

# Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen

Von Johannes Hilbe und Susanne Jaquemar

## Einleitung

Die Verwendung von mechanischen oder medikamentösen Beschränkungen bei älteren Menschen ist eine gängige Praxis in Pflegeheimen (Hammers und Huizing 2005, Gulpers et al. 2010).

Prädiktoren für den Einsatz von mechanischen Beschränkungen sind Mobilitätseinschränkungen, verminderter kognitiver Status, hohe Abhängigkeit der älteren Patienten und die Gefahr von Stürzen (Hammers und Huizing 2005). Es ist offensichtlich, dass körperliche Einschränkungen in den meisten Fällen als Sicherheitsmaßnahmen verwendet werden; der Hauptgrund ist die Vermeidung von Stürzen.

Rezente wissenschaftliche Literatur zeigt nicht nur die Unwirksamkeit dieser Maßnahmen, sondern stuft viele dieser Maßnahmen als gefährlich ein. Die Gefährlichkeit von Bettgittern/ Seitenteilen wurde in mehreren Sicherheitswarnungen von der zuständigen US-amerikanischen Behörde FDA veröffentlicht (FDA 2010). So wird von 480 Todesopfern durch Seitenelemente (Zeitraum 1985–2009) berichtet. Auch in Deutschland werden immer wieder Meldungen über Todesfälle im Zusammenhang mit Bettgittern/Seