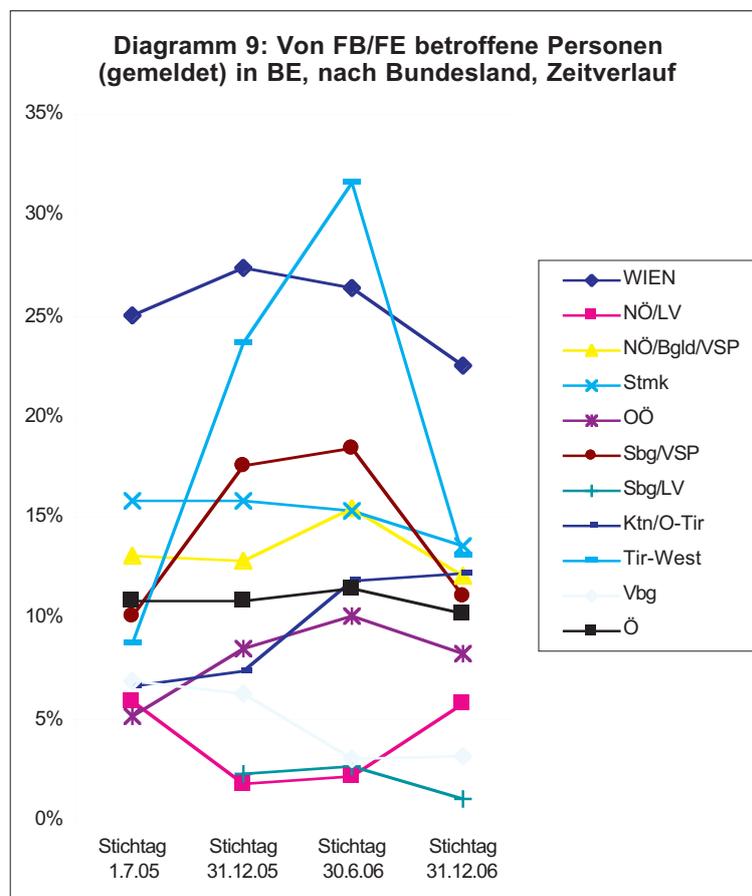


Im Bereich der Behinderteneinrichtungen ist zu beachten, dass hier – im Unterschied zum Bereich der Altenpflege – die Zahl der Plätze im Untersuchungszeitraum stark (auf die doppelte Zahl) angestiegen ist, einerseits durch verspätete Erfassung mancher der unter das HeimAufG fallenden Einrichtungen und andererseits durch die gesetzliche Ausdehnung der Geltung auf den Behindertentagesstättenbereich. Die Komplettierung der Einrichtungserfassung bringt es automatisch mit sich, dass die Zahl der gemeldeten betroffenen Personen pro Bevölkerungseinheit steigt. Die Ausdehnung des Beobachtungsfeldes auf einen Bereich vergleichsweise offener Tageseinrichtungen wiederum hat zur Folge, dass die relative Bedeutung von FB und FE in den Einrichtungen (der Prozentsatz der Betroffenen) vor allem im letzten Halbjahr zurückgeht.

Die Verzögerungen bei der Einrichtungserfassung und die allgemeinen Anlaufschwierigkeiten bei der Meldepraxis bewirken im Bundesdurchschnitt eine stabil erscheinende Betroffenenrate von rund 10 Prozent der Bewohner. (Zu jedem der Stichtage der Untersuchung gibt es neue, ersterfasste Plätze in BE, auf welche tendenziell verspätet als Obligation erkannte Meldungen bezogen werden, was die statistische Kurve der betroffenen pro 100 Einrichtungsplätze abflacht.) Prinzipiell jedoch scheinen BE, wie sie das Gesetz ins Auge fasst, mit durchschnittlich einem von 10 betroffenen Bewohnern weniger freiheitseinschränkend beschaffen als APH.

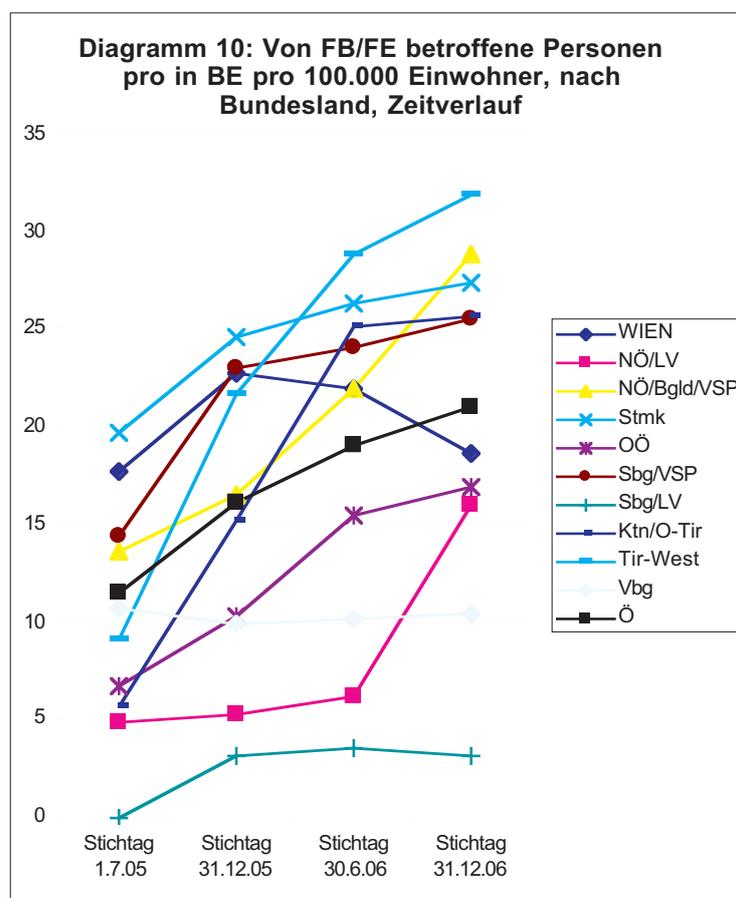
Bei näherer Betrachtung regionaler Verhältnisse fällt auf, dass man in Wien – wo am relativ wenigsten BE-Plätze pro Bevölkerungseinheit bestehen – von Anfang an viele Betroffene (25 Prozent) meldet, danach bei stabilen Einrichtungsplatzzahlen eher leicht rückläufige FB/FE-Maßnahmen vorfindet. Hier scheinen

die Meldepflichten ab Inkrafttreten des Gesetzes bekannt und beachtet, während es Bundesländer gibt, wie Oberösterreich, Salzburg (Bezirke Stadt/Land, Flachgau) und Tirol, wo zunächst offenbar nur Bruchteile der betroffenen Bewohnerschaft gemeldet werden. Dies deutet auf dort wirksam werdende Aufklärungsarbeit der Bewohnervertreter hin. Wenn in diesen Bundesländern der relative Anteil der von FB/FE Betroffenen Behinderten zuletzt wieder zurückgeht, so liegt dies an der dort zuletzt besonders starken Vermehrung der Einrichtungsplätze durch Einbezug der Behindertentagesstätten. Die doch beträchtlich unterschiedlichen Betroffenenanteile in Landesteilen, die von verschiedenen Bewohnervertretervereinen betreut werden, deuten allerdings darauf hin, dass sich in den Meldungszahlen nicht nur unterschiedliche sozialpädagogische Kulturen spiegeln, sondern auch differierende Kontrollpraxen und Kommunikationsmuster (ein nicht abgeschlossener Verständigungsprozess) zwischen Einrichtungen und Bewohnervertretung. Im Niederösterreich des Vereins VertretungsNetz weist man zwei- bis dreimal so viele betroffene Personen aus wie im Niederösterreich des Landesvereins. Noch größer ist der entsprechende Unterschied im Bundesland Salzburg. Auffallend niedrig sind auch die Zahlen der gemeldeten beschränkten Personen in Vorarlberg, wo die größte Behindertenplatzdichte aller Bundesländer herrscht. (Vgl. Anhang: Basistabelle 2, Diagramm 9)

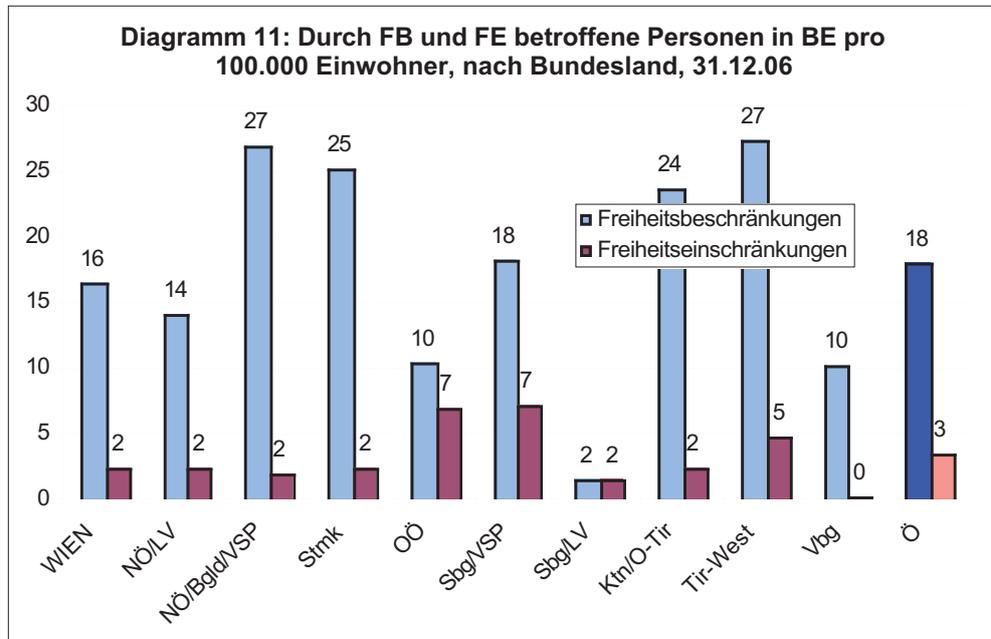


Auf die Bevölkerungsgröße bezogen reduzieren sich die oben beobachteten Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Häufigkeit betroffener Bewohner von BE etwas. Im Mittelwert (im Bundesgebiet) sind es zu Beginn des Untersuchungszeitraums 11, am Ende 21 Personen je 100.000 der Bevölkerung, die freiheitsbe- oder -einschränkenden Maßnahmen in Behinderteneinrichtungen unterliegen. Dieser Anstieg reflektiert vor allem den Prozess der zunehmend erweiterten Einrichtungserfassung, die Verdoppelung der bekannten, in die Rechtsanwendung einbezogenen Platzzahlen. Um diesen Mittelwert variieren die bevölkerungsrelativen Zahlen Betroffener zwischen 16 (NÖ/LV) und 32 (Nordtirol) sieht man von Vorarlberg und Salzburg (LV) mit ihren ausnehmend niedrigen Meldezahlen ab. (Der Anteil der betroffenen Bewohner in BE schwankt immerhin zwischen 6 Prozent – NÖ/LV – und 22 Prozent – Wien.)

Bezogen auf die Bevölkerung sind in Wien am Ende der Untersuchungsperiode unterdurchschnittlich viele Bewohner von BE in ihrer Freiheit beeinträchtigt und haben wir hier das einzige Bundesland vor uns, wo die Zahl der FB/FE-Meldungen (Personenzählung) bereits rückläufig ist. Überproportional viele beschränkte Personen im Behindertenbereich sind in Tirol und Kärnten, aber auch in Niederösterreich (beim VertretungsNetz), im Burgenland und in der Steiermark gemeldet, mit großem Abstand am wenigsten in den Bundesländern Salzburg (beim Verein Hilfswerk) und Vorarlberg. (Vgl. Anhang: Basistabelle 2, Diagramm 10)



In BE ist der Anteil der »im Einvernehmen« mit dem Betroffenen getätigten Einschränkungen geringer als in APH, nur eine von sieben freiheitsbescheidenden Maßnahmen ist hier laut Meldung eine FE. Dennoch gibt es auch hier wieder regionale Differenzen. In Salzburg (unabhängig von Vereinszuständigkeit) sind es immerhin 30 und in Oberösterreich 40 Prozent der Betroffenen, die mit ihrer Zustimmung eingeschränkt sind. (Vgl. Anhang: Basistabelle 2, Diagramm 11)

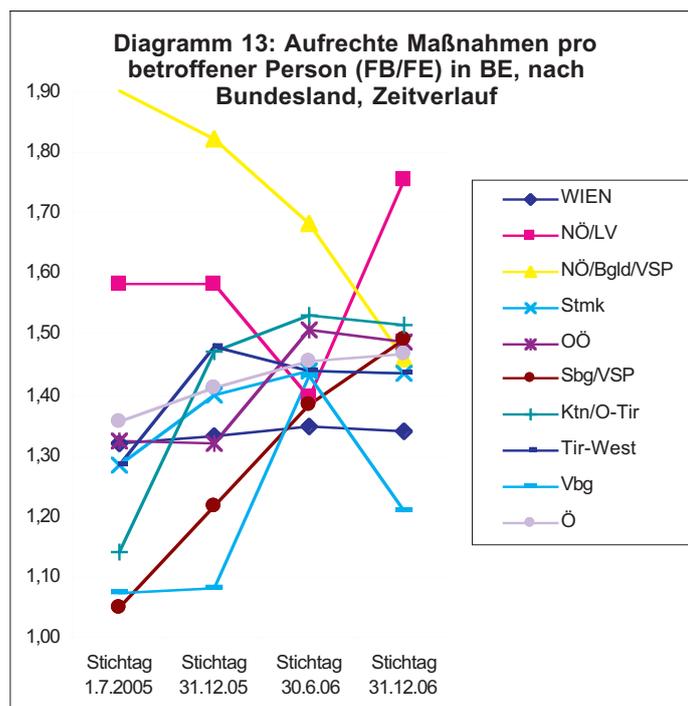
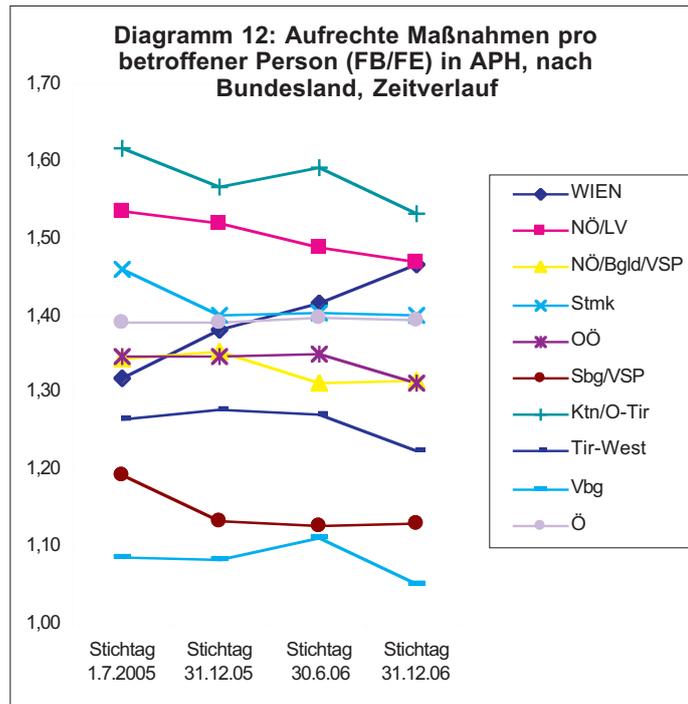


Die einzelne Person kann von einer oder von mehreren Maßnahmen der FB/FE betroffen sein. Als ein grober Indikator für das Ausmaß der Freiheitseingriffe sei hier die durchschnittliche *Anzahl der gegenüber einer gemeldeten Person eingesetzten FB/FE-Maßnahmen* herangezogen. (Vgl. Anhang: Basistabelle 3, Diagramm 12)

Bei Bewohnern von APH bleibt die mittlere Zahl der Maßnahmen pro betroffener Person über das gesamte Bundesgebiet¹² über den Beobachtungszeitraum mit 1,4 gemeldeten Maßnahmen konstant. Unter den aggregierten Zahlen verbergen sich abnehmende Durchschnittswerte in allen Bundesländern mit Ausnahme Wiens. Dort nimmt nicht nur die Zahl der gemeldeten Personen, sondern auch die der jeweils gemeldeten Maßnahmen zu. (In den meisten anderen Bundesländern steigen zwar die gemeldeten Personen in einer abflachenden Kurve an, die durchschnittlich pro Bewohner getroffenen Maßnahmen gehen jedoch zurück.)

Im Mittel mehr Maßnahmen pro Betroffenen als in Wien werden zuletzt noch aus Niederösterreich (NÖ/LV) und Kärnten gemeldet. Selten mehr als eine einzige Maßnahme pro Person wird aus Vorarlberg, Tirol und Salzburg berichtet.

¹² Ohne Bereich des Vereins Salzburger Hilfswerk.



Im Behindertenbereich nimmt die Zahl der gemeldeten Maßnahmen pro Betroffenen in Österreich insgesamt von 1,4 auf 1,5 leicht zu. Die Entwicklung scheint hier jedoch sehr viel uneinheitlicher. Sehr hohe Werte zeigen sich in Niederösterreich (beider tätigen Vereine), wobei sie im Wirkungsbereich des Vereins VertretungsNetz im Zeitverlauf deutlich fallen. Niedrige Werte zeichnen Wien und Vorarlberg aus, die Länder mit extrem vielen bzw. wenigen BE-Plätzen in Relation zur Bevölkerung. (Vgl. Anhang: Basistabelle 4, Diagramm 13)

Gemeldete Maßnahmen und deren Aufhebung

Aus den Daten der Bewohnervertretung (vor allem aus BIDS) sind gemeldete betroffene Personen und sämtliche Maßnahmen der FB und FE ersichtlich. Schlechter erfasst als die Freiheitseingriffe ist deren Beendigung. Hier findet keine Personenzählung statt, die besagen würde, wie viele Personen in bestimmten Zeiträumen wieder in den Stand der uneingeschränkten Freiheit versetzt wurden, sondern lediglich eine Zählung der aufgehobenen Maßnahmen. Auch hier sind die Bewohnervertretungsvereine auf Meldungen aus den Einrichtungen angewiesen. Die Zahl der gemeldeten Aufhebungen von Maßnahmen stellt einen Indikator für die Wiederherstellung von Freiheitsrechten dar¹³, für ein vom Gesetz erwünschtes Resultat des Zusammenwirkens zwischen Einrichtungen, Bewohnervertretung und Justiz. In Hinblick auf die Wiederherstellung der persönlichen Freiheit sind gemeldete Aufhebungen im Zusammenhang mit Todesfällen und Verlegungen irrelevant und zu vernachlässigen. Auch die Aufhebungsmeldungen bei FE sind in diesem Sinne wenig indikativ und gelten zudem als unvollständig und unzuverlässig. In der Folge soll daher nur das Verhältnis zwischen Meldungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und entsprechenden Aufhebungen (korrigiert um Meldungen wegen Todes oder Wechsel der Institution¹⁴) behandelt werden.

Kritisch ist dabei anzumerken, dass hier Meldepraktiken, die jede kurzfristige Unterbrechung und Wiederaufnahme von FB-Maßnahmen bei ein und derselben Person an der Bewohnervertretung bekannt geben, künstlich hohe Meldezahlen wie »Aufhebungsraten« erzeugen. Wie sehr einzelne Personen immer wieder von FB und FE betroffen sind bzw. über die Nachhaltigkeit von Aufhebungen solcher Maßnahmen geben die bisher verfügbaren Daten keine hinreichende Auskunft.

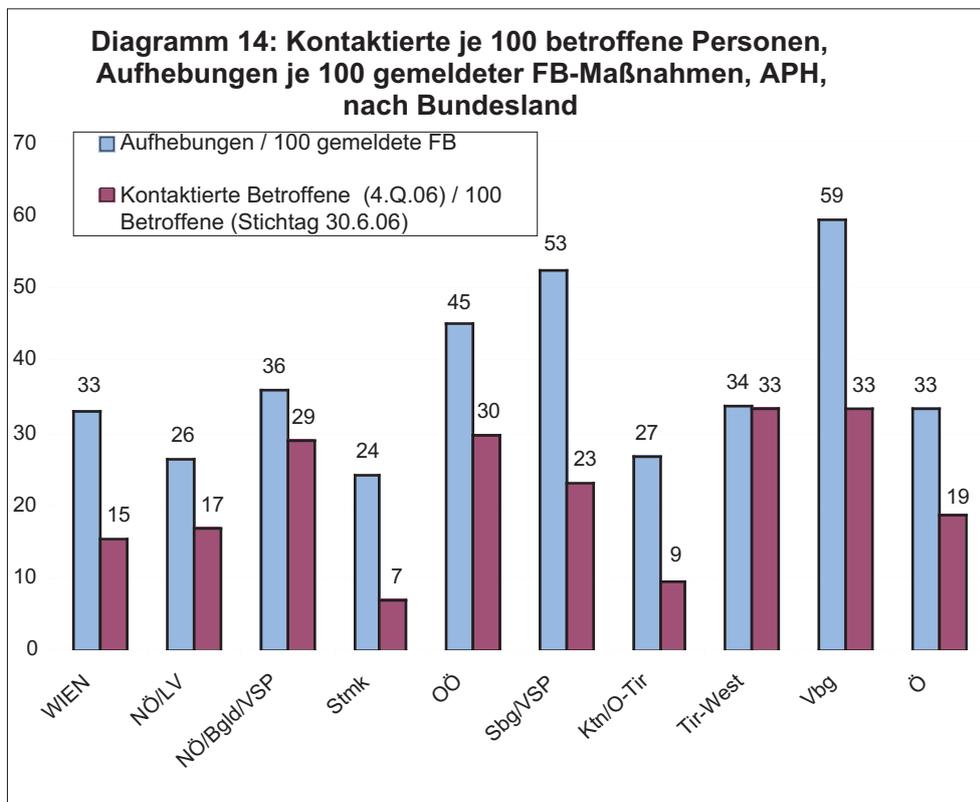
Wie sehr die Geltung des HeimAufG, die Existenz der Bewohnervertreter, ihre Aktivität im allgemeinen und personenbezogen, gar die Androhung oder Einschaltung des Gerichts zur Überprüfung der Maßnahmen den Verzicht auf Freiheitseingriffe befördert, oder wie sehr die Pflege, Medizin und Behindertenpädagogik von sich aus solche Maßnahmen immer wieder überprüfen, rückgängig machen und möglichst hintanhaltend, kann aus den Daten nicht abgelesen werden. Dass das Gesetz und die Bewohnervertreter einen »Erfolgsanteil« daran haben, darf jedoch angenommen werden. Einen Hinweis auf die Rolle des Bewohnervertreters könnten Daten über Betroffenenkontakte in Reaktion auf Meldungen geben. Personenkontakte werden (im größten Verein VertretungsNetz) jedoch erst ab 1. 10. 2006 genauer erfasst. Diese Kontakte im letzten Quartal 2006 können hier nicht auf die im Quartal als betroffen gemeldeten Personen bezogen werden, sondern nur auf 100 zum Stichtag 30.6.06 Betroffene. Daraus ergibt sich lediglich ein Näherungsmaß für die Intensität persönlicher Präsenz und Vertretung vor Ort.

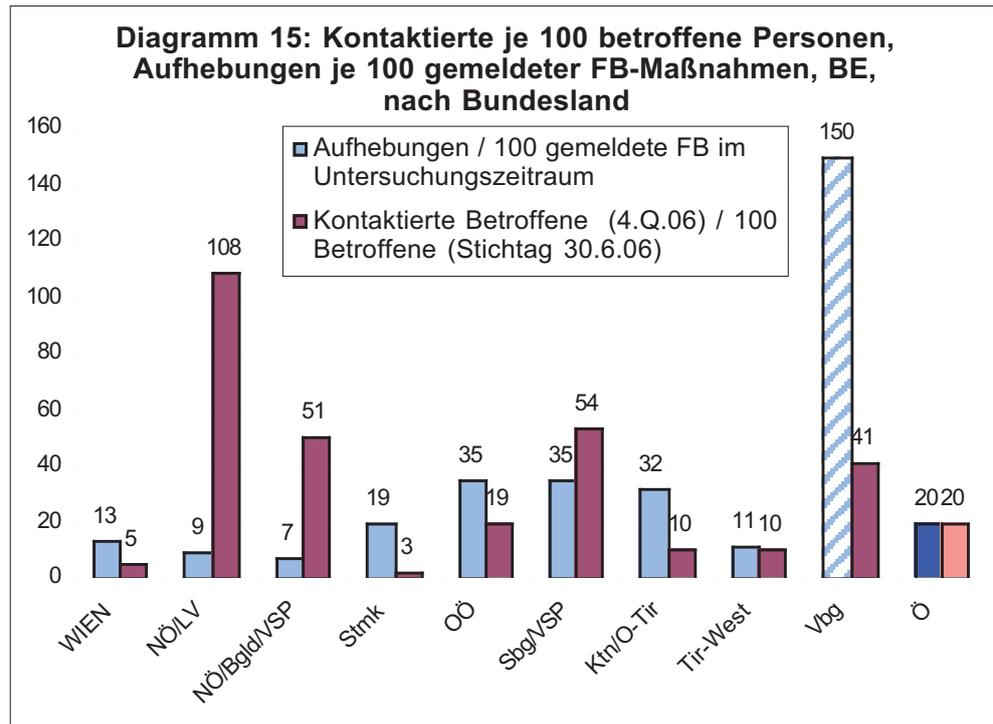
¹³ Aufhebungsmeldungen hängen auch an einem funktionierenden Dokumentationssystem der Einrichtungen. Deren Mitarbeiter berichten in den Interviews immer wieder vom Problem der rechtzeitigen Aufhebungsmeldungen. In manchen Einrichtungen geht man in regelmäßigen Abständen die Dokumentation durch, um aufgehoben zu meldende Fälle zu identifizieren.

¹⁴ Man muss nach Einschätzung der BIDS-Administration davon ausgehen, dass die Bereinigung noch fehlerbehaftet ist und die Anzahl der Aufhebungen deshalb tendenziell überschätzt wird.

Im gesamten Bundesgebiet und über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1 1/2 Jahren entfällt im *Bereich der Alten- und Pflegeeinrichtungen* auf drei Beschränkungsmeldungen (Maßnahmenzählung) eine Aufhebungsmeldung, 33 Prozent aller gemeldeten FB-Maßnahmen enden durch (zumindest vorübergehende) Aufhebung aus anderen Gründen als dem Ableben der Betroffenen oder dem Auszug des Bewohners aus der Einrichtung. 67 Prozent sind nicht aufgehobene Maßnahmen, überwiegend unangefochtener und zulässig erachteter Art, gemessen an den nicht sehr zahlreichen Überprüfungsanträgen ans Gericht und deren Ergebnis (s.u.).

Über dem Durchschnitt, was Aufhebungsquoten betrifft, liegen die Bundesländer Salzburg (VertretungsNetz), Oberösterreich und Vorarlberg, gleichzeitig Länder mit unterdurchschnittlich vielen Betroffenen in Einrichtungen und je Bevölkerungseinheit. Unter dem Durchschnitt bewegen sich Niederösterreich (NÖLV), Steiermark und Kärnten, wo nur ein Viertel bis ein Fünftel der FB-Maßnahmen eine Aufhebung erfahren. Es sind dies auch Länder, wo ein relativ geringer Anteil der betroffenen Bewohner im letzten Quartal 2006 einen persönlichen Kontakt in der Einrichtung erfährt. Andererseits ist dort, wo – wie in Oberösterreich und Salzburg – relativ viele Aufhebungsmeldungen zu verzeichnen sind, jedoch keine überproportionale Kontaktzahl pro 100 Betroffene sichtbar. (Vgl. Anhang: Basistabelle 5, Diagramm 14)





Auf dem Sektor der *Behinderteneinrichtungen* sind Aufhebungen von FB-Maßnahmen relativ seltener. (Dabei ist zu bedenken, dass ein relativ größerer Anteil der Meldungen aus BE noch verhältnismäßig jung ist.) Nur auf etwa jede fünfte Freiheitsbeschränkung in BE entfällt eine Rücknahmemeldung. Wesentlich häufiger geschieht dies in Oberösterreich, Salzburg, Kärnten und Vorarlberg¹⁵. In Niederösterreich und Wien dagegen, aber auch in Tirol bleiben neun von zehn im Untersuchungszeitraum gemeldeten FB während desselben aufrecht – in Niederösterreich ungeachtet sehr hoher Kontaktfrequenz. (Ein klarer Zusammenhang zwischen Bewohnerkontakten und Aufhebungsquote ist an den vorliegenden – ungenügenden – Daten jedoch nicht erkennbar.) (Vgl. Anhang: Basistabelle 6, Diagramm 15)

Anträge auf gerichtliche Überprüfung

Das ultimative Instrument des Bewohnervertreeters ist der Antrag auf gerichtliche Überprüfung der gemeldeten (oder meldepflichtigen) FB und FE. In absoluten Zahlen sagen die Überprüfungsanträge etwas über die Belastung der Gerichtsbarkeit aus, im Zeitverlauf etwas über die Strategie der Vereine, die Klärung der Bewohnerrechte aus dem informellen in ein formelles Verfahren überzuleiten. In Relation zu den gemeldeten Maßnahmen oder auch zur Platzzahl in Einrichtungen zeigen die Anträge ans Gericht, wie zurückhaltend seitens der Bewohnervertreter bei Meldungen aus verschiedenen Einrichtungskategorien vorgegangen wird, wie sehr sie ihre Vorabklärungsfunktion wahrnehmen. Schließlich indiziert die Rate der Unzulässigkeitserklärungen bei rechtskräftigen Entscheidungen, die im Untersuchungszeitraum fast ausschließlich von Seiten der Bewohnervertre-

¹⁵ Die Aufhebungsmeldungen übertreffen die in Vorarlberg rückläufigen Neumeldungen, was den auffälligen Wert in Diagramm 15 erklärt. Die Zahlen sind hier jedoch, weil für die Untersuchung nur für das letzte Quartal verfügbar, zu klein, um aussagekräftig zu sein.

tung angeregt worden sind, wie sehr Gerichte Zweifel an der Rechtmäßigkeit von Maßnahmen teilen bzw. wie sehr Bewohnervertreter ihre Auswahl von Überprüfungsfällen auf problematische Sachverhalte abstellen.¹⁶

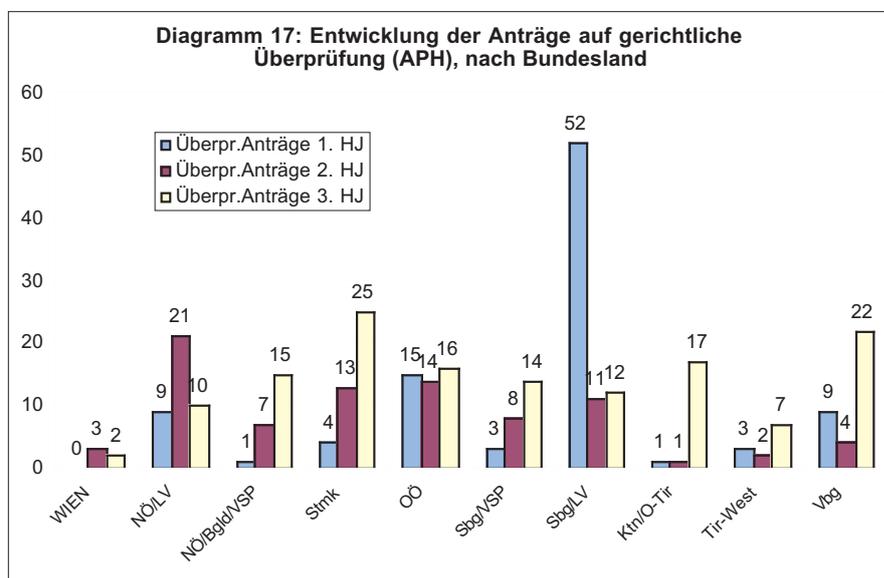
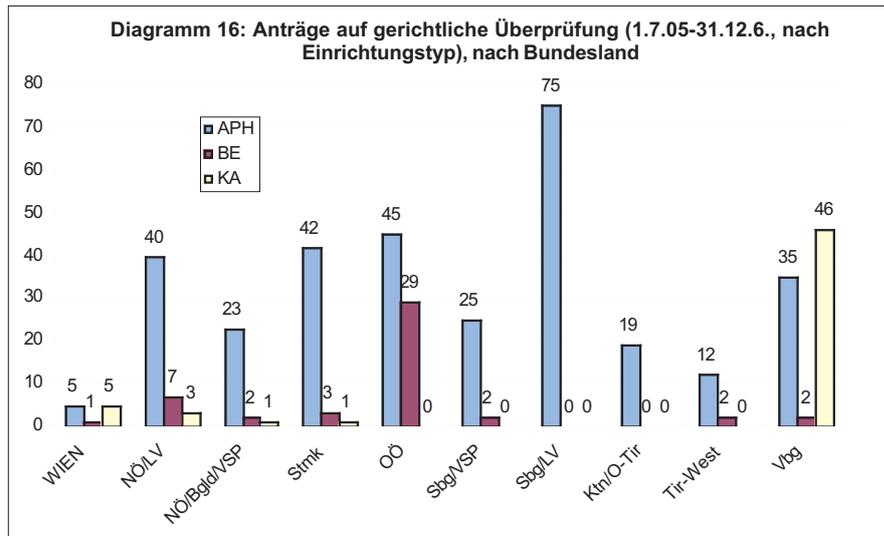
In Summe sind in den ersten 1 1/2 Jahren nach Inkrafttreten des HeimAufG 425 gerichtliche Überprüfungsanträge gestellt worden, im ersten Halbjahr 99 (mehr als die Hälfte davon im Bereich des Vereins Salzburger Hilfswerk), im zweiten mit 147 deutlich mehr und im dritten 179. Sieht man von einem Verein ab, wurde die Befassung der Gerichte also zunächst hinausgezögert, die vorerst sehr geringe Antragszahl im zweiten Halbjahr aber verdreifacht, danach nur noch geringfügig gesteigert. (Die Überprüfungsanträge beziehen sich insgesamt zu 76 Prozent auf Maßnahmen, die in APH zur Anwendung kommen, zu 11 Prozent auf aus BE und zu 13 Prozent aus KA gemeldete Maßnahmen.) (Vgl. Anhang: Basistabelle 7 und 8, Diagramme 16 und 17)

Von diesem Muster des Vorgehens weichen einige Bundesländer ab. Wenn man die APH betrachtet, startet man in den südlichen Teilen Salzburgs rasch mit einer »Überprüfungskampagne«. Man erwartet von ihr anscheinend Klarstellungen gegenüber den Einrichtungen und die Vermeidung späterer Auseinandersetzungen. Relativ früh werden FB/FE auch in Oberösterreich gerichtlich überprüft. Hier nimmt die Zahl der Überprüfungsanträge im zweiten und dritten Halbjahr nicht weiter zu. Dagegen beginnt man in Wien de facto erst 2007 mit mehr als vereinzelten Überprüfungsanträgen tätig zu werden. Zuletzt eine deutlich rückläufige Überprüfungsaktivität zeigt sich in jenen Landesteilen Niederösterreichs, für die der NÖLV zuständig ist. (Vgl. Anhang: Basistabelle 8, Diagramme 16 und 17)

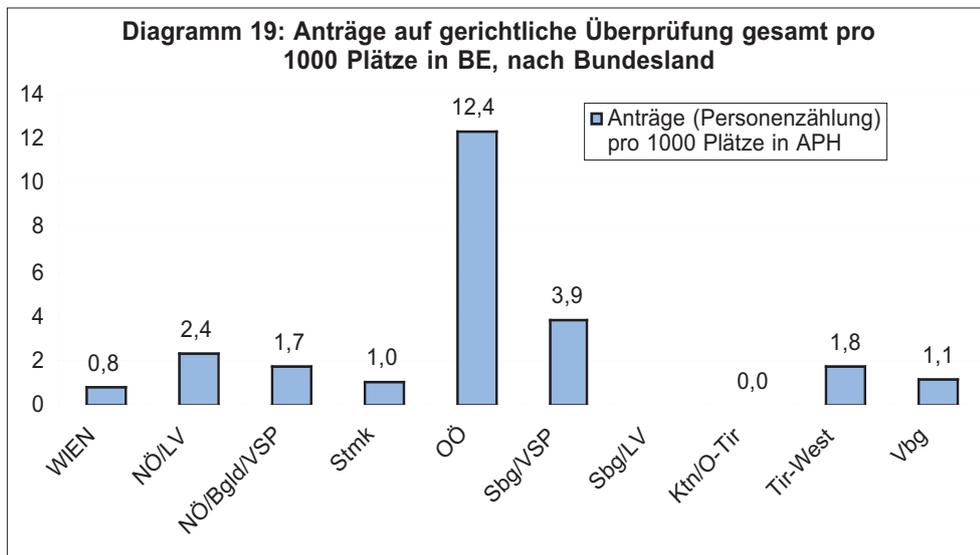
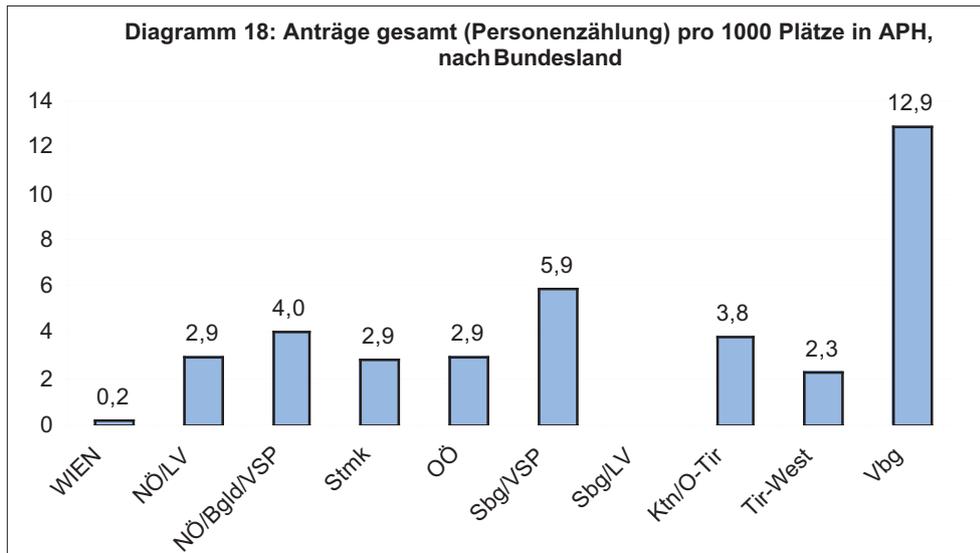
Bei den BE entfallen über die Hälfte der Überprüfungsanträge auf das Bundesland Oberösterreich, wo im zweiten Halbjahr des Untersuchungszeitraums offenbar vorübergehend ein besonderer Schwerpunkt auf der gerichtliche Rechtmäßigkeitsprüfung von Maßnahmen in diesen Einrichtungen gelegt wird. (Vgl. Basistabelle 9, Diagramme 16 und 17)

In Bezug auf Meldungen aus KA sticht überhaupt nur Vorarlberg als einziges Bundesland hervor, wo solche Meldungen in nennenswerter Zahl eingehen und auch gerichtlich überprüft werden. Überall sonst sind KA nach wie vor außerhalb des Blickfelds der Bewohnervertretung und der Gerichte. (Vgl. Anhang: Basistabelle 7, Diagramm 16)

¹⁶ Diese Rate der Unzulässigkeitsklärungen pro 100 rechtskräftiger Entscheidungen wird insofern unterschätzt, als in den vorhandenen Statistiken befristete bzw. an Auflagen gebundene Zulässigkeitsklärungen als Entscheidungen auf Zulässigkeit ausgewiesen werden. Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass auf der Seite der Nicht-Unzulässigkeitsentscheidungen hier nicht zwischen Zulässigkeitsbestätigung und Abweisung des Überprüfungsantrags unterschieden wird.

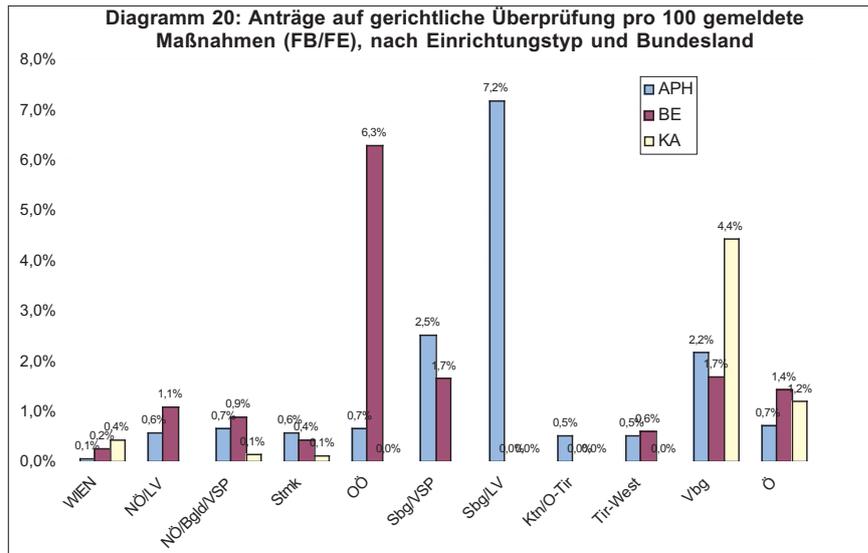


Bezieht man die Zahl der Überprüfungsanträge im gesamten Untersuchungszeitraum (Zählung nach Personen, über deren Beschränkung u. U. auch mehrmals gerichtlich befunden werden soll) auf je 1000 Plätze in Einrichtungen der Altenpflege, so zeigen sich beträchtliche Unterschiede. In Wien, wo die meisten Heimplätze existieren (wenngleich mit einem hohen Wohnplatzanteil), wird nur ein verschwindend kleiner Teil der Bewohnerfälle vor Gericht gebracht, in Vorarlberg, wo die Heimplatzdichte gering ist, sind es anteilig über 60mal mehr. Auch in der Region Salzburg (beider Vereine, vor allem des Landesvereins), wo die Ausstattung mit Heimplätzen ebenfalls relativ hoch ist, werden in Relation zu Heimplätzen viele Überprüfungsanträge gestellt, doppelt so viele wie in anderen Bundesländern. (Vgl. Anhang: Basistabelle 8, Diagramm 18) Bei den Behinderteneinrichtungen tritt Oberösterreich als Bundesland hervor, wo die Bewohnervertretung Überprüfungsanträge in größerer Zahl einbringt. (Vgl. Anhang: Basistabelle 9, Diagramm 19)



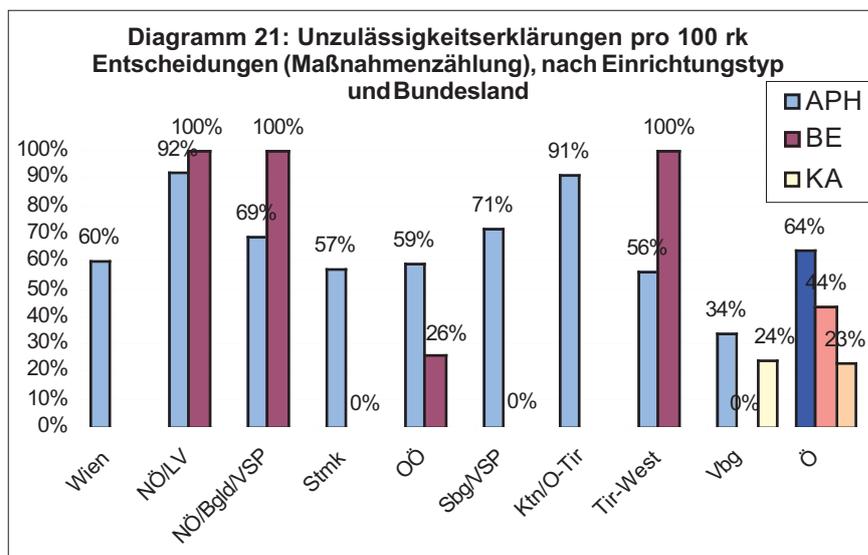
Besonders aufschlussreich ist der Anteil der im Untersuchungszeitraum gemeldeten Maßnahmen, mit welchem die Gerichte befasst wurden. Er liegt bei den vielen FB/FE-Meldungen aus APH österreichweit bei 0,7 Prozent, bei den (wenigen) Meldungen aus KA bei 1,2 Prozent und bei den Meldungen aus BE bei 1,4 Prozent – Summe unter 1 Prozent. In 99 Prozent aller Meldungsfälle erfolgt die Überprüfung zwischen Bewohnervertretung und Einrichtung ohne Involvierung der Gerichte.

Stärker auf Gerichte zurück greifen die Bewohnervertretungen der kleinen Landesvereine in Salzburg und Vorarlberg, daneben die Teams des Vereins VertretungsNetz in Oberösterreich (bei Meldungen aus BE) und Salzburg (bei Meldungen aus APH). Überall sonst bleibt man eher unter dem bundesweiten Mittelwerten.



Als (rechtkräftig) unzulässig werden von den Gerichten rund 57 Prozent der zur Überprüfung vorgelegten Maßnahmen erklärt. Am seltensten führen die Überprüfungsanträge in Krankenanstalten (de facto nur in Vorarlberg) zu Unzulässigkeitsfeststellungen. FB/FE-Maßnahmen in BE werden in 44 Prozent der rechtskräftigen Entscheidungen für unzulässig erklärt, besonders niedrig ist diese Rate in Oberösterreich mit 26 Prozent.

Maßnahmen in APH werden tendenziell häufiger gerichtlich für unzulässig erklärt (österreichweit zu 64 Prozent), wobei man in Niederösterreich (NÖ/LV) und Kärnten/Osttirol (wo insgesamt äußerst zurückhaltend Anträge gestellt werden) die höchsten Raten an Unzulässigkeitsfeststellungen findet. Nur gut ein Viertel aller Überprüfungen in Vorarlberg führt zu rechtlichen Einsprüchen gegen die Maßnahmen; öfter geschieht dies in Tirol, Oberösterreich, der Steiermark und Wien (zwischen 56 und 60 Prozent Unzulässigkeitsfeststellungen). (Vgl. Anhang. Basis-tabelle 10, Diagramm 21)



Lokale Voraussetzungen und Handlungsmuster

In *Wien* findet man relativ viele Personen in vergleichsweise großen Altenwohn- und -pflegeeinrichtungen untergebracht, ein großer Teil davon auf Wohnplätzen für nach wie vor autonome alte Menschen. Dementsprechend niedrig, wenn auch ansteigend, ist der durchschnittliche Prozentsatz der in ihrer Freiheit beschränkt oder eingeschränkt gemeldeten Bewohner von APH. In Relation zur Bevölkerungsgröße allerdings liegt der Anteil be- und eingeschränkter Bewohner von Heimen im österreichischen Durchschnitt. Von den Betroffenen unterliegt ein hoher Teil Freiheitseingriffen ohne ihre Zustimmung (FB-Maßnahmen) und die durchschnittliche Zahl der getroffenen Maßnahmen pro betroffenem Bewohner steigt. In Bezug zur Häufigkeit des Betroffenenkontakts und zur Menge der (gemeldeten) Aufhebungen von Maßnahmen ist die Wiener Bewohnervertretung unauffällig, im Mittelfeld der Bundesländer. Anträge zur Überprüfung der Maßnahmen bei APH-Bewohnern werden im Beobachtungszeitraum nur sehr wenige gestellt, gleichgültig ob man die Anträge auf die Zahl der Einrichtungsplätze oder gemeldeten Maßnahmen bezieht. Die Gerichte neigen hier dennoch dazu, wenige der überprüften Maßnahmen für unzulässig zu erklären.

Auf dem Gebiet der Behindertenfürsorge gibt es in *Wien* relativ wenige »institutionalisierte« Personen in meist sehr kleinen Einrichtungen. In diesen Einrichtungen ist (wohl auch wegen der tendenziellen Frequentierung durch Schwer- und Schwerstbehinderte) der Anteil der FB/FE-Betroffenen relativ hoch, bezogen auf die Wiener Bevölkerung hingegen sind es nicht überproportional viele Bewohner von BE, die in ihrer persönlichen Freiheit beschnitten sind, und ihre Zahl nimmt ab. Die gemeldeten Eingriffe werden hier relativ selten aufgehoben und auch Bewohnervertreterkontakte zu betroffenen Bewohner in BE sind vergleichsweise rar. Wie auch schon bei den Meldungen aus APH werden auch bei solchen aus BE in *Wien* sehr wenige Überprüfungsanträge an die Gerichte gerichtet, wobei es noch zu keinem rechtskräftigen Unzulässigkeitsbeschluss kam. (Dasselbe gilt für die gerichtliche Befassung mit Meldungen aus Krankenanstalten und für deren Ergebnis.)

In *Niederösterreich* (beider zuständigen Vereine) und *Burgenland* gibt es wenige und mittelgroße APH, hingegen überproportional und zunehmend viele Betroffene (in Prozent der Einrichtungsbewohner wie auch der Bevölkerung), und stärker als anderswo durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen Betroffene (durchschnittliche Zahl der Maßnahmen pro Person). Die Kontakthäufigkeit zu Betroffenen ist tendenziell überdurchschnittlich (VSP), die Aufhebungsrate nichtsdestoweniger unterdurchschnittlich (NÖLV). Überprüfungsanträge sind vergleichsweise rar, jedoch ansteigend, der »Erfolg« an Unzulässigkeitserklärungen uneinheitlich.

Was die Behinderten in Einrichtungen pro Einwohner betrifft, liegt *Niederösterreich* im österreichischen Durchschnitt, bei jedoch größeren Einrichtungen.

Der Prozentsatz der als betroffen Gemeldeten an allen Bewohnern liegt unter bzw. beim bundesweiten Durchschnitt. Die Zahl der Betroffenen pro 100.000 Einwohner steigt, liegt im Bereich des NÖLV unter, im Bereich des Vereins VertretungsNetz über dem allgemeinen Niveau. Die Eingriffe sind in hohem Maß FB. Aufhebungen werden selten berichtet, auch wenn es – wie schon bei APH-Bewohnern – viele Kontakte zu den Betroffenen gibt. Überprüfungsanträge sind selten, aber doch zunehmend auf der Tagesordnung mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit einer gerichtlichen Unzulässigkeitsfeststellung. (Krankenanstalten sind auch in Niederösterreich noch nicht im Visier der Bewohnervertretung und Gerichte.)

In der *Steiermark* fällt eine durchschnittliche Versorgung (Platzzahl) der Einwohnerschaft durch eine Vielzahl kleiner APH mit Pflegeheimcharakter auf. Der gemeldete Anteil der durch Freiheitseingriffe betroffenen Bewohner (überproportional durch FB, aber nicht durch überproportional viele Maßnahmen an einer Person) ist sehr hoch und steigt im Untersuchungszeitraum. Betroffene werden vergleichsweise selten kontaktiert, Aufhebungen passieren jedoch nicht seltener als im Durchschnitt. Anträge zur Überprüfung werden an die Gerichte, wie auch in den vorgenannten Regionen, nur mit größter Zurückhaltung gestellt, wenn auch inzwischen vermehrt. Ein überproportionaler Anteil wird hier gerichtlich für zulässig befunden.

Im Bereich der Behindertenfürsorge sticht die Einrichtungsstruktur (Größe, Platzzahl/Einwohner) in der Steiermark nicht durch Besonderheiten hervor. Auffallend dagegen die vielen vor allem von FB betroffenen Personen in Relation zu Plätzen wie Einwohnern. Mäßigen Kontaktfrequenzen zu Betroffenen stehen durchschnittliche Aufhebungsraten gegenüber. Die Involvierung der Gerichte ist minimal, wenngleich zunehmend, rechtskräftige Un/Zulässigkeitsentscheidungen stehen noch aus. (Gilt auch für KA.)

Für *Oberösterreich* trifft eine durchschnittliche Einrichtungslandschaft im Bereich APH zu, ein mittlerer Versorgungsgrad durch Anstalten mittlerer Größe, nicht gänzlich durch Pflegeplätze geprägt. Entsprechend durchschnittlich ist die Zahl der FB/FE-Betroffenen pro 1000 Plätze oder 100.000 Einwohner. Relativ hoch ist auch der Anteil der mit Zustimmung der Bewohner geübten FE-Maßnahmen. Bei einer hohen Kontaktdichte zu betroffenen Bewohnern werden auch hohe Quoten an aufgehobenen Maßnahmen berichtet. Gerichte bleiben nach wie vor aus dem Spiel. Sofern sie zur Überprüfung aufgerufen werden, entscheiden sie selten auf Unzulässigkeit.

Für die BE in Oberösterreich gilt eine ähnliche »Durchschnittlichkeit« wie bei den APH, doch ist hier der Anteil der gemeldeten betroffenen Bewohner verhältnismäßig niedrig, der Anteil der nur als konsensuale FE gemeldeten Eingriffe dagegen eher hoch. Aufhebungen sind eher häufig, ungeachtet der im Vergleich eher

wenigen Bewohnerkontakte. Auffällig ist die ausnehmend hohe Anzahl von Anträgen der Bewohnervertreter, das Gerichte möge die Zulässigkeit von FB/FE-Maßnahmen im Bereich von BE prüfen. Gemessen am »Antragsdruck« ist die Rate der Unzulässigkeitserklärungen relativ niedrig. (Auf KA findet das HeimAufG offenbar auch in Oberösterreich noch keine statistisch nachvollziehbare Anwendung.)

Salzburg hat (zumindest im Bereich des Vereins VertretungsNetz) relativ viele Plätze auch in größeren APH mit einem relevanten Anteil auch an Wohnplätzen. Dementsprechend niedrig sind auch die Anteile FB/FE-Betroffener in den Einrichtungen, aber auch in Relation zur Gesamtbevölkerung. Rückläufige Anteile Betroffener mit längerer Geltung und Kontrolle des Vollzugs des HeimAufG deuten darauf hin, dass hier tatsächlich mit persönlicher Freiheit relativ sorgsam umgegangen wird. Aufhebungen von FB-Maßnahmen werden relativ oft gemeldet, auch wenn es nicht überproportional viele Kontakte der Bewohnervertretung zu Bewohnern und nicht viele (wenngleich zunehmend) Überprüfungsanträge ans Gericht gibt. Deren »Erfolgsaussicht« im Sinne einer Unzulässigkeitserklärung ist mittelmäßig.

BE-Plätze existieren in Salzburg zahlreich in uneinheitlicher Größe. Im Bereich des Vereins Salzburger Hilfswerk fallen stabile extrem niedrige Meldungszahlen auf, im Bereich des Vereins VertretungsNetz eher überdurchschnittliche und steigende Meldungen über FB/FE-Maßnahmen. Allerdings werden hier die Maßnahmen häufig auch wieder zurückgenommen und aufgehoben, vor dem Hintergrund dichter Betroffenenkontakte und nicht ganz so geringer wie anderswo und steigender Zahlen an Überprüfungsanträgen. Es liegen jedoch noch keine rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidungen darüber vor. (KA bleiben praktisch ausgeblendet.)

Wenn man *Kärnten* und *Osttirol* ins Auge fasst, findet man – wie in Oberösterreich – eine in jeder Hinsicht durchschnittliche APH-Szene vor. Die Zahl der betroffenen Bewohner ist ebenfalls durchschnittlich, jedoch tendenziell steigend. Es sind vergleichsweise oft FB (Beschränkungen gegen den Willen Betroffener) im Spiel und verhältnismäßig viele Maßnahmen pro betroffener Person. Aufhebungen von FB sind selten, so wie Kontakte zu Bewohnern oder Überprüfungsanträge. Diese enden indessen öfter als im österreichischen Durchschnitt mit einer Unzulässigkeitsfeststellung.

Auch im Behindertenbereich ist der Befund ähnlich: eine nicht auffällige Einrichtungslandschaft, doch viele und steigende Zahlen vor allem an FB-Meldungen (in Relation zur Bevölkerung). Aufhebungen kommen allerdings relativ häufig vor, ungeachtet bescheidener Frequenz der Kontakte der Bewohnervertreter zu Betroffenen und ungeachtet noch völlig unterbliebener Involvierung der Gerichte in Fälle von FB/FE-Maßnahmen gegen Bewohner von BE (wie auch von KA).

In (Nord-) *Tirol* leben relativ wenige Einwohner in APH (mittlerer Größe und mit mittlerem Anteil auch an Wohnplätzen). Pro Kopf der Bevölkerung und pro 1000 Bewohner sind durchschnittlich viele Menschen von FB/FE betroffen, mit abnehmender Tendenz und bei relativ häufiger Einwilligung in die Einschränkung (sowie bei relativ wenigen Maßnahmen je Betroffenen). Kontakte zu Betroffenen werden von den Bewohnervertretern überdurchschnittlich oft gepflegt, Aufhebungen von Maßnahmen geschehen dagegen nicht überproportional. Überprüfungsanträge in Bezug auf Meldungen von FB/FE-Maßnahmen kommen ebenfalls selten vor und werden auch selten von einem Unzulässigkeitsurteil gefolgt.

BE gibt es in *Tirol* in mittlerer Anzahl. Kleine Einrichtungen dominieren. In ihnen sind Freiheitseingriffe (bei hohem Anteil FB) häufiger als im Bundesdurchschnitt (sowohl auf Plätze wie Einwohner des Landes bezogen). Maßnahmenaufhebungen werden verhältnismäßig selten bekannt, selten sind auch Bewohnerkontakte, ebenso wie Anträge auf gerichtliche Zulässigkeitsprüfung. Wenn eine solche erfolgt, resultiert relativ oft eine gerichtliche Aufhebung. (KA und FB/FE-Maßnahmen bleiben in *Tirol* bisher völlig unbeachtet.)

In *Vorarlberg* kommen besonders wenige Personen in tendenziell kleine APH, welche fast ausschließlich Pflegefälle (auf reinen Pflegeplätzen) beherbergen. Dennoch werden hier wenige Personen aus diesen Einrichtungen und wenige Personen pro Kopf der Bevölkerung in ihrer Freiheit be- oder eingeschränkt und nimmt deren gemeldete Zahl weiter ab. Man sorgt zudem für ein hohes Maß an Zustimmung zu den Freiheitseingriffen und für eine geringe Anzahl von Maßnahmen je betroffener Person. Die Kontaktfrequenz zu den Bewohnern ist hoch, die Aufhebungsraten ebenfalls. Gerichte werden trotz relativ weniger Beschränkungen oft angerufen, befinden indessen selten auf Unzulässigkeit der getroffenen Freiheitseingriffe.

Die Unterbringung Behinderter in Einrichtungen ist in *Vorarlberg* dagegen häufiger als im Bundesdurchschnitt. Allerdings werden hier nicht nur (infolgedessen) weniger von FB/FE-Maßnahmen Betroffene pro 1000 Einrichtungsplätze gemeldet, sondern auch relativ wenige und zunehmend weniger Betroffene pro Bevölkerungseinheit. Kontakte zu Bewohnern seitens ihrer Vertreter sind hier häufig, Aufhebungen von Maßnahmen im letzten Quartal des Untersuchungszeitraums häufiger als Neumeldungen, wegen der geringen Zahlen aber nicht aussagekräftig. Gerichte werden eher zurückhaltend befasst und haben bisher auch keine Unzulässigkeitsentscheidungen getroffen.

Vorarlberg ist ferner das einzige Bundesland, in dem es zu einer nennenswerten Zahl von gerichtlich überprüften Meldungen von FB/FE-Maßnahmen aus KA kommt, wobei die Unzulässigkeitsfeststellung seitens der Rechtsprechung die Ausnahme ist. Nur hier findet das HeimAufG zumindest in Ansätzen auch bereits auf KA Anwendung.

2.4 Die Gerichte

Den Gerichten kommt in den Vorgaben des HeimAufG die Aufgabe zu, freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf Antrag auf ihre Rechtmäßigkeit hin zu überprüfen (§ 11 Abs. 1 HeimAufG). Gerichte kommen dann ins Spiel, wenn die Meinungsunterschiede zwischen den beteiligten Akteuren (im Wesentlichen den Bewohnervertretern und den Pflegeeinrichtungen) anders nicht zu beseitigen sind. Im Hinblick auf eine zu erwartende Mehrbelastung der Gerichte durch Verfahren im Rahmen des HeimAufG wurde bundesweit der Stellenplan für Richter angepasst, um diese Verfahren bewältigen zu können. Es zeigte sich jedoch, dass der Anfall an Verfahren geringer ausfiel als befürchtet. Das dürfte nicht zuletzt auf die Filterfunktion zurückzuführen sein, die von der neuen Institution der Bewohnervertretung ausgeübt wird. Offensichtlich gelingt es in der Mehrzahl der Fälle, Streitigkeiten bezüglich der Rechtmäßigkeit einzelner Maßnahmen bereits im Vorfeld, ohne Anrufung des Gerichts zu lösen.

Insgesamt wurden in der Zeit vom Juli 2005 bis Ende 2006 im Bereich des Vereins VertretungsNetz, der einen Großteil der Bewohnervertreter stellt, 211 Fällen Anträge auf gerichtliche Entscheidung eingereicht (insgesamt waren es österreichweit in diesem Zeitraum 425 Anträge). Der überwiegende Teil davon (204) wurde von den Mitarbeitern der Bewohnervertretung angeregt. (6 Anträge stammten von Einrichtungsleitern und 1 vom selbst gewählten Vertreter eines Bewohners). Gegenstand dieser Verfahren waren 370 strittige Maßnahmen, wobei es hier wiederum in den meisten Fällen (151) um körperliche Freiheitsbeschränkungen im Bett ging. Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen waren in 42 Fällen Gegenstand der Verfahren, bauliche Maßnahmen, die auf Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei mobilen Bewohnern zielten in 63 Fällen, 76 mal wurde Freiheitsbeschränkung im Rollstuhl moniert und in 28 Fällen die Beschränkung von Bewohnern im Sitzen. Von den verhandelten Maßnahmen waren nur 10 als Freiheitseinschränkungen (d.h. mit Zustimmung der Bewohner) deklariert, der Rest waren Freiheitsbeschränkungen.

Jenseits der Entscheidung in den diversen Einzelfällen kommt den Gerichten eine wichtige Rolle in der Rechtsentwicklung zu. Ihre Aufgabe ist es, die Vorgaben des HeimAufG durch ihre Rechtsprechung weiter zu entwickeln und damit einen Beitrag zur Konkretisierung der zentralen Begrifflichkeit des HeimAufG zu leisten. Dies ist in einigen Fällen bisher auch schon gelungen. (s. hierzu unten)

Die Vorgaben des Gesetzes im Hinblick auf die einzuhaltenden Fristen sind sehr eng. Binnen sieben Tagen muss sich das Gericht nach Stellung des Antrags ein Bild von der Person machen, die von einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme betroffen ist (§ 12 Abs. 1). Im Rahmen dieser »Erstanhörung« sind die wichtigen Informationen einzuholen und die beteiligten Personen zu hören. Ein Gutachter kann in dieser Phase ebenfalls bereits herangezogen werden. Im Rahmen dieser

Erstanhörung kann zugleich eine mündliche Verhandlung durchgeführt werden, in der über die Rechtmäßigkeit der Maßnahme entschieden wird. Ist im Rahmen der Erstanhörung die Freiheitsbeschränkung vorläufig für zulässig erklärt worden, so muss binnen 14 Tagen eine mündliche Verhandlung anberaumt werden, in der dann auch ein Gutachter heranzuziehen ist. Als Gutachter kommen je nach Sachlage verschiedene Experten in Frage: Fachärzte für Neurologie oder Psychiatrie, wenn es um die Frage des Vorliegens einer psychischen Behinderung oder geistigen Krankheit geht, Ärzte anderer Fachrichtungen, wenn geriatrische Probleme zur Debatte stehen, so wie Gutachter für pflegerische oder pädagogische Maßnahmen, wenn Fragen der Pflegestandards oder die Angemessenheit alternativer Maßnahmen zur Debatte stehen. In der Praxis scheint sich ein Verfahren eingeschleppt zu haben, das die engen terminlichen Vorgaben dahingehend flexibilisiert, dass seitens der Bewohnervertretung vorab ein ans Gericht zu stellender Antrag angekündigt wird, so dass sich die Siebentagesfrist informell um ein bis zwei Wochen verlängern lässt.

Die verschiedenen Vorgaben des Gesetzes sind noch relativ einfach einzuhalten, wenn entsprechende Rahmenbedingungen gegeben sind. Oft gibt es eingespielte Routinen der pragmatischen Handhabung von Verfahren zwischen Richtern und Einrichtungen, die sich im Rahmen von Sachwalterschaftsprozessen oder Prozessen nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) entwickelt haben und auf die jetzt auch für die Verfahren nach dem HeimAufG zurückgegriffen werden kann. Lokal entwickelte Kommunikationskulturen zwischen Richtern und Bewohnervertretern sind eine wichtige Voraussetzung für eine kooperative Zusammenarbeit.

Auch stehen oft Gutachter zur Verfügung, mit denen die individuellen Richter eine gute Arbeitsbeziehung haben und deren Expertise sie schätzen. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen eben diese enge Kooperation zwischen Gutachtern und Richtern als Problem von dritter Seite wahrgenommen wird. Mitarbeiter der Bewohnervertretung berichten von solchen »Tandems«, die das Einbringen und Durchsetzen alternativer Sichtweisen schwierig machten. Allerdings ist auch hier anzumerken, dass viele Richter sich des Gutachterproblems bewusst sind und ihre Verfahren entsprechend gestalten. Die von den psychiatrischen Sachverständigen zu beurteilenden Fragen können oft durch Rückgriff auf die in den Sachwalterschaftsakten vorhandenen Informationen geklärt werden. Wertvolle Hinweise kommen aus der Sicht der Richter von den Pflegesachverständigen, die sich ausführlich mit der Frage auseinandersetzen, welche alternativen Maßnahmen zu den vorgeschlagenen Freiheitsbeschränkungen im konkreten Fall angewendet werden könnten.

Besonders problematisch stellt sich die Situation dar, wenn von einem Gerichtsstandort aus mehrere, weit verstreut liegende Einrichtungen betreut werden müssen oder die Kooperation mit den beteiligten Akteuren Schwierigkeiten bereitet.

Dann können beispielsweise die engen Fristvorgaben des HeimAufG zu erheblichen prozesslogistischen Problemen werden. Das gesamte Spektrum dieser Problematik kommt in dem folgenden Statement eines Richters zum Ausdruck:

Es wäre nicht machbar mit der 7-Tagesfrist, wenn der Antrag nicht 14 Tage vorher angekündigt würde von der Bewohnervertreterin. Das haben wir uns Gott sei Dank beim ersten Jour fixe mit der gesamten Bewohnervertretung für ((...)) ausgemacht. Das ist gerade bei mir mit Doppelplanstelle – ich bin einen Tag in der Woche überhaupt nicht im Gericht, nämlich an einem anderen, einen Halbttag auswärts bei diesen Sprechtagen in den ehemaligen BG-Standorten. Den Rest soll man auch ein bisschen verhandeln, Dinge ausschreiben. Das wäre nicht möglich, wenn die Bewohnervertreterin nicht anruft und sagt: ich hätte einen Antrag, schauen wir einmal in den Terminkalender. Dann wird der Termin eingetragen und darauf die Antragstellung abgestimmt. Anders würde es nicht gehen. Ansonsten ist der Aufwand erheblich, die terminliche Koordination ist das schwierigste, weil da kommen die bitterbösen Anrufe der praktischen Ärzte: was glauben Sie, ich habe ja Ordinationszeit, ich habe für so einen – das grausliche Sch-Wort – keine Zeit. Da ist die Akzeptanz minimal bis nicht vorhanden.

Ein anderer Richter, der mittlerweile über große Erfahrung mit Verfahren zum HeimAufG verfügt, geht folgendermaßen vor:

Ich hab hier noch die Praxis, dass ich das zweistufig mache – ich krieg das sonst nicht durch mit den Sachverständigen in der Zeit – wenn ich noch so straffen will: es gibt keinen Termin im HeimAufG, wo ich mit einer Stunde auskomme, insgesamt brauch ich im Durchschnitt für ein Verfahren sieben Stunden ... Wenn ich zu der betroffenen Person gehe – das dauert schon seine Zeit, und dann – ich krieg die Gutachten immer vorher schriftlich – das halt ich für notwendig – und ich sitz an einem solchen Beschluss eineinhalb Stunden, bis der drin ist, das sind vier bis fünf Seiten.

Insgesamt jedoch ergibt sich im Hinblick auf die Praktikabilität des HeimAufG für die Gerichte ein eher positives Bild. Die Anzahl der Verfahren bleibt – von einigen Ausnahmen abgesehen – in einem überschaubaren Rahmen und die Kooperation zwischen den Beteiligten scheint sich auf einer Ebene professionell kompetenter Kooperation einzupendeln. Knappheit herrscht derzeit vor allen Dingen noch im Hinblick auf Gutachter aus dem Bereich der geriatrischen Pflege, aber auch hier dürfte sich die Situation in absehbarer Zeit entspannen. Den knappen Zeitvorgaben des Gesetzes wird in der Mehrzahl der Fälle entsprochen, auch wenn es manchmal zu Verzögerungen von einigen Wochen zwischen Erstanhörung und mündlicher Verhandlung kommen kann.

2.4.1 Die Rolle der Gerichte und die Position der Richter

Richter können ihre Rolle unterschiedlich wahrnehmen in der Handhabung des HeimAufG. Da die meisten bereits Erfahrung aus Sachwalterschafts- und UbG-Verfahren mit der Klientel des HeimAufG haben, orientieren sie sich an den dort gängigen Handlungsmustern im Hinblick auf zentrale Fragen wie psychische Störung, geistige Krankheit oder vorhandene Zustimmung- und Einsichtsfähigkeit. Allerdings stellt das HeimAufG in gewisser Weise eine Besonderheit dar, mit der sich auch die Gerichte auseinandersetzen müssen. Es gibt hier gegenläufige Orientierungen, die von den Richtern im Bereich des Sachwalterrechts einerseits und des HeimAufG andererseits gefordert werden: Einmal sollen sie im Sachwalterschaftsrecht in erster Linie die Defizite und Probleme beurteilen, die eine Sachwalterschaft nahe legen. Wenn sie dann mit der gleichen Person im Rahmen eines Verfahrens nach HeimAufG konfrontiert sind, in dem es um die Rechtmäßigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geht, haben sie die Aufgabe, diese Person gleichsam unter umgekehrten Vorzeichen zu betrachten. In diesem Verfahren kann es beispielsweise darum gehen, ob die Zustimmung oder Ablehnung des oder der Betroffenen für die Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der Maßnahme von Bedeutung ist oder nicht. Die »Rahmung« der jeweils zu beurteilenden Fragen unterscheidet sich also im HeimAufG deutlich von den anderen Fällen.

Wie bereits in dem Abschnitt über die Bewohnervertreter ausgeführt, können Gerichtsverfahren im Rahmen des HeimAufG von den beteiligten Akteuren völlig unterschiedlich wahrgenommen werden: als notwendige Klärung, ungerechtfertigtes Infragestellen beruflicher Kompetenzen, oder schlichtweg ärgerliche und aufwendige Unterbrechung der gewohnten Routine des Alltags in den Einrichtungen. Den Richtern kommt hier die delikate Rolle des unparteiischen Dritten zu, der nicht nur zwischen den konfligierenden Positionen vermitteln, sondern auch die oft emotional aufgeheizte Stimmung handhaben, die Wogen glätten muss:

Es treffen irrsinnig unterschiedliche Interessen aufeinander, aber wenn man es schafft, ganz am Anfang darzulegen, auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, wir wollen alle das Beste für den Patienten. Er soll sich nicht verletzen, das will niemand von uns, nur er soll auch möglichst wenig angebunden sein, kurz und prägnant formuliert. Wenn man diese erste Hürde geschafft hat, dann ist es Zusammenarbeit, dann ist das ganze Verfahren eigentlich Teamwork. Jeder schaut, was ist die beste, geschickteste Lösung.

Ein anderer Richter beschreibt seine Erfahrung mit den unterschiedlichen Vorstellungen der Beteiligten beinahe als eine Art Übersetzungsleistung:

Ein wesentlicher Teil der Verhandlung ist nicht so sehr die Klärung des Sachverhalts sondern die Beruhigung der betreuenden Personen – da sieht der Primar des LKH X eigentlich nicht ein, ›warum muss i als Primar da stundenlang herinnen sitzen wegen dem Krampf – nicht weil er sich zu gut ist: sondern: › Wir bemühen uns doch eh! Warum müssen wir, weil jemand mit einem schweren Medikamentenabusus herein kommt und wir ihn noch nicht kennen und der vollkommen verwirrt ist und aus dem Bett raussteigt und auf den Boden urinert, und wir dem ein Bettgitter geben und wenn er drüber steigt, dass man ihn anbindet und am nächsten Tag lassen wir ihn eh da los – warum müssen wir da vier Stunden verhandeln drüber?‹ Die betreuenden Personen in den Pflegeheimen, die fühlen sich von diesem Gesetz und vom Bewohnervertreter ständig angegriffen, die haben immer noch das Gefühl, da kommen wir vor ein Strafgericht, weil wir etwas Falsches gemacht haben. Ein Großteil meiner Ausführungen geht darum, die Leute zu beruhigen: ›wir tun doch eh alles und da kommt dann irgendein Jurist daher, der dann einfach ins Zimmer geht und sich mit den Leuten unterhält und denen Sachen herauslockt, wo die uns fünf Minuten vorher was ganz Anderes gesagt haben!‹ Und da muss ich Beruhigung betreiben und das ist a bissl aufwändig.

Nicht in allen, aber in vielen Verfahren und Erstanhörungen treffen die verschiedenen Positionen aufeinander und es ist für die beteiligten Richter nicht immer einfach, jene Differenzen zu überbrücken, die sich auch aufgrund der sozialen Statusunterschiede zwischen den Beteiligten ergeben. Mediziner sehen sich oft in eine Rolle gedrängt, die ihnen aus ihrem sonstigen beruflichen Alltag unbekannt ist. Wenn ihre Entscheidungen in einem Verfahren in Frage gestellt werden, empfinden sie das oft als einen Angriff auf ihre Kompetenz zu entscheiden, was das Beste für den jeweiligen Bewohner ist. Die Mitarbeiter der Bewohnervertretung auf der anderen Seite sind statusmäßig eher ein Fremdkörper in den eingespielten hierarchischen Verhältnissen in den Einrichtungen. Hier ist es die Aufgabe der Richter, zu vermitteln:

Zwischen Ärzten und Bewohnervertretern differiert das Verständnis. Bewohnervertreter wollen Aufklärung erreichen, Ärzte fürchten, ein Urteil zu bekommen, etwas falsch gemacht zu haben. Darum geht es nicht. Man muss ihnen klar machen, dass formale Dinge einzuhalten sind.

Der Hinweis auf das Einhalten formal-prozeduraler Vorgaben findet sich öfters in den Gesprächen mit Richtern. Er bezieht sich zum einen auf die manchmal nicht ordnungsgemäß und ausführlich geführte Pflegedokumentation, die in den Verfahren als Informationsquelle herangezogen wird. Zum anderen aber auch auf die Qualität der Anträge, die von den Bewohnervertretern an das Gericht gestellt werden. Probleme ergeben sich in einigen Fällen auch mit der Differenz zwischen der Perspektive der Ärzte und der Gerichte. Ärzten scheint oft das Verständnis für

eine Perspektive zu fehlen, die mit ihrer eigenen nicht deckungsgleich ist. Eine Richterin schildert ihre diesbezüglichen Erfahrungen anhand eines Beispiels so:

Der behandelnde Arzt hat selber noch einmal den Bauchgut nur um die Körpermitte angeordnet. Die Haftungsproblematik war ihm nicht bewusst oder egal. Bei der Erstanhörung hat er gesagt, er wird einen Gerichtsbeschluss, der die völlige Freiheit von Fixierungsmaßnahmen anordnet, ignorieren, weil er ist dem Patienten verpflichtet. Worauf ich ihm angeraten habe, er möge seine Rechtsschutzversicherung informieren, weil entweder kriegt er einen Straftatbestand, weil er jemandem die Freiheit entzieht, oder er kriegt, wenn er nichts anordnet, eine Körperverletzung durch Unterlassung aus der Garantenstellung. Das ist wie in xxx, wo die Ärzte gesagt haben, sie ordnen nichts an.

Ein Rückzug auf »Formalia« auf Seiten der Richter ist in manchen Fällen oft der einzige Weg, in dem Widerstreit der Interessen und Kompetenzen den *legal point of view* durchzuhalten. Wie zu Beginn dieses Berichts ausgeführt, sitzt das HeimAufG auf einer Reihe von außerjuristischen Urteilen auf, deren substantieller Gehalt sich einer juristischen Überprüfung entzieht. Ob eine psychische Störung oder eine Geisteskrankheit vorliegt, ob erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung gegeben ist, ob von Zustimmungs- und Einsichtsfähigkeit der Betroffenen ausgegangen werden kann – all das können Richter mit ihrem professionellen Wissen nicht entscheiden. Sie sind dabei auf das Urteil von Experten oder Gutachtern angewiesen. Wie einer der befragten Richter es etwas resigniert formulierte:

Es ist eh ein Gutachterprozess. Natürlich kann ich mich einbringen, aber wenn der Sachverständige sagt, es ist so und so ... Ein Gutachten ist ein Beweismittel, das ich würdigen kann. Wenn es plausibel ist und ich habe nicht das nötige Fachwissen, das Gutachten zu widerlegen, dann werde ich mich natürlich daran halten.

Zwar wird öfters darauf hingewiesen, dass man im Laufe der Zeit doch ein gewisses Verständnis auch für psychiatrische, geriatrische und pflegewissenschaftliche Fragen entwickle, letztlich aber ist man auf das Urteil der Gutachter angewiesen. Wo Richter spätestens mit ihrem aus der Praxis mit anderen Verfahren gewonnen Sachverstand passen müssen, ist das Problem der medikamentösen Freiheitsbeschränkungen. *Hier wird gelegentlich auch der Wunsch nach gezielter Fortbildung geäußert.*

Vor diesem Hintergrund sind dann auch die von einigen der befragten Richter vorgebrachten Hinweise zu verstehen, dass es möglicherweise sinnvoller wäre, die Entscheidungen über die Rechtmäßigkeit an ein Gremium zu verweisen, das nicht nur mit Richtern, sondern auch mit anderen Experten besetzt ist.

Ich halte es nicht für vernünftig, dass Richter das in dieser Form überprüfen. Besser wären Senate, bestehend aus Richtern oder Juristen und zwei spezialisierten Gutachtern. Sicherlich ist es einfacher, wenn sich gleichberechtigte Leute gegenüber sitzen – etwa wenn ein Arzt, der im Pflegedienst war, einem Kollegen gegenüber sitzt, mit dem er vielleicht anders umgeht, mehr Verständnis als wenn es eine Bewohnervertreterin ist, die Juristin ist. Die Kommunikation zwischen Bewohnervertreter und Arzt ist nicht immer der Sache dienlich. Ein Streit wie bei Luther, der Arzt wird in die Enge getrieben.

Ein Fall aus meiner Praxis: Beschränkung durch Therapietisch. Die Dame war hochgradig dement, der Bewohnervertreter meinte, es handle sich um eine unzulässige Beschränkung. Die Gutachterin war nicht sehr überzeugend, hat gesagt, es sei eine unzulässige freiheitsbeschränkende Maßnahme, weil die Patientin ohnehin nicht aufstehen kann, sie könnte also nicht runterfallen vom Sessel und sie ist auch nicht sturzgefährdet. Ich habe die Beschränkung für unzulässig erklärt aufgrund des Gutachtens. Der Primar hat insistiert bei mir, sehr höflich, hat gesagt, er weiß, dass die Frau sturzgefährdet sei. Sie haben das aber nicht dokumentiert in der Einrichtung, ist ihr Versäumnis. ((...)) Der Primar ruft mich am nächsten Tag an: Die Dame ist gestürzt, hatte Schenkelprotektoren, hat aber eine Rissquetschwunde am Kopf. Wenn mir dann Arzt zu Recht vorhält: Lieber Herr Rat, was soll ich machen, bin gezwungen, sie von Therapietisch zu befreien, nur: wer hat die Verantwortung, wenn sie stürzt? Da muss ich sagen: Sie und das Betreuungspersonal. Das ist ein Widerspruch in sich, das ist unbefriedigend.

Diese Art von moralischem Dilemma, das der Richter hier schildert, gehört in verschiedenen Variationen zum Standardrepertoire der Beschwerden über das HeimAufG. Es variiert das allgemeinere Grundthema von Freiheit und Sicherheit. Es wird von Mitarbeitern der Einrichtungen immer wieder vorgebracht, aber auch von Richtern, die damit ihre Probleme mit den Entscheidungen nach dem HeimAufG begründen.

In der Auseinandersetzung um die formale Rechtmäßigkeit und sachliche Notwendigkeit von Freiheitsbeschränkungen dienen solche *Worst-Case-Szenarien* als Argument gegen eine als unverantwortlich empfundene Aufhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Sie gewinnen ihre Plausibilität aus dem Hinweis, dass dergleichen immer wieder passiert. Es gibt in der Tat Fälle, in denen nach der Aufhebung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme der Betreffende sich verletzt hat. Oder wie ein Richter es etwas pathetisch formulierte: » *Wir lassen die Bewohner in Freiheit sterben.*«

Allerdings ist es schwierig, auf der Grundlage solcher Fälle zu generalisieren und eine allgemein restriktive Praxis der Freiheitsbeschränkung damit zu begründen. Auch der aus Krankenhäusern kolportierte Hinweis, dass seit Inkrafttreten des HeimAufG die Anzahl der Patienten, die mit Sturzverletzungen eingeliefert

werden, deutlich gestiegen sei, wird in diesem Zusammenhang immer wieder als Blanko-Argument gegen einen Abbau von Freiheitsbeschränkungen vorgebracht. Eine ähnliche Funktion erfüllt die Theorie über den schwankenden Willen der Demenzkranken. Es sei, so geht die Argumentation hier, bei Demenzkranken wenig sinnvoll, nach einer Einwilligung oder Ablehnung bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu fragen, da sie nicht in der Lage seien, einen zeitstabilen Willen zu entwickeln. Sie würden sofort vergessen, was sie gesagt haben und im nächsten Moment das Gegenteil behaupten. Auch für diese These lassen sich Belege beibringen. Eine entsprechende Sammlung solcher Geschichten, die man als »Heimfolklore« bezeichnen könnte, gehört zum Standardrepertoire der Kritik an den Forderungen nach Aufhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Im Angesicht solcher Thesen ist es sinnvoll, auf die Formalität und strikte Einzelfallorientierung der gerichtlichen Verfahren zu insistieren. Der Hinweis auf diese »Alltagsmythen« der Pflege darf im Verfahren keine Rolle spielen und tut es in aller Regel auch nicht. Zwar wird von den Bewohnervertretern in einigen Regionen reklamiert, dass manche Richter, wie andere Laien auch, eher zu einer Übersicherung neigten, wobei solche typisierten Konstellationen sicher auch eine Rolle spielen. Insgesamt jedoch garantiert das vorgegebene Format der Verhandlung und die damit einhergehende Rollenverteilung, die allen Beteiligten gleichwertiges Gehör schenkt, Entscheidungen, die nicht auf derartigen Mythen des Pflegealltags beruhen. Ein Bewohnervertreter schildert diese argumentativ rationalisierende Wirkung des Gerichtsverfahrens sehr prägnant als Vorteil und Gewinn:

Ein Antrag unterstützt auch die Diskussionsfähigkeit. Ich habe es bei Anträgen erlebt, da setzt man sich zusammen, und es geht wirklich um den Bewohner. Gibt's Alternativen? Wenn ich es alleine durchgeführt hätte ((Anm.: ohne Gericht)) hätte es vielleicht länger gedauert. Der Antrag hat das beschleunigt, weil doch ein Pflegesachverständiger dabei war – ich muss sagen, der ist schon wichtig. Ich als Psychologe weiß zwar um gewisse Pflegemaßnahmen, aber nicht in der Kompetenz. Das hat eine ganz andere Gewichtung.«

Die nachhaltigste Wirkung entfalten die Gerichte jedoch oft schlichtweg durch die Möglichkeit, mit ihrer Anrufung zu drohen. Im »Schatten des Leviathan« können die Mitarbeiter der Bewohnervertretung jene Autorität und Glaubwürdigkeit gegenüber den Einrichtungen entfalten, die ihnen qua Rolle, Profession und Position oft abgesprochen wird.

Ich bin zunehmend mit einem Glaubwürdigkeitsproblem konfrontiert, wo ich nur die Möglichkeit sehe, dem dadurch zu begegnen, dass ich gerichtliche Anträge stelle, um sozusagen einen Gutachter und bestenfalls dann auch einen Richter dieselbe Meinung vertreten höre. Und wenn das funktioniert, dann passt's. (...) Wenn ich alleine in großen Zeitabständen in eine Einrichtung komme und dort mit Ideen hausieren gehe,

die für manche völlig abstrus sind, dann wirkt das nicht Und es gibt inzwischen genug Gerichtsbeschlüsse, wo freiheitsbeschränkende Maßnahmen für zulässig erklärt wurden. Und diese Information geht natürlich auch weiter.

Natürlich spielen auch hier individuelle Konstellationen eine große Rolle. Immer wieder wird von einzelnen Richtern berichtet, die dem HeimAufG eher ablehnend gegenüber stehen, die – so die Interpretation der Bewohnervertreter, die mit ihnen zu tun hatten – sich scheuen, Verantwortung für die Aufhebung von Sicherungsmaßnahmen zu übernehmen, die auf eine maximale Verfahrensökonomie setzen und den Fall möglichst schnell vom Tisch haben wollen. Allerdings sind dies offensichtlich eher Einzelfälle und in der Mehrheit der geschilderten Verfahren, wirkt sich ein engagierter Richter, der sich mit der Thematik auseinandersetzt und mit dem die Mitarbeiter der Bewohnervertretung gut kooperieren, positiv auf deren Arbeit aus. Viele Richter verweisen auf die hohe Bedeutung des Grundrechtsschutzes, der mit dem HeimAufG verwirklicht wird und setzen daher in ihrer Tätigkeit und Bewertung stärker auf den Schutz der Freiheit, als auf die mögliche Gefährdung der Sicherheit der Bewohner. Engagierte Richter begreifen das HeimAufG auch als ein Mittel, mit dessen Hilfe die Verhältnisse in den Heimen insgesamt verbessert werden können und einige fordern sogar weitergehende Sanktionen, um ihren Entscheidungen Nachdruck verleihen zu können. In einem Fall wurde eine Akte von einer Richterin sogar an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet mit der Bitte um Würdigung des Vorgangs aus strafrechtlicher Sicht.

Es liegt in der Natur der Sache, dass das HeimAufG wie jedes andere Gesetz auch, die Möglichkeit beinhaltet, es in verschiedener Hinsicht wörtlich zu nehmen. Dies kann im positiven Fall dazu beitragen, die Freiheitsrechte einzelner Bewohner in den von diesem Gesetz betroffenen Einrichtungen auch gegen massiven Widerstand des pflegerischen »Hausverstands« durchzusetzen. Es kann aber andererseits auch dazu führen, dass eine rechtliche Klärung um der Klärung willen erzwungen wird. Oder wie ein Richter es formulierte, der im Interview sein Leid mit einer Bewohnervertreterin klagte, die ihn, wie er es formulierte, »auf Trab« hielt:

Dann muss ich darüber entscheiden, ob das Anziehen der Bremse eines Rollstuhls für fünf Minuten vor sechs Monaten eine Freiheitsbeschränkung für die Bewohnerin war – das bringt der gar nix. Das sind Spielereien, das Gesetz sollte für die wirklich krassen Fälle da sein.

Von den 26 Verfahren, die dieser Richter auf Antrag der Bewohnervertretung geführt hat, waren aus seiner Sicht zwei bis drei gerechtfertigt, alle anderen hätte man sich aus seiner Sicht sparen können. Es handelt sich hier sicherlich insgesamt gesehen um einen Ausnahmefall. Jedoch kann man an derartigen Fällen deutlich ma-

chen, dass das HeimAufG auch gezielt und strategisch eingesetzt werden kann, um die Ressource Recht in einer Art und Weise zu mobilisieren, die zwar gerichtliche Entscheidungen produziert, letztlich aber die Gerichte vor Ort an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit führt. Die Folge sind dann im Extremfall zwölfstündige Verhandlungstage mit zehn Verfahren an einem Tag in einer Einrichtung, die letztlich eine Art Fließbandjustiz produzieren, bei der immer wieder gleiche Fälle nach den sehr aufwändigen Vorschriften des HeimAufG einzeln verhandelt werden.

Es finden sich aber auch andere Haltungen hier, wie aus der nüchtern distanzier-ten Darstellung dieses Richters zu entnehmen ist, der ebenfalls eine Vielzahl von Verfahren geführt hat:

In vielen Fällen denk ich mir schon auch, was soll das, das ist doch eine ganz klare G'schicht, aber natürlich ist für den Bewohnervertreter da gar nix klar – und natürlich überlegt er sich da schon etwas. Die Fälle des letzten Jahres – das war in erster Linie ein Abklopfen – das waren Musterprozesse und deshalb waren es so viele.

Im Gegensatz zu den Verfahren vor Ort, die in aller Regel einzelfallbezogen zu einer Aufhebung oder Bestätigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen führen, haben die Entscheidungen von Gerichten, vor allen Dingen natürlich in Rekursverfahren, auch eine rechtsfortbildende und rechtsexplizierende Wirkung. Die richterliche Rechtsprechung ist eine wichtige Quelle der Rechtsfortbildung.

2.4.2 Rechtsprechung

Es sind im Wesentlichen zwei Faktoren, die für die Entwicklung der Rechtsprechung und Rechtsfortbildung im Bereich des HeimAufG bedeutsam sind: Zum einen die Spruchpraxis der Gerichte in den Verfahren vor Ort; zum anderen aber auch die Strategie des Einsatzes der Ressource »Gericht« durch die Bewohnervertreter und Einrichtungen. Immer wieder wurde in Gesprächen mit Mitarbeitern der Bewohnervertretung aber auch mit Leitungspersonal in den Einrichtungen darauf hingewiesen, dass man in diesem oder jenen Fall abwarten müsse, bis die Frage *ausjudiziert* sei. Es herrscht also eine klare Vorstellung auf allen Seiten, dass bestimmte, in der Praxis unterschiedlich interpretierte Sachverhalte durch die Spruchpraxis der Gerichte eine für die praktische Handhabung angemessenen Konkretisierung erfahren. Dabei sind zwei Formen zu unterscheiden. Zum einen entwickelt sich durch die Entscheidungen der Gerichte in der Vielzahl der Einzelfälle eine Kasuistik, die es ermöglicht, konkrete Fälle durch Verweis auf ähnlich gelagerte Entscheidungen zu bewerten. Zum anderen kann durch gezieltes Vorgehen der beteiligten Parteien der Instanzenweg beschritten werden, um so zu höchstrichterlichen Entscheidungen in Fragen von übergeordneter Bedeutung zu kommen. Je nachdem welche Fragen und Probleme aus dem Bereich des Heim

AufG also vonseiten der Praxis vor Gericht gebracht werden, wird sich die Rechtsprechung anders entwickeln. Es ist ein auch aus anderen Rechtsgebieten bekanntes Phänomen, dass die Akteure bestimmte Fragen nicht einer höchstgerichtlichen Klärung zuführen wollen, während sie in anderen Fällen eine solche gezielt anstreben. So gesehen ist also auch der Bereich der Rechtsprechung ein Feld strategischer Kämpfe und Auseinandersetzungen, auf dem die Gerichte von den betroffenen Parteien gezielt eingesetzt werden. An der Entwicklung der Rechtsprechung lässt sich dementsprechend nicht nur nachvollziehen, wo die ursprünglichen Formulierungen des Gesetzes bei der Anwendung in der Praxis noch einer Präzision bedürfen. Es spiegelt sich hier auch die Strategie der Akteure, die sich dieses Gesetzes in ihrer Praxis bedienen.

Die zentralen Stellen, an denen eine weitere rechtliche Klärung der Regelungen des HeimAufG erforderlich ist, haben wir bereits mehrfach erwähnt. Es handelt sich um die Frage, was als Freiheitsbeschränkung zu gelten habe, ob und wann medikamentöse Interventionen als freiheitsbeschränkend gelten, wann die Voraussetzungen (erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung, Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Mangel an gelinderen Alternativen) vorliegen und welche Formerfordernisse im Hinblick etwa auf die Pflegedokumentation, Krankengeschichte oder Meldefristen einzuhalten sind. Da es eine Frage der Strategie ist, welchen dieser Themenkomplexe man durch gerichtliche Entscheidungen der Obergerichte einer Klärung zuführen möchte, spielen die Vereine und Träger der Einrichtungen als kollektive Akteure und Konfliktparteien hier eine wichtige Rolle. Entscheidungen über Rekurse etwa werden nicht von den einzelnen Bewohnervertretern getroffen, sondern bedürfen der Rücksprache mit der Vereinszentrale. Dies hat zum einen pragmatische Gründe, da Rekursverfahren durch die Beteiligung von Rechtsanwälten kostenintensiv sein können. Zum anderen aber ist es auch eine Frage der rechtspolitischen Strategie: welche Themen und Probleme will man gezielt zu einer Entscheidung durch die Obergerichte treiben.

Eines der ersten Themen, das aus der Sicht der Bewohnervertretungen einer gerichtlich verbindlichen Klärung bedurfte, betraf die Frage, ob eine als immobil bezeichnete Person in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt werden könne. Dieses Problem tauchte immer wieder auf. Die Einrichtungen nahmen den Begriff der *Bewegungsfreiheit* sehr wörtlich und argumentierten, dass man eine Person, die sich selbst nicht mehr (aus ihrem Bett) herausbewegen kann, nicht in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken könne, wenn man dort ein Seitengitter anbringt. Dies hätte zur Folge, dass der Bewohnerin hier auch kein Anspruch auf gerichtliche Überprüfung der Maßnahme zukomme. Der Bewohnervertreter beantragte dennoch eine gerichtliche Überprüfung. Das Gericht folgte aber der Rechtsauffassung der Einrichtung. Gegen die Entscheidung des BG, das eine entsprechende Maßnahme nicht als Freiheitsbeschränkung im Sinne des HeimAufG aner-

kannt hatte, legte der Bewohnervertreter wiederum Rekurs ein. Auch das Rekursgericht bestätigte diese Entscheidung (s. FamZ 19/07). Erst der OGH stellte in seiner Entscheidung am 30.8.2006 (7 Ob 144/06m) fest, dass auch bei einer Person, die eine Beeinträchtigung ihrer Freiheitsbeschränkung nicht bewusst erlebe, zu willkürlichen körperlichen Bewegungen aber in der Lage sei, bei Anbringung eines Seitengitters am Bett durchaus von einer Freiheitsbeschränkung ausgegangen werden kann. Zwar wurde hier in letzter Instanz die Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt. Der wichtige Aspekt war jedoch, dass es sich bei der konkreten Maßnahme überhaupt um eine solche handelte. Damit eröffnet sich für den Tätigkeitsbereich der Bewohnervertretung ein neues Feld, da auch jene Bewohner unter die Regelungen des HeimAufG fallen, die aufgrund ihres schlechten gesundheitlichen Zustands ihre Bewegungsfreiheit ohnehin nicht in Anspruch nehmen können.

In Vorarlberg wurden ebenfalls Verfahren angestrengt, um auf lokaler Ebene eine solche Abklärung herbeizuführen.

In einem Fall hab ich das HeimAufG für gar nicht anwendbar gehalten, weil die Bewohnerin konnte sich so überhaupt nicht mehr bewegen, Der Bewohnervertreter hat gesagt, die Judikatur des OGH wurde da geändert, so dass nur mehr bei einem komatösen Zustand da das nicht mehr gilt – das war mir zu weitgehend. Er hat dann auch einen Revisionsrekurs erhoben, der ist auch zugelassen worden, aber er hat das Pech gehabt, dass das in die Weihnachtszeit gefallen ist, und er hat keinen Rechtsanwalt gefunden, der ihm das gemacht hat. Das LG Feldkirch hätte selbst gerne gehabt, wenn das an den OGH herangetragen worden wäre.

Ebenfalls ein immer wieder in den Auseinandersetzungen zwischen den Einrichtungen und der Bewohnervertretung auftauchender Konfliktpunkt ist die *knappe Personalsituation* und sind andere damit zusammenhängende organisatorische Einschränkungen des Betriebs der Einrichtung, mit denen die Notwendigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen begründet wird. Mitarbeiter der Einrichtungen haben in diesem Zusammenhang immer wieder halb ironisch angemerkt, dass man das HeimAufG nicht benötigen würde, könnte man neben jedes Bett eine Pflegekraft stellen. Hier geht es in der rechtlichen Auseinandersetzung um ein Abwägungsproblem: Ab welchem Zeitpunkt kann man von einer mangelhaften Personalausstattung, ungenügenden organisatorischen Vorkehrungen und Nichteinhaltung fachlicher Standards ausgehen? Hier kann die Rechtsprechung über die jeweils zu entscheidenden Einzelfälle hinaus eine langfristige Wirkung entfalten, wenn es gelingt, durch entsprechende höchstrichterliche Entscheidungen die Standards für die materielle und personelle Ausstattung der Einrichtung zu erhöhen. Hier treffen unterschiedliche Interessen aufeinander und das Recht wird in der Auseinandersetzung zwischen diesen Interessen zur strategischen Ressource.

In den Einrichtungen versucht man den Pflegeschlüssel (das Verhältnis von Bewohner zu Pflegepersonal) möglichst hoch zu halten. Dies aber hängt ab von der Zusammensetzung der Bewohner nach unterschiedlichen Pflegestufen, d.h. je mehr Bewohner mit hoher Pflegestufe, desto mehr Personal steht zur Verfügung. Die Träger der Einrichtungen hingegen versuchen den Kostendruck gering und dementsprechend den Pflegeschlüssel niedrig zu halten. Gelingt es nun durch entsprechende Entscheidungen der Gerichte im Rahmen des HeimAufG Mindeststandards für die sachliche, organisatorische und personelle Ausstattung der Einrichtungen aus der Rechtsprechung zu entwickeln, so entstehen damit Argumente, die in der letztlich politischen Auseinandersetzung über die Ausstattung der Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege ihre Wirkung entfalten können. Argumentiert werden kann dann, dass an finanziellen Fragen die Gewährung von Menschenrechten (durch Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen) nicht scheitern darf.

Ein weiteres zentrales Problem, das in der Judikatur zum HeimAufG durch Anträge auf gerichtliche Überprüfung von Seiten der Bewohnervertreter eine große Rolle spielt, betrifft *medikamentöse Freiheitsbeschränkungen* (§ 3 Abs. 1 HeimAufG). Hier gilt es die schwierige Frage zu entscheiden, ob ein Medikament ausschließlich der Hemmung des Bewegungsdrangs dient oder ob andere therapeutische Zwecke mit der Verabreichung verfolgt werden und die Bewegungsdämpfung nur als Nebeneffekt auftritt. Diese Entscheidung kann nur über die Heranziehung pharmakologisch beschlagener psychiatrischer Gutachter getroffen werden. Hier wird das Verfahren endgültig zum Gutachterprozess, wie es in dem oben zitierten Interview eines Richters etwas resignierend zum Ausdruck gebracht wurde. Allerdings ist auch hier, wie im Bereich der Entwicklung der Pflegemittel davon auszugehen, dass durch die ständige Innovation im Bereich der pharmakologischen Forschung die Zielgenauigkeit in der Wirkung einschlägiger Medikamente erhöht werden kann. Es dürfte somit in Zukunft einfacher sein, Nebenwirkungen von gezielten therapeutischen Wirkungen zu unterscheiden. Damit wird auch das Problem der medikamentösen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen besser in den Griff zu bekommen sein. Parallel dazu müsste allerdings sowohl die Kompetenz der psychiatrisch-neurologischen Gutachter gesichert sein, als auch deren Bereitschaft, sich kritisch mit der Praxis ihrer Fachkollegen, die einschlägige Medikamente verordnen, auseinanderzusetzen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Rechtsprechung im Bereich des HeimAufG zu einer regen Diskussion über die Interpretation der zentralen Regelungen dieses Gesetzes nicht nur in der juristischen Fachöffentlichkeit, sondern auch in den Einrichtungen geführt hat. Deutlich erkennbar ist dabei die Handschrift der Bewohnervertretervereine, deren verständliches und legitimes Anliegen es ist, freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf ein erforderliches Mindestmaß zu reduzieren und

den Maßstab der Erforderlichkeit möglichst hoch anzusetzen. Auch die gelegentlich von Seiten der Bewohnerververtretungen monierte mangelnde Kooperationsbereitschaft einzelner Richter an den verschiedenen Standorten wird sich auf mittlere Sicht aufgrund des Instanzenzuges über die Landesgerichte und den OGH nicht negativ auswirken. Eine wichtige Rolle werden jedoch nach wie vor in allen gerichtlichen Auseinandersetzungen die verschiedenen Experten in der Position der Gutachter spielen. Wir werden auf diese im nächsten Abschnitt eingehen.

2.5 Gutachter

Die Rolle der Gutachter ist im HeimAufG klar und verpflichtend festgelegt. Wird eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vom Gericht für zulässig erklärt, so ist dazu ein Gutachter beizuziehen. Dies kann entweder in der sogenannten »Erstanhörung« geschehen oder in der spätestens zwei Wochen im Anschluß an diese stattfindenden mündlichen Verhandlung. In der Praxis ergeben sich eine Reihe von Problemen mit dieser Konstruktion. Von den verschiedenen Beteiligten immer wieder genannt werden die folgenden Punkte: Aufgrund der im Gesetz vorgegebenen knappen Zeitrahmen taucht oft die Schwierigkeit auf, entsprechende Gutachter zu den anberaumten Verhandlungsterminen zur Verfügung zu haben. Das trifft in verstärktem Maße für jene Regionen zu, in denen die einzelnen Einrichtungen räumlich weit verteilt sind. Richter berichten immer wieder von erheblichen logistischen Problemen bei der Terminierung und Durchführung von Verfahren nach dem HeimAufG aufgrund der Zeitprobleme der Gutachter. Spiegelbildlich dazu beklagen Gutachter, dass sie für eine ausführliche Anamnese und Beschäftigung mit dem jeweils zu begutachtenden Einzelfall nicht immer ausreichend Zeit haben. Diese Klage kommt in erster Linie aus den Reihen der Pflegegutachter und dem Bereich der Behinderten- und Sonderpädagogik. Verständlich wird diese Klage wenn man bedenkt, dass viele Gutachter in diesem Bereich nicht nur den individuell und unmittelbar betroffenen Bewohner, sondern das gesamte pflegerische, pädagogische und organisatorische Umfeld des Falls berücksichtigen wollen. Dies kann es erforderlich machen, dass ein Gutachter die betreffende Einrichtung besucht, mit den dort tätigen Pflegepersonen spricht und sich ein Bild von der Gesamtsituation macht, um die Angemessenheit der beantragten Maßnahme begründet beurteilen zu können. Weniger bedeutsam scheint dieses Problem im Bereich der verschiedenen ärztlichen Gutachter zu sein. Hier wird der einzelne Fall oft erst am Tag der Verhandlung vor Ort in Augenschein genommen oder man erstellt ein Gutachten auf der Grundlage der Lektüre der Kranken- und Pflegedokumentation, bzw. beschränkt sich auf allgemeine Aussagen über die Wirkung von Medikamenten und/oder den geistig-psychischen Zustand der betreffenden Bewohner. Bei Einschätzungen über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit können sich medizinisch-psychiatrische Gutachter auch auf frühere Gutachten, die etwa im Rahmen von Sachwalterschaftsverfahren erstellt wurden, berufen. Die umfangreichere und schwierigere Tätigkeit entfällt hier auf die Gutachter aus dem

Bereich der Behindertenpädagogik und der Pflegewissenschaft.

Ein weiterer problematischer Punkt ist die insbesondere von den Bewohnervertretern beklagte Konstruktion von »Tandems« zwischen Richter und Gutachter. Manche Richter greifen in den Verfahren im HeimAufG auf medizinisch-psychiatrische Gutachter zurück, mit denen sie in anderen Bereichen, etwa in Verfahren des Sachwalterrechts bereits zusammen gearbeitet haben. Es wird dabei moniert, dass aufgrund des impliziten Vorverständnisses der Richter meist schon weiß, was der entsprechende Gutachter empfehlen wird. Zwar können von allen Verfahrensbeteiligten Vorschläge bezüglich beizuziehender Gutachter gemacht werden, doch liegt die Entscheidung letztendlich beim Gericht, welcher Gutachter im Verfahren verbindlich als Experte auftritt. Gutachter aus dem Bereich der Behindertenpädagogik werden immer wieder auch privat von Angehörigen im Vorfeld von Gerichtsverfahren beauftragt, um Stellungnahmen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen abzugeben. Allerdings kommt diesen privat erstellten gutachterlichen Stellungnahmen im Verfahren keine verbindliche Bedeutung zu.

In der mündlichen Verhandlung können die Gutachter zu den verschiedenen Fragen aus ihrem Fachgebiet Stellung nehmen, die Entscheidung über die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung liegt letztendlich aber beim Richter. Hier wird von den Gutachtern ein Problem diagnostiziert, das auch die Bewohnervertreter des öfteren berichtet haben und das bereits oben unter dem Begriff der *Gradualisierung* beschrieben wurde. Aus der Sicht eines pflegewissenschaftlichen oder pädagogischen Gutachters erscheint es oft sinnvoll, einen Bewohner, der über lange Zeit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme ausgesetzt war, allmählich an eine neue Situation zu gewöhnen. Das bedeutet dann, dass eine entsprechende Maßnahme nicht mit sofortiger Wirkung für unzulässig erklärt werden sollte, sondern dass über allmähliche Schritte der oder die Betreffende an die neue Situation gewöhnt werden sollte. Das HeimAufG sieht diese Variante der graduierten Aufhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auf der Grundlage eines vom Gutachter entwickelten Stufenplans nicht explizit vor. Es liegt im Ermessen des individuellen Richters, entsprechende Anregungen in seine Entscheidung aufzunehmen. Auch finden sich Fälle, in denen das Gericht eine befristete vorübergehende Zulässigkeit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme mit der Auflage verbindet, in dieser Zeit gelindere Maßnahmen zu erproben. Hier wäre eine Präzisierung oder Erweiterung der Möglichkeiten richterlicher Entscheidungen sicherlich hilfreich. Damit könnten vermutlich auch jene tragischen Fälle vermieden werden, bei denen ein Bewohner, bei dem eine freiheitsbeschränkende Maßnahme per Gerichtsbeschluss aufgehoben wurde, aufgrund der für ihn ungewohnten neuen Situation sich verletzt oder sonstwie Schaden nimmt bzw. verurteilt.

Eine Reihe von sekundären rechtlichen Streitigkeiten entstehen hier zudem

durch die Probleme der angemessenen Vergütung von gutachterlichen Stellungnahmen. In einer Reihe von Fällen sind wir bei der Analyse der Akten auf derartige Auseinandersetzungen gestoßen. Ärztliche Gutachter reichen Abrechnungen für ihre Tätigkeiten ein, die dann von den entsprechenden Prüfinstanzen als unangemessen zurückgewiesen werden mit der Folge, dass im Rahmen der Auseinandersetzung nicht nur über die Unzulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, sondern auch über die Zulässigkeit von ärztlichen Honorarforderungen entschieden werden muss. Auch von Seiten der Richter wird hier bemängelt, dass die Honorarrahmen für die Gutachter zu eng sind. Gerade aufgrund der manchmal sehr knappen Fristsetzungen sollte hier eine Verbesserung stattfinden. Probleme mit den Gutachterhonoraren führen letztlich auch zu im Prinzip vermeidbarer Mehrarbeit für die Gerichte. Es müssen Gebührenbeschlüsse gefasst und Stellungnahmen des Revisors beantwortet werden, ggf. gibt es dann zusätzlich Gebührenrekurse. In Anbetracht der knappen Ressourcen wäre hier eine geschmeidigere Lösung wünschenswert.

Da pädagogische und pflegewissenschaftliche Gutachter in den meisten Fällen das Praxisfeld, in dem sie gutachterlich tätig werden, aus eigener beruflicher Anschauung kennen, entwickeln sie in den Interviews oft weiterreichende Vorschläge für eine Handhabung des Problems freiheitsbeschränkender Maßnahmen, die über die verschiedenen Einzelfälle hinaus reichen. In diesem Zusammenhang sollte ein mehrfach gemachter Vorschlag Erwähnung finden, der im Rahmen der Diskussion mit Vertretern dieser Berufsgruppe auftauchte. Es ginge, so die Position der pflegewissenschaftlichen Gutachter, die auch von anderen Befragten vertreten wurde, in den meisten Fällen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen um Probleme, die im Bereich der Pflege liegen. Fragen der Selbst- und Fremdgefährdung, Einschätzung von Sturzrisiken, Bewertung von Risiken, dass verwirrte Bewohner die Einrichtung verlassen und im Straßenverkehr Schaden nehmen, sich verlaufen oder nicht mehr zurückfinden, sind in erster Linie Fragen, deren Beantwortung aus dem Horizont der Erfahrung und Kompetenz des Pflegepersonals am besten beurteilt werden können. Andererseits sind Eingriffe in die Grundrechte der Bewohner, wie sie freiheitsbeschränkende Maßnahmen in jedem Fall darstellen, natürlich immer gravierend. Vor diesem Hintergrund muss die im Gesetz gefundene Lösung verstanden werden, dass nur Ärzte länger andauernde Freiheitsbeschränkungen anordnen dürfen. Diese Konstruktion ist auf der einen Seite nachvollziehbar, da man dadurch verhindern wollte, dass die Pflege nach ihren eigenen Vorstellungen möglicherweise ungerechtfertigt zu entsprechenden Maßnahmen greift. Es spiegelt sich hier aber auch ein Berufsverständnis, das den Pflegeberufen die Entscheidung über derart gravierende Maßnahmen nicht zutraut. Pflegepersonal gilt immer noch als medizinisches Hilfspersonal und hat – vergleicht man die Situation etwa mit den angelsächsischen Ländern – einen relativ niedrigen professionellen Status im Gesundheitssektor. Andererseits wird in

der Praxis eine Kontrollfunktion durch die anordnenden Ärzte bei weitem nicht in dem Maße wahrgenommen, wie es das HeimAufG vorsieht. Typischerweise schlagen die Einrichtungen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vor und die zuständigen Ärzte beschränken sich darauf, diese Maßnahme durch ihre Unterschrift zu bestätigen. Oft sehen sie die Bewohner, an denen entsprechende Maßnahmen vollzogen werden, gar nicht. Das bedeutet, dass de facto die Entscheidung über freiheitsbeschränkende Maßnahmen beim Pflegepersonal liegt, de jure aber beim Arzt.

Daraus entsteht eine problematische Situation: Die Pflege, die es gewohnt ist, auf Anordnung des Arztes zu handeln und ärztliche Vorgaben zu erfüllen, kann sich im Fall der Entscheidung über eine freiheitsbeschränkende Maßnahme aus der Verantwortung ziehen, da die Anordnung offiziell vom Arzt kommt. Die Ärzte wiederum können die Verantwortung der Pflege zuschieben und sich darauf berufen, dass sie eine Maßnahme genehmigt haben, die von dort vorgeschlagen wurde. Die Folge ist ein *Arrangement von faktischer Unverantwortlichkeit*: beide Seiten können sich auf die jeweils andere berufen, um die Verantwortung für die Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen abzuwälzen. Der Vorschlag von Seiten der pflegewissenschaftlichen Sachverständigen zielt darauf, der Pflege (mit Ausnahme medikamentöser Freiheitsbeschränkungen) auch die formelle Verantwortung für die Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu übertragen, was, so die Überlegung, zur Folge haben könnte, dass diese Maßnahmen sparsamer eingesetzt werden würden. Dahinter steht die Überlegung, dass unter dem Regime des HeimAufG, das eine Meldepflicht vorsieht, das Pflegepersonal eher dazu neigen würde, alternative und gelindere Maßnahmen anzuwenden, bevor es sich mit der Situation konfrontiert sieht, eine Freiheitsbeschränkung gegenüber der Bewohnervertretung zu begründen und möglicherweise damit eine gerichtliche Überprüfung heraufzubeschwören. Eine professionelle Aufwertung der Pflege, auch im Sinne erweiterter Kompetenzen zur Anordnung bestimmter Maßnahmen könnte hier sozusagen einen disziplinierenden positiven Nebeneffekt haben: man ginge mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sparsamer um. Was sich an diesen Überlegungen zeigt, ist die im Rahmen des HeimAufG von mehreren Seiten als problematisch empfundene Rolle der Ärzte bei der Anordnung und Kontrolle von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Ein Beispiel einer bemerkenswerten Kooperation zwischen Bewohnervertretung, Gutachter und Richter mit einem bemerkenswerten Ergebnis, das das Potential des HeimAufG recht eindringlich demonstriert, soll hier abschließend noch referiert werden. Es handelt sich dabei um eine in einer Behinderteneinrichtung vorgenommene Freiheitsbeschränkung, das Einsperren eines jungen Mannes, der immer wieder Anfälle hatte, bei denen er ausdauernd schrie und auch gegen Mitbewohner gewalttätig wurde: Man hat ihn in solchen Fällen eingesperrt, in einer Toilette. Der Fall war bereits vor Gericht verhandelt worden und nach sehr

ausführlicher Erörterung der Krankengeschichte und der Situation in der Einrichtung, der – vergeblichen – Suche der Betreuer nach Alternativen, war aufgrund eines Pflegegutachtens die Freiheitsbeschränkung als befristet zulässig erklärt worden mit der Auflage, einen besseren und adäquat ausgestatteten Raum für die als notwendig gesehene Isolation des Bewohners einzurichten. Die Bewohnervertreterin war mit diesem Ergebnis nicht zufrieden und hat eine Wiederholung des Verfahrens und die Heranziehung einer heilpädagogischen Gutachterin vorgeschlagen. Aus der Sicht des Richters sah das so aus:

Sie (die Bewohnervertreterin) wollte einen Antrag stellen für ein neues Gutachten. Ich hab ihr gegenüber argumentiert, da machen wir etwas kaputt, was sich dort entwickeln könnte (aufgrund des vorliegenden Beschlusses) Die Bewohnervertreterin ist hartnäckig geblieben und hat den Antrag gestellt und da hab ich dann die Frau Mag. XXX bestellt und gestehe, dass ich – die Frau Mag. XXX hat mich einfach restlos überzeugt. Wie soll in einem Fall, wo wir eine mehr als 30-jährige Entwicklung in der Betreuung haben, alle, die ihn da kennen und ihn seit Jahren betreuen – wie soll da eine Sachverständige aus Wien daherkommen, den zwei, drei Stunden anschauen und dann etwas sagen, so dass das auch von denen akzeptiert wird? Sie hat vor der Verhandlung noch Besprechungen mit allen den Leuten gehabt und dann war die Verhandlung – vier oder fünf Stunden mit 9 oder 10 Personen – und die Frau Mag. XXX war überzeugend. Sie hat die Leute draußen davon überzeugt, welche Schritte man unternehmen kann um auf Dauer die jetzt noch von mir bestätigte Maßnahme wegzukriegen. Sie hat heilpädagogische Ansätze bringen können – da hat sich irgend ein Knopf gelöst – auch bei mir ... Es war für mich ganz wichtig zu sehen: vergiss einmal deine blöden Vorurteile und nachträglich war ich begeistert! Wo ich vorher dachte: die macht da jetzt alles kaputt! Die Einrichtung hat das ganz schrecklich gefunden, ein Sakrileg, dass da ein Verfahren gegen sie läuft und das war schon sehr schwierig, das halbwegs in den Griff zu bekommen, dass das irgendwie läuft und dann drei Monate später wollen wir da wieder «einestirn!». In der Verhandlung jedenfalls war das eine ganz kollegiale Geschichte, wo die Mitarbeiter da mit der Frau Mag. diskutiert haben ...

2.6 Ärzte

Den Ärzten kommt nach den Vorgaben des HeimAufG die Aufgabe zu, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen (bzw. entsprechende Anordnungen auch wieder aufzuheben). Diese Rolle nehmen sie in unterschiedlichem Ausmaß wahr. Je nach Art der Institution sind Ärzte entweder fest angestellt als Heimärzte tätig, was nur in größeren Einrichtungen der Fall ist, oder werden von den Einrichtungen als Gemeinde- oder Amtsärzte herangezogen, wenn es um die Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geht. Ein häufiger Fall ist jedoch der individuelle Hausarzt des individuellen Bewohners. Bewohner von Alten- und Pflegeheimen werden oft auch nach dem Umzug in die Einrichtung weiterhin von ihrem Hausarzt betreut. Das führt dann zu der Situation, dass die

Einrichtungen es mit einer Reihe unterschiedlicher praktischer Ärzte zu tun haben, wenn sie freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei einzelnen Bewohnern anordnen lassen wollen. Da die meisten der betreuenden Ärzte in ihrer eigenen Ordination tätig sind, stehen sie für die Bewohner der Einrichtungen regelmäßig nur im Rahmen ihrer Besuche in der Einrichtung zur Verfügung. In der Praxis führt das zu einem Verfahren, das zwar den Formerfordernissen des Gesetzes entspricht, nicht aber der eigentlichen Idee, dass eine Maßnahme nach Augenschein und Diagnose durch den Arzt angeordnet werden sollte. Es haben sich hier unterschiedliche Routinen herausgebildet, die je nach Anzahl der beteiligten Ärzte, Größe der Einrichtung und alltäglicher Kooperationsbereitschaft das Problem der Anordnung anders lösen.

Immer wieder beklagt von den Einrichtungen – insbesondere von den kleineren in den eher ländlichen Regionen – wird das Problem der unverzüglichen Genehmigung (§ 5 Abs. 2 HeimAufG). Probleme ergeben sich hier etwa an Wochenenden, wenn praktische Ärzte nicht in ihrer Ordination zur Verfügung stehen. Der Rückgriff auf andere Ärzte (beispielsweise Sprengelärzte, die Wochenddienst haben) ist eine, wenn auch oft umständliche Methode, dieses Problem zu lösen. Berichtet wird auch von Fällen, in denen die anordnungsbefugten Ärzte Blanko-Formulare unterschrieben haben, so dass seitens der Pflege im akuten Fall die entsprechenden Daten des Bewohners eingetragen werden können und die Unterschrift des Arztes pro forma vorhanden ist. In anderen Fällen schickt die Einrichtung das entsprechende Formular per Fax an den zuständigen Arzt und dieser schickt es dann unterschrieben zurück. Alle diese Verfahren sind eher als Notlösungen zu sehen und entsprechen keineswegs den Vorschriften des HeimAufG.

Auch jene Ärzte, die in größeren städtischen Einrichtungen dauerhaft anwesend sind, schildern in den von uns durchgeführten Interviews, dass sie sich auf die Aussagen des Pflegepersonals verlassen. Nach Möglichkeit werden Entscheidungen auch in diesen Einrichtungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen immer im Team getroffen, aber es handelt sich letztlich um Fragen, die in den Kompetenzbereich der Pflege fallen. Wie sich in den Gesprächen immer wieder zeigte, kann eine enge Kooperation mit dem betreuenden Arzt sinnvoll sein, wenn es darum geht, schwierige Fälle, bei denen das HeimAufG anzuwenden ist, kompetent zu bearbeiten. Allerdings taucht in diesen Fällen dann sehr häufig das Problem auf, dass therapeutisch indizierte Vorschläge und freiheitsbeschränkende Maßnahmen in einer Grauzone verschwimmen und die Entscheidung, welche Schritte zu tun sind – körpernahe Beschränkungen oder medikamentöse Behandlung – zu komplizierten Konstellationen führen, in denen Ärzte, Pflegepersonal und Bewohnervertretung zu einer gemeinsamen Einschätzung kommen müssen. Dies ist, wie sich in vielen Interviews mit den Beteiligten zeigte, nicht immer einfach und dementsprechend liegt der Ausweg, eine gerichtliche Klärung an-

zustreben, oftmals nahe.

2.6.1 Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen

Ein genuiner ärztlicher Zuständigkeitsbereich sind die medikamentösen Freiheitsbeschränkungen, d. h. Medikationen, die durch das HeimAufG als solche definiert werden. Auch hier scheinen sich lokal sehr unterschiedliche Traditionen herauszubilden. Es gibt Einrichtungen, in denen »schwört die Pflegedienstleitung auf Risperdal«, wie es eine Mitarbeiterin der Bewohnervertretung im Interview formulierte. Andere Einrichtungen wiederum haben andere Routinen ausgebildet: von der großzügigen täglichen Vergabe von Schlafmitteln an alle Bewohner bis hin zur Strategie, den Einsatz von Sedativa und anderen einschlägigen Medikamenten möglichst vollständig abzubauen. Seitens der befragten Ärzte wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Unterscheidung zwischen therapeutisch indizierter Medikation und medikamentöser Freiheitsbeschränkung schwierig sei. Ebenfalls als problematisch empfunden wird die Verschreibungspraxis mancher Hausärzte, die ihren Patienten über Jahre hinweg Antidepressiva oder Sedative verschreiben ohne dabei – so die gelegentlich geäußerte Kritik von Ärzten in den Einrichtungen – auf eine entsprechende Indikation zu achten. Somit kann es vorkommen, dass Bewohner aufgrund der Medikation, die sie von ihren Hausärzten erhalten, in dem Moment, wo sie in eine Einrichtung übersiedeln, plötzlich als medikamentös freiheitsbeschränkt erscheinen. (Diese Art von Problemen gilt natürlich auch für alle anderen Formen der Freiheitsbeschränkungen, da das HeimAufG nur auf die Pflege in Einrichtungen Anwendung findet und den Bereich der häuslichen Pflege nicht erfasst.)

Ein weiteres Problem ist hier die oben bereits erwähnte Praxis der Drehtürverschiebung von problematischen Bewohnern, die aufgrund ihres für den Pflegebereich nicht mehr tragbaren Verhaltens in gerontopsychiatrische Einrichtungen verlegt werden. Dort herrscht im Hinblick auf den Umgang mit Medikamenten ein anderes Regime, das Thema Freiheitsbeschränkung tritt dort hinter der Frage der Beseitigung von akuten Symptomen psychischer Störungen zurück. Häufig geschildert wird die Situation, dass Bewohner nach einer gewissen Zeit aus den psychiatrischen Kliniken in die Pflegeeinrichtungen zurückverlegt werden und dann einige Zeit brauchen, bis sie wieder ansprechbar sind. Hier wird, so die Einschätzung der Ärzte, mit zweierlei Maß gemessen: Bewohner in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege gelten bei einer bestimmten Medikation als freiheitsbeschränkt, während dies bei wesentlich höheren Dosierungen in der Psychiatrie nicht der Fall ist.

Je nachdem wie eng oder wie weit man den Begriff der medikamentösen Freiheitsbeschränkung fasst, kann es auch bei der Verwendung eines neuen Medikaments zu Diskussionen mit der Bewohnervertretung kommen. Ärzte aus den Einrichtungen berichten von Fällen, bei denen sie die verabreichte Dosis eines

Medikaments über einen gewissen Zeitraum variierten, um die optimale Einstellung für einen individuellen Bewohner herauszufinden. In dieser Phase kann es passieren, dass eine zu hohe Dosis verabreicht wird, die dann freiheitsbeschränkend wirkt, da sie den Bewegungsdrang des Bewohners in einer mehr als erforderlichen Art einschränkt. Ob hier eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im Sinne des HeimAufG vorliegt oder nicht, ist eine Frage, die schwer zu entscheiden ist.

Insgesamt zeigt sich, dass dieser Typus von Freiheitsbeschränkungen schwerer zu diagnostizieren ist als die rein körperlichen Maßnahmen wie Seitengitter oder Bauchgurte. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch noch auf die gelegentlich von Bewohnervertretern geäußerte Besorgnis, dass körperliche durch medikamentöse Freiheitsbeschränkungen ersetzt würden. Bewohner, bei denen die zum Einsatz kommenden Maßnahmen der körperlichen Beschränkung als unzulässig erachtet wurden, werden, so die Vermutung der Bewohnervertreter, durch medikamentöse Maßnahmen in ihrem Bewegungsdrang beeinflusst. Hier allerdings sind fundierte Aussagen schwierig, da die sachgemäße Bewertung der Maßnahmen im Bereich der Medikation nicht nur ein Eingehen auf den individuellen Einzelfall, sowie erhebliche pharmakologische Kenntnisse erfordert, sondern auch weil aufgrund der nur bedingt nachvollziehbaren Vergabepaxis in den Einrichtungen genaue Daten über den Einsatz von Medikamenten nicht vorliegen. Ein Problembewusstsein für die freiheitsbeschränkende Wirkung von Medikamenten scheint bei den in den Einrichtungen hauptberuflich tätigen Ärzten eher vorhanden zu sein als bei den Hausärzten, die individuell einzelne Bewohner betreuen. Auch sind die Fachkenntnisse der Ärzteschaft im Bereich der Gerontopsychiatrie und der medizinischen Gerontologie insgesamt wohl eher als ungenügend zu bezeichnen, da eine Facharztausbildung zum Facharzt für Gerontologie in Österreich nicht angeboten wird. Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich reichen im Angesicht der auf längere Sicht zu erwartenden steigenden Zahlen von gerontopsychiatrisch zu betreuenden Patienten hier wohl nicht aus.

2.6.2 Ärzte als Individuen und Profession

Im Prozess der Vorbereitung des HeimAufG wurde über die Rolle der Ärzte kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite gab es die Position, die sich auch jetzt in der Anwendung des verabschiedeten Gesetzes bestätigt, dass die Mehrzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in den genuinen Tätigkeits- und Kompetenzbereich der Pflege fällt. Auf der anderen Seite wurde argumentiert, dass es sich bei Freiheitsbeschränkungen um gravierende Eingriffe handle, die ohne Zustimmung eines Arztes nicht vollzogen werden dürften. Hier zeigt sich, dass die jetzt gefundene gesetzliche Lösung zwar den abstrakten Überlegungen im Hinblick auf die Verantwortung für diesen schwerwiegenden Eingriff gerecht wird, in der Praxis aber nicht so zu funktionieren scheint wie vorgesehen.

Wie der bisherige Verlauf der Entwicklung zeigt, scheint eine Änderung hier sinnvoll. Seitens der ärztlichen Standesvertretung der Bundesärztekammer war eine Beteiligung der Ärzte im Gesetzgebungsverfahren reklamiert worden. Die jetzt gefundene Lösung lässt aber das Problem der Abrechnung ärztlicher Leistungen, die im Rahmen der Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen anfallen, offen. Professionspolitische Initiativen der Ärzteschaft zielten auf eine Regelung, die einen pauschalen Beitrag von über einhundert Euro als angemessen für die Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen erachteten. Unklar war allerdings, wer für diese Kosten aufzukommen hat – eine Frage, für die sich die ärztlichen Standesvertreter naturgemäß nur in zweiter Linie interessierten. In der Praxis ist die Frage der Honorierung ärztlicher Leistungen im Rahmen des HeimAufG inzwischen auf vielfältige Weise und in regional sehr unterschiedlichen Varianten gelöst worden. In manchen Regionen haben sich Ärzte zunächst kollektiv geweigert, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen, solange ungeklärt war, wie und wem sie diese in Rechnung stellen konnten. In anderen Fällen hat man sich vor Ort mit den Ärzten auf einen Modus vivendi geeignet, der ohne nennenswerte zusätzliche Kosten die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben ermöglicht. Alles in allem scheint man mit der Situation zurechtzukommen. Allerdings werden die Verhältnisse von keiner Seite als wirklich befriedigend empfunden. Die praktischen Lösungen, die vor Ort entwickelt wurden, entsprechen nicht immer den im Gesetz angestrebten Vorstellungen und die (professions-)politische Auseinandersetzung ist bisher ebenfalls nicht zu einem befriedigenden Ende gebracht worden.

Ein weiterer Aspekt, der bei den ursprünglichen Überlegungen über die anzuwendenden Verfahren und die Rolle der Ärzte offensichtlich in seiner Bedeutung unterschätzt wurde, betrifft die Beteiligung der Ärzte an den Gerichtsverfahren, in denen über die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen entschieden wird. Viele Ärzte sehen ihre Beteiligung an den entsprechenden Verfahren sehr kritisch. Vorgebracht wird zum einen immer wieder das Zeitargument: Ärzte mit eigener Praxis empfinden es als Zeitverschwendung, wenn sie wegen eines Verfahrens nach HeimAufG für einen halben Tag oder länger ihre Ordination schließen müssen. Ärzte in den Einrichtungen weisen darauf hin, dass die Zeit, die sie für das HeimAufG (einschließlich der Gerichtsverfahren) aufbringen müssen, ihnen für die Arbeit mit ihren Patienten fehlt. Ferner ist es für viele Ärzte eine wohl eher ungewohnte Situation, ihr Handeln – denn die Anordnung der zur Debatte stehenden freiheitsbeschränkenden wird ihnen vom HeimAufG zugeschrieben – gegenüber anderen rechtfertigen zu müssen. Insbesondere Bewohnervertreter, aber auch Richter berichten in den Interviews von teilweise sehr erregten Auftritten der Ärzte in den jeweiligen Verfahren. Und in manchen Einrichtungen wird kolportiert, dass einige der Ärzte, nachdem sie an einem Verfahren im Rahmen des HeimAufG teilgenommen haben, sich weigern, weitere

Maßnahmen anzuordnen, da ihnen das Risiko eines weiteren, ebenso zeitaufwendigen wie sozial ungewohnten Auftritts bei einer Verhandlung über die Zulässigkeit der von ihnen zu verantwortenden Entscheidungen zu groß erscheint.

Solche Vorkommnisse sind zwar als Einzelfälle berichtet worden, aber die Häufigkeit, mit der sie in den Interviews auftauchen, legt den Schluss nahe, dass die Einbindung der Ärzte, wiewohl sie in einer Vielzahl individueller Fälle bei einzelnen gelingen mag, insgesamt noch nicht in befriedigender Weise als gelöst zu betrachten ist. Es dürfte hier auf der Ebene standespolitischer Initiativen noch erheblichen Reflexions- und Handlungsbedarf geben. Grundsätzlich stellt sich nach der bisherigen Erfahrung mit dem HeimAufG die Frage, die bereits im Gesetzgebungsprozess auftauchte: Welche Rolle sollten die Ärzte bei der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen spielen und wie sollte man die Kompetenzverteilung zwischen fachlich geschultem Pflegepersonal und medizinischen Fachleuten gestalten?

3. Nettoeffekte des HeimAufG

Nach inzwischen zwei Jahren praktischer Erfahrung mit dem HeimAufG kann man feststellen, dass dieses Gesetz einiges bewirkt und ausgelöst hat. Der durchgängig berichtete positive Haupteffekt des HeimAufG dürfte die stärkere Sensibilisierung der Pflegepraxis in den von diesem Gesetze erfassten Einrichtungen im Hinblick auf die Problematik der verschiedenen Formen der Freiheitsbeschränkung von Bewohnern sein. Das lässt sich an den verfügbaren Zahlen über die quantitative Entwicklung der Meldungen aus den Einrichtungen ablesen. Im ersten Halbjahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ist eine stetige Steigerung der gemeldeten Freiheitsbeschränkungen zu beobachten. Diese Steigerung lässt sich durchaus als Hinweis auf eine wachsende Sensibilisierung der Pflegepraxis für das Problem freiheitsbeschränkender Maßnahmen interpretieren.

Dieser Effekt wiederum ist zu einem nicht unerheblichen Teil auf die Tätigkeit der Bewohnervertretung und die im Vorfeld stattgefundene ausführliche und flächendeckende Information durch die Mitarbeiter des Bundesministeriums sowie anderer Vereine zurückzuführen. Die Mitarbeiter der Bewohnervertretung haben in den einzelnen Heimen von Anfang an über die neuen Regelungen des Gesetzes informiert, haben Veranstaltungen für Mitarbeiter, Ärzte und Angehörige organisiert und auf die mit Inkrafttreten zu berücksichtigenden Regelungen hingewiesen. Die Konzentration der Bewohnervertreter auf die massiven körpernahe Freiheitsbeschränkungen in der ersten Zeit ihrer Tätigkeit hat hier in einigen Regionen und nach einer gewissen Zeit zu einem nachhaltigen Abbau von Freiheitsbeschränkungen geführt.

Bisher noch kaum von dem Gesetz betroffen sind die Krankenanstalten. Das mag verschiedene Gründe haben. Zum einen herrscht dort von Haus aus ein geringeres Problembewusstsein hinsichtlich der Thematik freiheitsbeschränkender Maßnahmen, zudem sind, bezogen auf die Anzahl der Betten, insgesamt weniger Personen von entsprechenden Maßnahmen betroffen. Zum anderen dürften Ärzte ihre eigenen Anordnungen in aller Regel als rein therapeutisch motiviert deuten und wenig Verständnis dafür aufbringen, dass unter ihrer Ägide die Freiheit der Patienten in einer grundrechtswidrigen Art beschränkt wird. Extrapoliert man von der Reaktion der Ärzte, die im Bereich der Altenpflege tätig sind, auf die Haltung ihrer in den allgemeinen Krankenanstalten tätigen Kollegen, so muss hier mit erheblichem Widerstand gegen das HeimAufG gerechnet werden. Auch hat sich die Tätigkeit der Bewohnervertreter in der ersten Zeit auf die Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege konzentriert. Welche Effekte sich einstellen, wenn die Bewohnervertretung sich verstärkt auf die Krankenanstalten konzentriert, bleibt abzuwarten.

Deutliche Differenzen zeigen sich auch im Bereich der regionalen Verteilung. Betrachtet man die für die Wirkung des HeimAufG relevanten Zahlen, so zeigt

sich hier das aus anderen Bereichen bekannte Ost-Westgefälle innerhalb Österreichs. Unterschiede in der Wirkung des Gesetzes entstehen zudem aufgrund unterschiedlicher Einrichtungstypen, aufgrund der unterschiedlichen Situation in ländlichen und städtischen Regionen, sowie aufgrund der landespolitisch je verschiedenen Rahmenbedingungen, die sich unterstützend oder hemmend auf die Umsetzung des HeimAufG auswirken können.

Über all diese Unterschiede hinweg, mit deren Hilfe sich auch die quantitativ beobachtbaren Differenzen erklären lassen, zeigt sich jedoch, dass durch die Einführung eines Vieraugenprinzips, das durch die Schaffung der Position des Bewohnervertreters institutionalisiert worden ist, neue Kommunikations- und Aushandlungsformen in vielen Einrichtungen entstanden sind. Es ist in der Mehrzahl der Fälle offensichtlich gelungen, die Mitarbeiter der Bewohnervertretung als kooperative Partner in den Entscheidungsprozess über die Zulässigkeit und Notwendigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen einzubinden. Anfängliche Schwierigkeiten, die sich in der Kommunikation zwischen Einrichtungen und Bewohnervertretern ergaben, sind im Laufe der Zeit beseitigt worden. Es herrscht in den meisten Fällen ein gutes und vertrauensvolles Arbeitsklima zwischen beiden Seiten. Gelegentlich berichtete Fälle, in denen dies nicht so ist, scheinen die Ausnahme zu sein. Neben der direkten Tätigkeit der Bewohnervertretung vor Ort entwickelt das Gesetz – wie alle Gesetze, die den Adressaten bekannt sind – auch präventive Wirkungen. Die meisten Einrichtungen wollen in jedem Fall vermeiden, mit ihren Entscheidungen vor Gericht gehen zu müssen. Daher versucht man, sich bereits im Vorfeld zu einigen und Lösungen zu finden, die eine gerichtliche Überprüfung der Zulässigkeit vermeidet.

Die Verrechtlichung von Freiheitsbeschränkungen

Der Begriff Freiheitsbeschränkung ist einerseits ein umgangssprachlich mehr oder weniger klar abgegrenzter Begriff, andererseits aber aufgrund der semantischen Aufladung und tendenziell negativen Konnotation auch ein umstrittener. Insbesondere im Bereich der Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege herrscht traditionell eine Orientierung vor, die sich zum einen eher an den Erfordernissen eines reibungslosen geregelten organisatorischen Ablaufs ausrichtet und die zum anderen im Zweifelsfall eher auf Sicherheit als auf Freiheit achtet. Die Freiheit der Bewohner dieser Einrichtungen war – vor Einführung dieses Gesetzes – zwar möglicherweise ein rhetorisch beschworenes Gut, aber keines, das eine feste gesetzliche Grundlage hatte, auf die man sich beziehen konnte.

Durch die Einführung einer rechtlich verbindlichen Definition von Freiheitsbeschränkungen, die gesetzliche Festlegung, wann sie angewendet werden dürfen, und die Vorgabe eines Verfahrens, wie dabei vorzugehen ist, werden alltägliche Entscheidungen in ein neues Format rechtlicher Regulierung überführt. Das hat zur Folge, dass die Idee der Freiheit der Bewohner, wenn auch mit der exklusiven

Konzentration auf den Begriff der körperlichen Bewegungsfreiheit, zu einem zentralen Bestandteil der in den Einrichtungen geltenden Rechtsvorschriften geworden ist. Das macht sie zu einem jenseits allgemeiner Appelle einklagbaren Element der Gestaltung von Pflegepraxis. Die in manchen Einrichtungen vorgebrachte Kritik, man habe der Freiheit der Bewohner schon immer einen hohen Stellenwert beigemessen und das Gesetz sei insofern (zumindest für die eigene Einrichtung) überflüssig, mag dabei nur bedingt überzeugen. Denn die Vorstellung darüber, was die Freiheit eines pflegebedürftigen Bewohners ausmacht, hängt unter den asymmetrischen Bedingungen der Interaktion zwischen einem psychisch und physisch behinderten Individuum und der Institution, in der es lebt, im wesentlichen von der Definition der Institution ab. Das aber widerspricht gerade der Idee der Freiheit in ganz grundlegender Weise. Die Einführung eines mit der Institution auf Augenhöhe agierenden Bewohnervertreters ist in diesem Zusammenhang ein angemessener Versuch, diese Asymmetrie ein Stück weit aufzuheben.

Diese durch das HeimAufG eingeführte Stellvertreterfunktion hat eine Reihe von Konsequenzen, die wir im Folgenden kurz skizzieren wollen.

Systematische Folgen der Verrechtlichung

Die Bewohnervertreter, die durch das HeimAufG eingeführt wurden, agieren im eigentlichen Sinne des Wortes als Fürsprecher. Sie sprechen für den Bewohner und nehmen der Einrichtung gegenüber seine Interessen wahr. Hier entstehen oft Mißverständnisse, da die Idee der Interessen der Bewohner mit der Vorstellung seiner subjektiven Wünsche gleichgesetzt wird. Viele der Kontroversen zwischen Bewohnervertretung und Einrichtungen lassen sich aus dieser Gleichsetzung verstehen. Von den Einrichtungen wird argumentiert, dass man das Beste für den Bewohner erreichen wolle und dabei könne es sich auch mal um eine Freiheitsbeschränkung handeln. Im Zweifelsfall, d.h. wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, sich in einem Gespräch zu artikulieren, greife man auf die Angehörigen zurück. Diese, so die Überlegung, wüssten aufgrund der lebensweltlichen Vertrautheit mit dem Bewohner noch am ehesten, was für ihn das Beste sei. Das Problem, das hier entsteht, ist die Ungleichheit der an der Entscheidung beteiligten Parteien: mangelnde Artikulationsfähigkeit und die im Sinne einer Chancengleichheit einseitig verzerrte Kommunikation zwischen den Parteien, die über die Frage Freiheitsbeschränkung ja oder nein entscheiden sollen, hebeln das Modell einer auf Zustimmung basierenden Entscheidung aus. Die Grundstruktur dieses Problems ist in der bekannten rechtsphilosophischen Bestimmung bei Kant zu studieren. Kant verschränkt Rechtmäßigkeit und Gerechtigkeit mit Allgemeinheit, wenn er in seiner berühmten Formulierung feststellt, dass zwar ein jeder gegen einen anderen, nie aber gegen sich selbst Unrecht tun könne. Daher, so fährt er fort, könne ein Gesetz, dem ein jeder zustimmt, nicht unrecht sein. Wendet man diesen Gedanken auf die Situation an, in der sich die potentiell von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Bewohner in den

Pflegeeinrichtungen befinden, so wird deutlich, dass hier das Kriterium der Zustimmungsfähigkeit nur bedingt erfüllt wird. Die Bewohner erfüllen in ihrer Situation nämlich nicht die Voraussetzung, als autonome, selbstständige Individuen von niemand anderem als sich selbst in ihren Entscheidungen abhängig zu sein. Die Rolle des Bewohnervertreeters als Stellvertreter oder »Proxy« setzt genau an diesem Defizit an. Seine Aufgabe ist es, im Hinblick auf allgemein gefaßte Interessen und in parteiischer Haltung für diese Interessen aus der Sicht des betroffenen Bewohners zu einzutreten. Er agiert in einer doppelten Funktion: Einmal sozusagen in hermeneutischer Absicht, wenn er versucht durch ein nicht von den Interessen eines reibungslosen Anstaltsbetriebs geprägtes Gespräch mit dem Bewohner seine Wünsche und Vorstellungen in Erfahrung zu bringen; zum anderen in Vertretung der objektiven Interessen (oder normativen Ansprüche) des Bewohners gegenüber der Einrichtung.

Dies hat zur Folge, dass der Bereich der Pflegeentscheidungen neu strukturiert wird. Die Position des Bewohnervertreeters als Fürsprecher des Bewohners ist explizit zu berücksichtigen und die zu treffenden Entscheidungen müssen einem vorgeschriebenen Verfahren folgen. Damit entstehen zugleich neue Zurechnungsverhältnisse. Es müssen rechtlich nachvollziehbare, objektivierbare Gründe angebar sein, die eine freiheitsbeschränkende Maßnahme rechtfertigen können. Das nimmt die Mitarbeiter der Einrichtung, sowie auch die formal anordnungsbefugten Personen (Arzt oder Einrichtungsleiter) argumentativ in die Pflicht – einmal gegenüber dem Bewohnervertreter, sodann aber auch ggf. gegenüber dem Gericht. Der Rückgriff auf die unhinterfragte Legitimität des »Hausverstands«, der bisher häufig bemüht wurde, wenn es um die Frage nach der Notwendigkeit von Freiheitsbeschränkungen geht, entfällt damit. Dies hat den Vorteil, dass sich weder Ärzte noch Pflegepersonal auf eine ihnen qua Erfahrung und/oder Profession zukommende und nicht weiter hintergehbare Kompetenz zurückziehen können. Vielmehr müssen sie jetzt, gemäß den Vorgaben des HeimAufG explizite Gründe für ihre Entscheidungen angeben, die zunächst gegenüber dem Bewohnervertreter Bestand haben müssen, der die Freiheitsinteressen seiner Klientel vertritt und im Streitfall auch gegenüber dem Gericht. Insofern ist der Hinweis aus den Einrichtungen, die Mitarbeiter der Bewohnervertretung hätten von der Praxis in den Pflegeheimen zu wenig Ahnung, keineswegs triftig. Es ist vielmehr die Aufgabe der Einrichtungen, diese Praxis in der Auseinandersetzung mit dem Bewohnervertreter sozusagen dem Test auf ihre »Freiheitstauglichkeit« hin zu unterziehen. Der implizite Konsens, der die Arbeit in den Einrichtungen prägt und dort auch die zu treffenden Entscheidungen motiviert, reicht hier als Begründung nicht mehr hin.

Durch diese Verschiebung entstehen einerseits neue Sicherheiten, da über eine Prozeduralisierung verfahrensförmig Entscheidungen herbeigeführt werden können, die dann als rechtmäßig gelten. Andererseits tun sich aber auch neue Unsicherheiten auf, da die Begrifflichkeit des HeimAufG in der Anwendung auf

konkrete Einzelfälle Interpretationsspielräume eröffnet, die mehrere Entscheidungsmöglichkeiten zulassen. Die Konkretisierung dieser Regelungen ist die Aufgabe der Rechtsprechung.

Verrechtlichung durch Rechtsprechung

Das HeimAufG ist in seinen Ausführungen sehr allgemein und abstrakt gehalten, die Frage, was als Freiheitsbeschränkung gilt, wann entsprechende Maßnahmen gerechtfertigt sind und wie insgesamt mit Freiheitsbeschränkungen umzugehen ist, ob es sich im konkreten Fall um eine Einschränkung (d.h. mit Zustimmung der betroffenen Person) oder eine Beschränkung (also eine ohne Zustimmung vollzogene Maßnahme) handelt, sind mit dem Rückgriff auf den unkommentierten Text des Gesetzes nur schwer zu entscheiden. Zunächst ist es die Aufgabe der Akteure vor Ort, sich mit Hilfe des Gesetzestextes in ihren Entscheidungen zu orientieren. Bewohnervertreter und Pflegepersonal werden ihre Deutung der einschlägigen Regelungen austauschen und versuchen, zu einer gemeinsamen Interpretation zu kommen. Gelingt das nicht, so treten die Gerichte in Aktion, um über die Rechtmäßigkeit einzelner Maßnahmen zu entscheiden. Dabei werden jedoch nicht nur einzelfallbezogene Entscheidungen getroffen, sondern es entsteht, insbesondere durch die höchstrichterliche Rechtsprechung des OGH, ein Pool an explizierenden Deutungen, wie die Regelungen des Gesetzes in bestimmten Fällen anzuwenden sind. Einige der zentralen Themen der Rechtsprechung haben wir bereits oben dargestellt. Man kann davon ausgehen, dass sich durch die Rechtsprechung auch die Anforderungen an die Pflegepraxis in verschiedener Hinsicht ändern werden, etwa bezüglich einzuhaltender Standards der Versorgung, der baulichen Ausstattung der Einrichtungen und der Dokumentationspflicht.

Abzuwarten bleibt, inwieweit durch die Rechtsprechung sich eine Vereinheitlichung lokaler Pflegekulturen ergibt, d.h. inwieweit bestimmte Praktiken und Standards, die jetzt in verschiedenen Landesteilen unterschiedlich sind, durch verpflichtende rechtliche Vorgaben der Gerichte angeglichen werden. Zunächst scheint sich hier auch eine Art lokaler Rechtskultur zu entwickeln. In Gesprächen mit Bewohnervertretern und Mitarbeitern der Einrichtungen wurde immer wieder von »widersprüchlichen« Entscheidungen berichtet. So scheint es offensichtlich divergierende Auslegungen hinsichtlich der Rechtmäßigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu geben, die mit mangelnden Möglichkeiten der individuellen Aufsicht der Bewohner begründet werden. Solche Entscheidungen werden dann natürlich in der Praxis herangezogen, um gegenüber den Bewohnervertretern bestimmte Maßnahmen zu begründen. Vermutlich wird es noch einige Zeit in Anspruch nehmen, bis solche lokal divergierenden Rechtsmeinungen der Spruchgerichte durch höchstrichterliche Entscheidungen ausgeglichen werden und damit eine gefestigte Basis an verbindlichen Entscheidungen entsteht, auf die sich die Bezirksgerichte, bei denen die strittigen Fälle zunächst anhängig werden, beziehen können.

Dabei wird es nicht nur um die Frage der Zulässigkeit und Rechtmäßigkeit bestimmter Maßnahmen gehen, diese Fragen werden immer wieder von neuem auszuhandeln sein. Weitaus wichtiger dürfte die Frage sein, welche Maßnahmen überhaupt als freiheitsbeschränkend gelten. Denn erst wenn das Vorliegen einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme bejaht wird, kann die Bewohnervertretung in Aktion treten und auf einer Überprüfung oder Diskussion mit dem Pflegepersonal bestehen. So steht zu vermuten, dass der Prozess der Verrechtlichung durch Rechtsprechung in diesem Bereich weniger zu einer Einengung des pflegerischen Handlungsrepertoires führen wird, als vielmehr zu einer Ausdehnung des Mandats der Bewohnervertretung. Entgegen den immer wieder geäußerten Befürchtungen in den Einrichtungen, dass die Bewohnervertreter bestimmte Maßnahmen »verbieten« könnten – was eine Fehlinterpretation ihres Mandats darstellt – ist vielmehr damit zu rechnen, dass ihre Überprüfungspflicht und spiegelbildlich dazu der Begründungsaufwand der Mitarbeiter in den Einrichtungen, die freiheitsbeschränkende Maßnahmen einsetzen, zunehmen wird. Das wiederum lässt sich durchaus als gewollter Effekt des HeimAufG interpretieren, da die Orientierung am Grundrecht der persönlichen Freiheit, auch bei problematischen Bewohnern und unter schwierigen Bedingungen als Maxime pflegerischen Handelns gestärkt werden sollte.

Die Verschiebung von Verantwortung und die Beseitigung von »Grauzonen«

Das HeimAufG legt fest, wer freiheitsbeschränkende Maßnahmen anordnen darf. De jure sind die Ärzte für länger andauernde Freiheitsbeschränkungen zuständig. De facto entscheiden aber, insbesondere in den Alten- und Pflegeheimen, die Pflegeverantwortlichen vor Ort, da Ärzte meist erst auf deren Anregung hin eine Anordnung treffen. Das führt zu der nicht unproblematischen Situation, dass Ärzte formal für eine Entscheidung einstehen, die sie im substanziellen Sinne nicht verantworten. Daraus können sich, wie wir gesehen haben, Konflikte ergeben. Wichtig scheint jedoch zu sein, dass die Verantwortung für mögliche Schäden aufgrund von nicht durchgeführten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei Einhaltung der vorgeschriebenen Regelungen des HeimAufG nicht mehr beim Pflegepersonal liegt. Das wird allgemein als ein positiver Effekt des Gesetzes vermerkt. Allerdings wird das Problem hier nur verschoben. Wird eine freiheitsbeschränkende Maßnahme von einem Bewohnervertreter als möglicherweise ungerechtfertigt in Frage gestellt, so kann sich das Pflegepersonal, wenn es den Vorschlägen des Bewohnervertreters folgt und die entsprechende Maßnahme aufhebt, im Schadensfall darauf berufen, dass es dessen Vorschlägen gefolgt sei. Dies gilt erst recht dann, wenn es aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung zu einer Aufhebung von Maßnahmen kommt, die aus der Sicht der Einrichtung gerechtfertigt sind. Wird die Maßnahme aufgehoben und nimmt der Bewohner daraufhin Schaden, so kann das Pflegepersonal dafür kaum haftbar gemacht werden,

da man mit der Aufhebung lediglich einer gerichtlichen Anordnung nachgekommen ist. Die Verantwortung im moralischen, nicht im haftungsrechtlichen Sinne liegt in diesem Fall bei den Richtern, die in den Interviews dieses Thema auch immer wieder vorbringen: man sähe sich in oft schwierigen Abwägungsprozessen, wenn es um die Entscheidung über die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gehe. Eine Absicherung findet aber auch in der anderen Richtung statt und dies wird in den Gesprächen mit den Mitarbeitern der Einrichtung immer wieder betont. Wenn jetzt nach Inkrafttreten des HeimAufG eine freiheitsbeschränkende Maßnahme ordnungsgemäß an die Bewohnervertretung gemeldet wird, dann ist sie, wenn der Bewohnervertreter keinen Antrag auf rechtliche Überprüfung stellt, rechtmäßig. Die Sorge, wegen Freiheitsberaubung belangt zu werden, die bisher immer im Hintergrund stand, ist damit gegenstandslos geworden. Jede freiheitsbeschränkende Maßnahme, bei der die gesetzlich definierten Voraussetzungen gegeben sind und die von der Bewohnervertretung als solche anerkannt worden ist, ist unter den Bedingungen des HeimAufG rechtmäßig.

Das hat darüber hinaus noch den Vorteil, dass über Freiheitsbeschränkungen in den Einrichtungen offener und klarer diskutiert werden kann. Das wiederum erleichtert jene Sensibilisierungseffekte, die als ein zentraler Effekt des neuen Gesetzes allseits begrüßt werden.

Sensibilisierungseffekte durch Öffentlichkeit und Thematisierung

Das HeimAufG stellt eine Art Plattform dar, auf der über freiheitsbeschränkende Maßnahmen offen geredet werden kann. Dies war vorher nicht möglich, da entsprechende Praktiken immer als zwar notwendig, aber rechtlich nicht abgesichert wahrgenommen worden waren. Der wesentliche Gewinn des Gesetzes in dieser Hinsicht ist die Einführung von legalen Freiheitsbeschränkungen bzw. die Unterscheidung zwischen gerechtfertigten und ungerechtfertigten Maßnahmen. Damit kann auch im offiziellen Diskurs der Einrichtungen darüber diskutiert werden, wie mit jenen Fällen umzugehen ist, bei denen möglicherweise freiheitsbeschränkende Maßnahmen angebracht sein könnten.

Die stattgefundenene Sensibilisierung für derartige Maßnahmen ist vermutlich in mehrfacher Hinsicht ein positiver Nebeneffekt des Gesetzes. Zum einen können bestimmte Praktiken, die bisher in den Einrichtungen üblich, aber meist unthematisiert waren, jetzt offen besprochen werden. Das führt zu einer Auseinandersetzung – zusätzlich angeregt durch die neue Institution des Bewohnervertreter – über die Notwendigkeit und Angemessenheit bestimmter Maßnahmen. Zudem wird die Suche Alternativen jetzt zum regulären Bestandteil des institutionellen Alltags der Pflege. Zum anderen aber ist mit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme ein relativ hoher Dokumentations-, Verwaltungs- und Begründungsaufwand verbunden. Das lässt aus der Sicht des Pflegepersonals die Suche nach gelinderen Maßnahmen auch als arbeitsökonomisch attraktivere Problemlösung erscheinen. Auf der Ebene der Leitung hingegen entfaltet das Gesetz zudem eine

symbolisch vermittelte Wirkung, da freiheitsbeschränkende Maßnahmen jetzt sozusagen offiziell registriert werden. War bisher die Praxis der Freiheitsbeschränkung zwar informell bekannt, so konnte sie öffentlich nicht thematisiert werden. Das Gesetz schafft jetzt zwischen den Einrichtungen eine Öffentlichkeit, die diese Praktiken zum Gegenstand allgemeiner Diskussion macht. Dementsprechend legt man Wert darauf, dort nicht den Eindruck zu erwecken, man praktiziere eine unrechtmäßig die Freiheit der Bewohner beschneidende Form der Pflege. Dieser Eindruck kann immer dann entstehen, wenn in einer Einrichtung ein Fall zur gerichtlichen Überprüfung ansteht. Daher dann auch die relativ hohe Kooperationsbereitschaft der Einrichtungen im Vorfeld bei den Auseinandersetzungen mit den Bewohnervertretern, die ihren Einfluß im Schatten des Leviathan entfalten, wie wir es bezeichnet haben.

Veränderung der Pflegekultur durch Recht?

Der grundlegende Effekt, dass eine Praxis, die bisher aufgrund unklarer rechtlicher Lage nicht offen thematisiert werden konnte, jetzt zum Gegenstand offener, rechtsgestützter Auseinandersetzung geworden ist, sollte auch als positiver Effekt auf die Kultur der Pflege verstanden werden.

Mit dem Begriff Pflegekultur ist ein umfassender Zusammenhang verschiedener Dimensionen der Institution gemeint. Er umfaßt Pflegekonzepte, Pflegemodelle und Arbeitssysteme gleichermaßen. Die Pflegekultur einer Einrichtung ist zudem geprägt durch organisatorische Randbedingungen im engeren (z. B. Führungsstil, bauliche Gegebenheiten) und im weiteren Sinne (z. B. rechtlich-administrative Rahmenbedingungen). Im Hinblick auf die Handlungs- und Arbeitsbedingungen des Personals in den Einrichtungen der Behinderten- und Altenpflege kann ein Gesetz wie das HeimAufG seine Wirkung in mehrfacher Hinsicht entfalten. Wir haben oben bereits auf den rationalisierenden Effekt hingewiesen, den die Schaffung einer lokalen Öffentlichkeit haben kann. Wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht mehr nur als zwar unrechtmäßige, aber faktisch geduldeten Praxis wahrgenommen werden, so besteht die Möglichkeit über einen angemessenen Umgang damit zu diskutieren.

Darüber hinaus aber wird durch die Konstruktion, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur dann vorgenommen werden dürfen, wenn gelindere Mittel nicht zur Verfügung stehen und damit die Gefahr einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung abgewendet werden kann, ein Maßstab vorgegeben, der hohe Anforderungen stellt. Der Hinweis, dass das Gesetz Praktiken legalisiere, die vorher verboten waren, trifft nur zum Teil, denn diese Praktiken existierten, waren aber als Bestandteil informeller Routinen des Pflgelegtags nicht faßbar.

Ein weiterer wichtiger Vorteil ist die damit ein Stück weit wieder gewonnene Autonomie der Bewohner. Mit Hilfe der Unterscheidung von Freiheits*einschränkung* und Freiheits*beschränkung* wird auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Bewohners abgestellt. Die Frage, ob bei einer Person Einsichts- und Urteilsfähig-

keit angenommen werden können, ist nicht in allen Fällen einfach zu beantworten. Wird davon ausgegangen, dass diese Fähigkeiten nicht vorhanden sind, so ist jeder Freiheitsentzug als freiheitsbeschränkende Maßnahme zu werten. Urteils- und Einsichtsfähigkeit bilden in der Systematik des HeimAufG einen zentralen Verzweigungspunkt, an dem über die Art der Maßnahme entschieden wird (handelt es sich um eine be- oder eine einschränkende Maßnahme?). Damit ist es nicht mehr ohne weiteres möglich, das Fehlen dieser Grundqualifikationen bei einem bestimmten Krankheitsbild einfach anzunehmen. Das wiederum hat zur Folge, dass die entsprechenden Bewohner individuell besonders im Hinblick auf ihre Urteilsfähigkeit betrachtet werden müssen, was wiederum einer Depersonalisierung Einhalt gebietet. Hier spielen die Mitarbeiter der Bewohnervertretung eine wichtige Rolle, da es ihnen obliegt, mit den einzelnen Bewohnern zu sprechen und die subjektiven Voraussetzungen für die Durchführung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme in diesem Gespräch zu überprüfen. Wie die Bewohnervertreter immer wieder berichten, haben auch jene Bewohner, bei denen aufgrund einer allgemeinen Diagnose davon ausgegangen wird, dass sie über keinerlei Urteils- und Einsichtsfähigkeit mehr verfügen, durchaus noch die Fähigkeit sich bezüglich der Beschränkung ihrer Freiheit zu artikulieren. So gesehen kann das HeimAufG einen Beitrag zu einer Pflegekultur leisten, die dazu beiträgt, den Bewohner, auch wenn er erhebliche psychische oder geistige Defizite aufweist, ernst zu nehmen.

Ein letzter Punkt, auf den wir bereits eingegangen sind, ist für die Veränderung der Pflegekultur ebenfalls von Bedeutung. Durch die Rechtsprechung werden sich vermutlich die Anforderungen an eine angemessene sachliche und personelle Ausstattung der Einrichtungen erhöhen. Da freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Praxis oft mit mangelnden Möglichkeiten der Überwachung einzelner problematischer Bewohner begründet werden, der Mangel an Personal oder organisatorische Unzulänglichkeiten aber nicht als Begründung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen herangezogen werden dürfen, ist hier auf längere Sicht mit einer Anhebung der materiellen Pflegestandards und damit auch einer Verbesserung der Pflegekultur zu rechnen.

4. Empfehlungen und Vorschläge auf der Basis der Untersuchung

Vorbemerkung

Die hier vorgestellte Untersuchung der Wirkungen des HeimAufG in den ersten 1 1/2 Jahren nach seinem Inkrafttreten erfasst aufgrund ihrer breit angelegten Herangehensweise in exemplarischer Art eine Vielzahl von Interaktionseffekten. Sie zeichnet das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure und Systeme nach, die bei der Umsetzung dieses Gesetzes eine Rolle spielen und für seine Wirksamkeit mit verantwortlich sind. Es war das Ziel, ein Bild der Wirkungen und Nebenwirkungen dieses gesetzlichen Eingriffs in ein Handlungsfeld zu analysieren, in dem unterschiedliche Interessen und Strategien verfolgt werden und das von verschiedenen Traditionen und stabilen gewachsenen Strukturen geprägt ist. Die folgenden Ausführungen sind vor diesem Hintergrund zu lesen. Es handelt sich um Empfehlungen und Vorschläge, die Problemkonstellationen aufgreifen, die von Experten im Feld validiert und als typisch klassifiziert wurden.

Probleme mit materiellen Rechtsbestimmungen und Empfehlungen

Differenzierung des Entscheidungsrepertoires

Das HeimAufG sieht zwei Möglichkeiten vor: eine Maßnahme kann als rechtmäßig und zulässig oder als unzulässig beurteilt werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Dauer der Zulässigkeit einer Maßnahme zu beschränken. Diese zeitliche Limitierung eröffnet einen Spielraum für Empfehlungen, die von einigen Richtern auch genutzt wird: Es wird von einer befristeten Zulässigkeit ausgegangen mit der Auflage, in dieser Zeit mögliche Alternativen zu erproben. Wie sich in den Gesprächen mit Gutachtern zeigte, kann es sinnvoll sein, sehr differenzierte Formen des Übergangs zwischen einem Status der Beschränkung und ihrer völligen Aufhebung vorzusehen. Wir haben diese Praxis als *Gradualisierung* bezeichnet. Hier bestünde die Möglichkeit zur Anordnung entsprechender Übergangsregelungen, explizit im Gesetz vorzusehen. Auf diese Art könnte den fundierten Empfehlungen der Gutachter ein stärkeres und verbindlicheres Gewicht zukommen. Den Gerichten stünde ferner ein differenzierteres und der Komplexität der Situation angemessenes Repertoire an Entscheidungsalternativen zur Verfügung.

Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen

Das Gesetz fokussiert auf Freiheitsbeschränkungen mit mechanischen und elektronischen Mitteln. Die medikamentöse Ruhigstellung hat demgegenüber eine eigene Qualität und ist schwerer fassbar. In diesem Bereich taucht das Problem auf, zwischen therapeutisch indizierter Medikation (mit Nebenwirkungen) und freiheitsbeschränkenden Aspekten bei der Vergabe von Medikamenten zu unter-

scheiden. Die Rechtsprechung ist hier erst auf dem Weg, Kriterien zu entwickeln, die eine klarere Abgrenzung ermöglichen sollen.

Hilfreich wäre hier eine auf die individuelle Einrichtung bezogene Form der Dokumentation verabreichter Medikamente, die in ihrer Wirkung ab einer gewissen Dosis als freiheitsbeschränkend gelten können. Daraus ließe sich vergleichend der durchschnittliche Medikamenteneinsatz erheben, eine Maßzahl, die auch für die Tätigkeit der Bewohnervertretung einen wichtigen Indikator darstellen würde. Anzuregen wäre ferner eine genauere Erhebung der insgesamt verabreichten Medikamente, da es nach Einschätzung einer Mehrzahl der im Rahmen der Untersuchung Befragten zu Substitutionseffekten kommen kann: Während mechanische Freiheitsbeschränkungen abgebaut werden, nehmen medikamentöse Formen zu.

Sanktionslosigkeit

Es wurde von Fällen berichtet, in denen Einrichtungen trotz einer gerichtlich festgestellten Unzulässigkeit einzelner Maßnahmen diese trotzdem aufrechterhalten haben. Hier wurde mehrfach – von Bewohnervertretern sowie von Seiten der Gerichte – gefordert, eine strafbewehrte Pflicht zur Befolgung der entsprechenden Aufhebungsbeschlüsse in das HeimAufG einzuführen. Ob eine Ergänzung des HeimAufG durch strafrechtliche Sanktionsmöglichkeiten hier der angemessene Weg ist, ist allerdings fraglich. Bestehende rechtliche Möglichkeiten, den Entscheidungen der Gerichte zur Durchsetzung zu verhelfen, sollten allerdings konsequent ausgeschöpft werden.

Landesgesetzliche Regelungen

Es zeigte sich, dass es sowohl in der Art der Anwendung des Gesetzes, als auch im Hinblick auf den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen offensichtlich deutliche regionale Unterschiede gibt. Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen nicht alle im Steuerungsbereich politischer Intervention. Allerdings wäre zu überlegen, ob die aufgrund verschiedener landesgesetzlicher Regelungen, Standards und Anordnungen entstehenden Divergenzen durch eine bessere Koordination der entsprechenden Vorschriften und Strategien harmonisiert werden könnten. Insbesondere wäre darauf hinzuwirken, dass beim Erlass von Dienst-anweisungen öffentlicher Träger entsprechender Einrichtungen die aktuelle Rechtsprechung zum HeimAufG Berücksichtigung findet. Damit könnte vermieden werden, dass in den Einrichtungen mit Verweis auf geltende Anordnungen des Trägers bestimmte Maßnahmen gerechtfertigt werden, die in der Judikatur zum HeimAufG als unzulässig bewertet worden sind.

Probleme mit Verfahrensbestimmungen und Empfehlungen

Anordnungsbefugnis der Ärzte

Im Hinblick auf das Problem der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen zeigte sich deutlich, dass hier in der Praxis zwar den Buchstaben, nicht aber dem Geiste des Gesetzes Genüge getan wird. In den allermeisten Fällen geht die Anregung zur Anordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme vom Personal aus, also von jenen Mitarbeitern, die in ihrer täglichen Arbeit mit den Bewohnern zu tun haben. Ärzte, denen in den Altenheimen die Anordnung entsprechender Maßnahmen obliegt, vollziehen in aller Regel nur das, was ihnen seitens des Pflegepersonals vorgeschlagen wird. Oft sehen sie den betreffenden Bewohner persönlich gar nicht. Hier wäre zu überlegen, ob man den verantwortlichen Mitarbeitern der Pflege einen größeren Entscheidungsspielraum bei der Anordnung entsprechender Maßnahmen eröffnet. Derartige Erweiterungen der Kompetenz des Pflegepersonals sind international durchaus üblich und werden aktuell in Deutschland diskutiert.

Etwas anders gestaltet sich die Situation bei den *medikamentösen Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung*. Hier spielen Ärzte eine größere Rolle, zum einen weil sie auch traditionell die Medikation anordnen und für gewöhnlich auch über ein entsprechendes pharmakologisches Fachwissen verfügen, das dem Pflegepersonal abgeht. Bei der Anordnung medikamentöser Freiheitsbeschränkungen tragen Ärzte in jedem Fall die Hauptverantwortung.

Verfahrensfristen für Tagsatzung

Eines der zentralen Probleme, aber auch ein Anliegen, das immer wieder von den befragten Experten thematisiert worden ist, betrifft die *Verfahrensregelungen* bei der Anwendung des HeimAufG. Seitens der Gerichte und der Einrichtungen wird das enge zeitliche Korsett beklagt, das für die Verfahrensschritte (Erstanhörung, mündliche Verhandlung, Rekursfristen) vorgesehen ist. Es haben sich hier informelle Lösungen herausgebildet, um die knappen Fristvorgaben erfüllen zu können. Ob und inwieweit hier eine Verbesserung möglich ist, ohne den notwendigen Grundrechtsschutz zu vernachlässigen, sollte überdacht werden.

Im Einzelnen sind dabei folgende Probleme genannt worden:

- Die *Bestellung von Gutachtern* zu den Terminen erweist sich oft als schwierig. Dies gilt insbesondere für Sachverständige aus dem Bereich der Behindertenpädagogik und der Krankenpflege, die sich oft ausführlicher mit der Situation der Einrichtung vertraut machen müssen als ärztlich-psychiatrische Sachverständige, die entweder auf der Grundlage der vorhandenen Krankenakte oder eines Anamnesegesprächs mit den betreffenden Bewohnern ihre gutachterliche Stellungnahme im Verfahren abgeben.

- Ebenfalls sehr aufwändig gestaltet sich in vielen Fällen die *Erstanhörung*, bei der in der Einrichtung sich das Gericht einen Eindruck von dem betroffenen Bewohner machen soll. Hier entstehen oft aufgrund der räumlichen Gegebenheiten oder der mangelnden Erfahrung im Umgang mit solchen Situationen in den Einrichtungen Konstellationen, die für alle Beteiligten – nicht zuletzt auch für die betroffenen Bewohner – unangenehm sind. Hier wäre zu überlegen, ob sich eine andere Form der Gestaltung anbietet, die derartige Probleme vermeiden helfen kann.
- Ein weiteres Problem ergibt sich aufgrund der *kurzen Rekursfristen für die Einrichtungen* (§ 16 Abs. 2 HeimAufG). Gerade in größeren Einrichtungen ist die vorgesehene Frist von sieben Tagen sehr knapp, wenn alle an der Entscheidung über ein Rekursbegehren beteiligten Stellen einbezogen werden müssen. Hier wäre ebenfalls eine längere Frist sinnvoll.

Probleme mit organisatorischen Rahmenbedingungen und Empfehlungen

Während die aufseiten der Gerichte zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen als ausreichend erscheinen, herrscht offensichtlich eine Knappheit an kompetenten Gutachtern aus den verschiedenen Fachbereichen. Auch wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass eine angemessene Regelung der Honorarsätze für Sachverständige, die im Rahmen des HeimAufG tätig werden, angestrebt werden sollte. Schließlich sollte angestrebt werden, die Basis gerontologisch und gerontopsychiatrisch geschulter Mediziner zu verbreitern. Hier wird sich in absehbarer Zeit ohnehin ein steigender Bedarf entwickeln und bei der Anwendung des HeimAufG wäre der niedrigschwellige Zugriff auf entsprechende Fachleute ein Gewinn für alle Beteiligten.

Die Institution der Bewohnervertretung hat bisher die an sie gestellten Erwartungen im Rahmen ihrer Möglichkeit gut erfüllt. Allerdings wäre es wünschenswert in die Schulung dieser neu sich herausbildenden Profession weiterhin zu investieren, um sicherzustellen, dass die Mitarbeiter auch über die vielfältigen notwendigen Kompetenzen verfügen, die sie zur verantwortungsvollen Wahrnehmung ihrer Aufgabe benötigen. Die personelle Ausstattung der Bewohnervertretung sollte der Entwicklung im Bereich der Alten- und Pflegeheime zeitnah angepasst werden.

Zwar ist aufgrund der eingeführten Meldesysteme inzwischen zum ersten Mal ein gewisser Überblick über das Ausmaß der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen möglich, allerdings besteht hier noch viel Bedarf an Verbesserung.

So stellt sich das Problem der zeitnahen Dokumentation in mehreren Bereichen. Einmal im Bereich der individuellen *Pflegedokumentation*, die nicht in allen

Einrichtungen immer in der notwendigen Ausführlichkeit geführt wird. Dies hat in einigen Fällen auch zu Aufhebungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen durch die Gerichte geführt. Hier wäre die Einhaltung entsprechender Standards durch qualitätssichernde Maßnahmen sicherzustellen.

Zum anderen wäre für eine zeitnahe Beobachtung der Wirkungen des Gesetzes eine zuverlässige, einheitliche und differenzierte Dokumentation aller freiheitsbeschränkenden Maßnahmen an einem zentralen Ort sinnvoll. Das vom Verein VertretungsNetz entwickelte Bewohnerinformations- und Dokumentationssystem (BIDS) wird auch vom NÖLV verwendet, nicht aber auch von den anderen Vereinen. Es könnte in diesem Sinne für ein gemeinsames *zeitnahes Monitoring der Entwicklung* ausgebaut werden. Allerdings wäre es dazu erforderlich, für eine verlässliche Eingabe- und Informationspraxis aller Beteiligten zu sorgen.

Die Möglichkeiten der statistischen und analytischen Auswertung von BIDS sind bislang beschränkt. Personenbezogene Auswertungen über den gesamten Prozess von der Maßnahmenmeldung bis zur allfälligen gerichtlichen Überprüfung und Entscheidung sind nicht möglich. Die statistische Auswertung von Meldungen erfolgt zum einen nach Maßnahmen, zum anderen nach Personen, dabei jedoch nicht nach denselben Kategorien. Bei einem Redesign von BIDS wäre zudem anzustreben, die Daten aus der Bewohnerdokumentation und der Einrichtungsdokumentation zusammenzuführen. Dies würde eine für strategische Entscheidungen über den Ressourceneinsatz der Bewohnervertreter hilfreiche Analyse des Zusammenhangs zwischen Einrichtungscharakteristika und der Praxis von Beschränkungsmaßnahmen gestatten.

Nutzung der Sensibilisierung für Freiheitsbeschränkungen

Die durch das Inkrafttreten des HeimAufG ausgelöste Sensibilisierung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen in den Einrichtungen der Pflege von Alten und Behinderten hat in weiten Bereichen zu einer Bereitschaft geführt, neue Methoden und Verfahren auszuprobieren und eingespielte Routinen in Frage zu stellen. Damit ist eine Situation entstanden, in der weiterführende Veränderungen, die auf eine Erhöhung der Standards in der Pflegepraxis zielen, gute Chancen auf Umsetzung haben. Diese Innovationsbereitschaft zu nutzen, sollte das Ziel weiterer rechtlicher, politischer und praktischer Initiativen sein.

So wäre etwa daran zu denken, eine institutionalisierte Form der Rückmeldung einzelner- und einrichtungsübergreifender Erfahrungen aus der Arbeit der Bewohnervertreter an die Heime einzurichten. (Mögliche Formen wären hier die Einrichtung eines »Jour fixe« in einzelnen Einrichtungen oder die Etablierung regionaler runder Tische von Experten unter Beteiligung von Bewohnervertretung und Richtern). Die Etablierung solcher institutionalisierten Foren der Diskussion und Kommunikation könnte sich positiv auf die Organisationskultur der Einrichtungen und auf die Kooperation zwischen allen beteiligten Akteuren auswirken.

Literaturverzeichnis

- AMANN A. (2004): *Die großen Alterlügen*. Wien
- BARTA H., M. GANNER (Hg.) (1998): *Alter, Recht und Gesellschaft*. Innsbruck
- BARTH P., A. ENGEL (2005): *Das Heimaufenthaltsgesetz*. ÖJZ Nr.11, S. 401-414
- BARTH P. (2007): *Am »Schauplatz« Pflegeheim oder von der Freiheit, zu stürzen bzw. eine Behandlung abzulehnen*. In: ÖJK (Hrsg.): *Selbstbestimmung und Abhängigkeit. Rechtsschutz in besonderen Rechtsverhältnissen*. Wien (NWV)
- BAUER K.W., S. FRANNER (2005): *Standortanalyse für den Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft in bezug auf das Heimaufenthaltsgesetz*. Wien (Forschungsbericht der Abt. für Wirtschaftsgeografie und Geoinformatik der WU)
- BERLACH-POBITZER I., R. KREISSL, Ch. PELIKAN, A. PILGRAM (2005): *Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes*. Wien (Forschungsbericht IRKS)
- BORUTTA M. (200): *Pflege zwischen Schutz und Freiheit*. Hannover
- BRAUN U., R. SCHMIDT, (Hrsg.) (1997): *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2001): *Nursing Home Resident Assessment. Quality of Care*. New York (OEI-02-99-00040)
- HUGHES C. M., K.L. LAPANE, V. MOR (1999): *Impact of legislation on nursing home care in the United States: lessons for the United Kingdom*. British Medical Journal, Vol. 319, S. 1060-1063
- KLIE T., U. LÖRCHER (1994): *Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht*. Freiburg
- MOLASSIOTIS A., R. NEWELL (1996): *Nurses' awareness of restraint use with elderly people in Greece and the U.K.: a cross-cultural pilot study*. Int. Journal of Nursing Studies Vol. 33. No 2, S. 201-211
- SAUTER D., D. RICHTER, (Hg.) (1998): *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Bern
- TEUBNER G. (1985): *Verrechtlichung – Begriffe, Merkmale, Grenzen, Auswege*. In: Friedrich Kübler (Hrsg.): *Verrechtlichung von Wirtschaft, Arbeit und sozialer Solidarität*. Frankfurt/M., S. 289-344
- VEREIN FÜR SACHWALTERSCHAFT UND PATIENTENANWALTSCHAFT (1999): *Im rechtsfreien Raum ... Wien* http://www.vsp.at/fileadmin/user_upload/1_SERVICE%20Publikationen/Im_rechtsfreien_Raum_02.pdf

Annex: Quantitativer Überblick über die durchgeführten Erhebungen und Basisdaten

a. Panel-Befragung in Einrichtungen

Es wurden die gleichen Einrichtungen wieder in die Erhebung eingezogen, deren Personal bereits in der ersten Untersuchung befragt wurde (s. Berlach-Pobitzer u.a. 2005). Die Grundlage für das Sampling bildete seinerzeit die Einrichtungsdatenbank »Standortanalyse der WU-WGI«, die 1.453 Einrichtungen verzeichnet (das entspricht dem Stand der Entwicklung zum 30.4.04).

Für eine Zielgröße einer Zufallsstichprobe von ca. 50 Einrichtungen hätte die Auswahl jeder 10. Einrichtung ausgereicht. Da wir jedoch von einer Kooperation unter 100% ausgegangen waren, wurde zunächst eine Stichprobe jeder 7. Einrichtung gezogen ($N = 77$ Anstalten).

Das Ergebnis wurde kontrolliert, um zu überprüfen, wie weit es der Verteilung von Anstaltstypen, Anstaltsträgern, Anstaltsgrößen und Platztypen in der Gesamtanstaltenpopulation entsprach.

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

Aus dem Pool von somit

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

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

- 8 Krankenanstalten (aus 9)
- 24 Alten- und Pflegeheime (aus 47)
- 16 Behinderteneinrichtungen (aus 30)

erreicht waren.

De facto konnten 45 Einrichtungen in die Untersuchung einbezogen werden. Es wurden dabei 91 Interviews, 41 mit der administrativen Leitung, 34 mit der Pflegedienstleitung und 15 mit verantwortlichen Ärzten geführt. Diese Interviews wurden jetzt – soweit die entsprechenden Personen noch in ihren Positionen waren – wiederholt.

Von den in die Befragung einbezogenen Einrichtungen befinden sich 24 in Wien, 12 in Westösterreich und 9 in Ostösterreich (NÖ, Stmk).

30 Heime sind Alten- und Pflegeheime, 10 Behindertenheime und 5 Krankenanstalten.

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

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

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

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

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

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

Die Personalfuktuation (nach eigener Bewertung der Heimleitung) wird nur in 3 Fällen als ›hoch‹ eingestuft.

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

Neben der als Paneluntersuchung angelegten nochmaligen Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen wurden folgende weitere Erhebungsschritte durchgeführt:

b. Gruppeninterviews vom Bewohnervertreterteams

Es wurden an allen Standorten der Bewohnervertreterteams (außer jenen des Vereins Salzburger Hilfswerk) Gruppendiskussionen mit den Mitarbeitern der Bewohnervertretung durchgeführt. Dies entspricht einer nahezu vollständigen Befragung aller in diesem Bereich tätigen Personen.

c. Interviews mit Richtern und Gerichtsaktenanalyse

Ferner wurden in 8 Bezirksgerichten die dort mit den Verfahren nach dem Heim AufG befassten Richterinnen und Richter anhand eines strukturierten Leitfadens befragt. An diesen Gerichtsstandorten wurde zudem eine Aktenanalyse durchgeführt, bei der alle im Jahr 2006 aktenförmig dokumentierten Fälle erhoben wurden (n= 75).

d. Interviews mit Gutachtern

Darüber hinaus wurden 6 ausführliche Interviews mit Gutachtern aus dem Pflegebereich und dem Bereich der Behinderten- und Sonderpädagogik geführt, um auch deren Perspektive und Erfahrung in die Untersuchung einzubeziehen.

e. Statistische Auswertung von Dokumentationssystemen

Schließlich wurden die von den Vereinen, denen die Organisation der Bewohnervertretung obliegt, geführten Falldokumentationen für eine Auswertung herangezogen. Diese Datenbanken enthalten Informationen über die Anzahl der gemeldeten Fälle, differenziert nach den im Gesetz vorgegebenen Kategorien, die Tätigkeit der Bewohnervertreter, sowie die sektorale und die regionale Verteilung der Vorkommnisse, von denen die Bewohnervertreter Kenntnis erlangen.

Die für die Auswertung verwendeten Basisdaten sind in den Tabellen auf den folgenden Seiten zusammengefasst.

Basistabelle 1: Von FB/FE betroffene Personen pro 100 Plätze in APH und pro 100.000 Einwohner, nach Bundesland

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk
Bevölkerung (Jahresdurchschnitt 2006)	1.657.559	1.183.471	681.835	1.202.911
Stichtag 1.7.05				
Platzzahl in Einrichtungen*	20.922	8.483	4.796	9.830
betroffene Personen	2.384	1.927	933	1.690
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	11,4%	22,7%	19,5%	17,2%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	144	163	137	140
Betroffene durch FB	1.612	1.290	628	1.210
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	67,3%	66,1%	67,2%	71,2%
Stichtag 31.12.05				
Platzzahl in Einrichtungen	19.861	7936	5.002	10.977
betroffene Personen, gesamt	3.036	23.34	1.183	2.710
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	15,3%	29,4%	23,7%	24,7%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	183	197	174	225
Betroffene durch FB	2.034	1550	775	1.829
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	66,2%	65,0%	65,0%	66,5%
Stichtag 30.6.06				
Platzzahl in Einrichtungen	21.628	7.936	5.112	11.340
betroffene Personen, gesamt	3.466	2.653	1.369	3.086
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	16,0%	33,4%	26,8%	27,2%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	209	224	201	257
Betroffene durch FB	2.351	1819	904	2.123
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	66,66%	66,9%	65,46%	67,42%
Stichtag 31.12.06				
Platzzahl in Einrichtungen	18.885	8.550	5.132	11.626
betroffene Personen, gesamt	4.085	2.960	1.491	3.236
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	21,63%	34,6%	29,05%	27,83%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	246	250	219	269
Betroffene durch FB	2.819	2.029	1.014	2.220
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	67,4%	66,7%	67,2%	67,2%

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (betroffene Personen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IFS Vorarlberg, Salzburger Hilfswerk, eigene Berechnungen

* Die Stichtagsdaten aus den RAW-Data unterscheiden sich geringfügig von den BIDS-Stichtagen.

Basistabelle 1

OÖ	Sbg/VSP	Sbg/LV	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
1.404.203	277.766	251.043	681.835	610.896	364.154	8.281.948
13.012	3.076	2.211	4.627	4.586	2.021	73.564
1.990	368		993	698	554	11.537
15,3%	12,0%		21,5%	15,2%	27,4%	15,7%
142	132		146	114	152	139
1.239	182		676	486	351	
62,0%	49,3%		67,7%	69,5%	63,4%	
11.676	2.936	2.211	5.202	4.942	2.055	72.798
2.530	442	50	1.382	1.076	453	15.196
21,7%	15,1%	2,3%	26,6%	21,8%	22,0%	20,9%
180	159	20	203	176	124	183
1.496	243	28	974	708	276	9.913
58,5%	54,7%	56,0%	69,6%	65,6%	60,9%	64,4%
14.077	2.937	2.211	5.263	4.955	2.139	77.598
2.640	381	159	1.507	1.085	430	16.776
18,8%	13,0%	7,2%	28,6%	21,9%	20,1%	21,6%
188	137	63	221	178	118	203
1.574	200	12	1.069	691	246	10.989
58,89%	52,08%	7,5%	69,60%	63,39%	57,2%	64,5%
13.150	3.002	2.326	5.427	5.001	2.168	75.267
2.774	307	143	1.472	1.009	464	17.941
21,10%	10,23%	6,1%	27,12%	20,18%	21,4%	23,8%
198	111	57	216	165	127	217
1.667	145	15	1.019	627	267	11.822
59,3%	47,2%	10,5%	68,0%	61,9%	57,5%	64,7%

Basistabelle 2: Von FB/FE betroffene Personen pro 100 Plätze in BE und pro 100.000 Einwohner, nach Bundesland

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk
Bevölkerung (Jahresdurchschnitt 2006)	1.657.559	1.183.471	681.835	1.202.911
Stichtag 1.7.05				
Platzzahl in Einrichtungen	1.172	976	710	1.487
betroffene Personen	294	58	93	237
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	25,1%	5,9%	13,1%	15,9%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	18	5	14	20
Betroffene durch FB	258	52	92	221
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	87,5%	89,7%	98,9%	92,9%
Stichtag 31.12.05				
Platzzahl in Einrichtungen	1.381	3.326	878	1.857
betroffene Personen, gesamt	378	63	113	296
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	27,4%	1,9%	12,9%	15,9%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	23	5	17	25
Betroffene durch FB	318	53	105	269
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	83,7%	84,1%	92,9%	90,3%
Stichtag 30.6.06				
Platzzahl in Einrichtungen	1.383	3.326	967	2.073
betroffene Personen, gesamt	365	73	150	318
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	26,4%	2,2%	15,5%	15,3%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	22	6	22	26
Betroffene durch FB	310	62	138	291
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	84,01%	84,9%	91,39%	90,65%
Stichtag 31.12.06				
Platzzahl in Einrichtungen	1.369	3.247	1.618	2.427
betroffene Personen, gesamt	310	190	197	330
<i>betroffene P. / 100 Plätze</i>	23%	6%	12%	14%
<i>betroffene P./100.000 Einwohner</i>	19	16	29	27
Betroffene durch FB	273	166	184	303
<i>durch FB Betroffene/100 betroffene Personen</i>	87,2%	85,6%	92,9%	91,0%

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (betroffene Personen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IFS Vorarlberg, Salzburger Hilfswerk, eigene Berechnungen

Basistabelle 2

OÖ	Sbg/VSP	Sbg/LV	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
1.404.203	277.766	251.043	681.835	610.896	364.154	8.281.948
1.828	391	331	522	673	564	8.654
95	40		35	59	39	950
5,2%	10,2%		6,7%	8,8%	6,9%	11,0%
7	14		6	9	11	11
69	38		33	44	39	846
72,6%	95,0%		94,3%	74,6%	100,0%	88,9%
1.701	363	331	1.241	595	564	12.237
146	64	8	93	141	36	1.338
8,6%	17,6%	2,4%	7,5%	23,7%	6,4%	10,9%
10	23	3	15	22	10	16
95	53	6	87	120	36	1.142
64,6%	82,8%	75,0%	90,6%	85,1%	100,0%	84,8%
2.125	363	331	1.286	592	1.177	13.623
217	67	9	154	187	37	1.577
10,2%	18,5%	2,7%	12,0%	31,6%	3,1%	11,6%
15	24	4	25	29	10	19
132	47	6	142	161	36	1.325
60,00%	70,15%	66,7%	90,45%	85,19%	97,3%	83,2%
2.856	638	743	1.278	1.567	1.177	16.920
239	71	8	157	207	38	1.747
8%	11%	1%	12%	13%	3%	10%
17	26	3	26	32	10	21
145	51	4	145	178	37	1.486
59,9%	71,8%	50,0%	90,6%	85,2%	97,4%	84,1%

Basistabelle 3: Aufrechte Maßnahmen pro betroffener Person (FB/FE) in APH, nach Bundesland, Zeitverlauf

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
betroffene Personen	2.384	1927	933	1.690	1.990	368	993	698	554	11.537
aufrechte Maßnahmen	3.151	2961	1.254	2.472	2.682	440	1.606	885	603	16.054
<i>Stichtag 1.7.2005</i>	<i>1,32</i>	<i>1,54</i>	<i>1,34</i>	<i>1,46</i>	<i>1,35</i>	<i>1,20</i>	<i>1,62</i>	<i>1,27</i>	<i>1,09</i>	<i>1,39</i>
betroffene Personen	3.036	2334	1.183	2.710	2.530	442	1.382	1.076	453	15.146
aufrechte Maßnahmen	4.200	3551	1.603	3.796	3.415	502	2.167	1.375	492	21.101
<i>Stichtag 31.12.05</i>	<i>1,38</i>	<i>1,52</i>	<i>1,36</i>	<i>1,40</i>	<i>1,35</i>	<i>1,14</i>	<i>1,57</i>	<i>1,28</i>	<i>1,09</i>	<i>1,39</i>
betroffene Personen	3.466	2653	1.369	3.086	2.640	381	1.507	1.085	430	16.617
aufrechte Maßnahmen	4.915	3951	1.799	4.337	3.567	430	2.400	1.383	478	23.260
<i>Stichtag 30.6.06</i>	<i>1,42</i>	<i>1,49</i>	<i>1,31</i>	<i>1,41</i>	<i>1,35</i>	<i>1,13</i>	<i>1,59</i>	<i>1,27</i>	<i>1,11</i>	<i>1,40</i>
betroffene Personen	4.085	2960	1.491	3.236	2.774	307	1.472	1.009	464	17.798
aufrechte Maßnahmen	5.997	4357	1.963	4.541	3.644	347	2.256	1.236	489	24.830
<i>Stichtag 31.12.06</i>	<i>1,47</i>	<i>1,47</i>	<i>1,32</i>	<i>1,40</i>	<i>1,31</i>	<i>1,13</i>	<i>1,53</i>	<i>1,22</i>	<i>1,05</i>	<i>1,40</i>

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (betroffene Personen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, eigene Berechnungen

Basistabelle 4: Aufrechte Maßnahmen pro betroffener Person (FB/FE) in BE, nach Bundesland, Zeitverlauf

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
betroffene Personen	294	58	93	237	95	40	35	59	39	950
aufrechte Maßnahmen	389	92	177	305	126	42	40	76	42	1.289
<i>Stichtag 1.7.2005</i>	<i>1,32</i>	<i>1,59</i>	<i>1,90</i>	<i>1,29</i>	<i>1,33</i>	<i>1,05</i>	<i>1,14</i>	<i>1,29</i>	<i>1,08</i>	<i>1,36</i>
betroffene Personen	378	63	113	296	146	64	93	141	36	1.330
aufrechte Maßnahmen	505	100	206	415	193	78	137	209	39	1.882
<i>Stichtag 31.12.05</i>	<i>1,34</i>	<i>1,59</i>	<i>1,82</i>	<i>1,40</i>	<i>1,32</i>	<i>1,22</i>	<i>1,47</i>	<i>1,48</i>	<i>1,08</i>	<i>1,42</i>
betroffene Personen	365	73	150	318	217	67	154	187	37	1.568
aufrechte Maßnahmen	493	102	253	459	328	93	236	270	53	2.287
<i>Stichtag 30.6.06</i>	<i>1,35</i>	<i>1,40</i>	<i>1,69</i>	<i>1,44</i>	<i>1,51</i>	<i>1,39</i>	<i>1,53</i>	<i>1,44</i>	<i>1,43</i>	<i>1,46</i>
betroffene Personen	310	190	197	330	239	71	157	207	38	1.739
aufrechte Maßnahmen	416	334	288	474	356	106	238	298	46	2.556
<i>Stichtag 31.12.06</i>	<i>1,34</i>	<i>1,76</i>	<i>1,46</i>	<i>1,44</i>	<i>1,49</i>	<i>1,49</i>	<i>1,52</i>	<i>1,44</i>	<i>1,21</i>	<i>1,47</i>

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (betroffene Personen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, eigene Berechnungen

Basistabelle 5: Kontaktierte/100 betroffene Personen, Aufhebungen/100 gemeldete FB-Maßnahmen, APH, nach Bundesland

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
Gemeldete Maßnahmen										
(1. 7. 05 – 31. 12. 06)	9.742	7.023	3.486	7.338	6.914	992	3.763	2.362	1.606	43.226
davon FB	7.155	5.180	2.541	5.337	4.677	592	2.915	1.746	1.021	31.164
aufgehobene FB (korr.)	2.371	1201	916	1.289	2.106	311	782	587	351	8.517
<i>Aufhebungen/</i>										
<i>100 gemeldete FB</i>	<i>33,1</i>	<i>26,3*</i>	<i>36,0</i>	<i>24,2</i>	<i>45,0</i>	<i>52,5</i>	<i>26,8</i>	<i>33,6</i>	<i>59,31</i>	<i>33,4</i>
kontakt. Bewohner (IV/06)	529	448	397	218	786	88	142	362	143	3.113
betroffene Personen,										
gesamt (30. 06. 06)	3.466	2.653	1.369	3.086	2.640	381	1.507	1.085	430	16.617
<i>kontakt. Betroffene (IV/06)/</i>										
<i>100 Betroffene (30. 6. 06)</i>	<i>15,3</i>	<i>16,9</i>	<i>29,0</i>	<i>7,1</i>	<i>29,8</i>	<i>23,1</i>	<i>9,4</i>	<i>33,4</i>	<i>33,3</i>	<i>18,7</i>

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (betroffene Personen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, eigene Berechnungen; Werte für Österreich ohne Sbg (Hilfswerk)

* Aufhebungen und Aufhebungen je 100 gemeldete Maßnahmen beziehen sich in NÖ/LV und Vbg nur auf das 4. Quartal 2006 (FB im 4. Quartal: NÖ/LV 456; IfS Vbg 59);

Basistabelle 6: Kontaktierte/100 betroffene Personen, Aufhebungen/100 gemeldete FB-Maßnahmen, BE, nach Bundesland

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
Gemeldete Maßnahmen										
(1. 7. 05 – 31. 12. 06)	407	647	223	686	461	120	351	338	118	3.351
davon FB	365	599	205	638	333	80	323	289	117	2.949
aufgehobene FB (korr.)	47	62	14	122	117	28	104	33	32	474
<i>Aufhebungen/</i>										
<i>100 gemeldete FB</i>	<i>12,9</i>	<i>9,2*</i>	<i>6,8</i>	<i>19,1</i>	<i>35,1</i>	<i>35,0</i>	<i>32,2</i>	<i>11,4</i>	<i>1502</i>	<i>20,6</i>
kontakt. Bewohner (IV/06)	19	79	76	8	42	36	16	19	15	310
betroffene Personen,										
gesamt (30. 06. 06)	365	73	150	318	217	67	154	187	37	1.568
<i>kontakt. Betroffene (IV/06)/</i>										
<i>100 Betroffene (30. 6. 06)</i>	<i>5,2</i>	<i>108,2</i>	<i>50,7</i>	<i>2,5</i>	<i>19,4</i>	<i>53,7</i>	<i>10,4</i>	<i>10,2</i>	<i>40,5</i>	<i>19,8</i>

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (betroffene Personen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, eigene Berechnungen; Werte für Österreich ohne Sbg (Hilfswerk)

* Aufhebungen und Aufhebungen je 100 gemeldete Maßnahmen beziehen sich in NÖ/LV und Vbg nur auf das 4. Quartal 2006 (FB im 4. Quartal: NÖ/LV 65; IfS Vbg 2);

**Basistabelle 7: Anträge auf gerichtliche Überprüfung von FB/FE-Maßnahmen,
nach Einrichtungskategorie, Zeitraum, Bundesland**

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Sbg/LV	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
1.7.05 – 31.12.06											
APH	5	40	23	42	45	25	75	19	12	35	321
BE	1	7	2	3	29	2	0	0	2	2	48
KA	5	3	1	1	0	0	0	0	0	46	56
alle Einrichtungen											
Überpr. Anträge 1. HJ	0	10	1	4	16	3	52	1	3	9	99
Überpr. Anträge 2. HJ	3	24	7	13	38	10	11	1	3	37	147
Überpr. Anträge 3. HJ	8	16	18	29	20	14	12	17	8	37	179

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (Anträge auf gerichtliche Überprüfung: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, Salzburger Hilfswerk, eigene Berechnungen

**Basistabelle 8: Anträge auf gerichtliche Überprüfung von FB/FE-Maßnahmen in APH,
Relation zu Platzzahlen, nach Zeitraum, Bundesland**

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Sbg/LV	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
Überpr. Anträge 1. HJ	0	9	1	4	15	3	52	1	3	9	97
Überpr. Anträge 2. HJ	3	21	7	13	14	8	11	1	2	4	84
Überpr. Anträge 3. HJ	2	10	15	25	16	14	12	17	7	22	140
Anträge gesamt	5	40	23	42	45	25	75	19	12	35	321
Anträge pro											
1000 Plätze in APH	0,25	4,70	4,63	3,91	3,44	8,23	33,05	3,78	2,50	16,71	4,31
Anträge (Zählung											
geprüfter Personen)	4	25	20	31	38	18		19	11	27	
Anträge (Personen) pro											
1000 Plätze in APH	0,20	2,94	4,03	2,89	2,90	5,92		3,78	2,29	12,89	
Anträge pro											
geprüfter Person	1,25	1,60	1,15	1,35	1,18	1,39		1,00	1,09	1,30	

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (Anträge auf gerichtliche Überprüfung: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, Salzburger Hilfswerk, eigene Berechnungen; Platzzahlenberechnung: Durchschnitt von Stichtagen

**Basistabelle 9: Anträge auf gerichtliche Überprüfung von FB/FE-Maßnahmen in BE,
Relation zu Platzzahlen, nach Zeitraum, Bundesland**

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Sbg/LV	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg	Ö
Überpr. Anträge 1. HJ	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Überpr. Anträge 2. HJ	0	3	0	0	24	2	0	0	1	1	31
Überpr. Anträge 3. HJ	1	3	2	3	4	0	0	0	1	1	15
Anträge gesamt	1	7	2	3	29	2	0	0	2	46	48
Anträge pro 1000 Plätze in BE	0,79	3,32	1,72	1,53	12,38	3,89	0,00	0,00	1,79	2,3	3,75
Anträge (Zählung geprüfter Personen)	1	5	2	2	29	2		0	2	1	
Anträge (Personen) pro 1000 Plätze in BE	0,79	2,37	1,72	1,02	12,38	3,89		0,00	1,79	1,1	
Anträge pro geprüfter Person	1,00	1,40	1,00	1,50	1,00	1,00			1,00	2	

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (Anträge auf gerichtliche Überprüfung: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg, Salzburger Hilfswerk, eigene Berechnungen; Platzzahlenberechnung: Durchschnitt von Stichtagen

**Basistabelle 10: Unzulässigkeitserklärungen pro 100 rechtskräftige Entscheidungen (Maßnahmenzählung),
nach Einrichtungstyp und Bundesland**

	WIEN	NÖ/LV	NÖ/Bgld/VSP	Stmk	OÖ	Sbg/VSP	Ktn/O-Tir	Tir-Nord	Vbg
APH	60,0%	92,0%	69,0%	57,1%	59,3%	71,4%	91,4%	55,9%	34,3%
BE		100,0%	100,0%	0,0%	26,3%	0,0%		100,0%	0,0%
KA									23,9%

Quelle: VertretungsNetz, NÖLV (Unzulässigkeitserklärungen, rk Entscheidungen: BIDS-Daten; Platzzahl in Einrichtungen: BIDS Raw-Data); Auskunft IfS Vorarlberg; eigene Berechnungen. Die Prozentsätze in Vorarlberg beziehen sich auf die gestellten Anträge (Maßnahmenzählung). Untersuchungszeitraum 1. 7. 2005 bis 31. 12. 2006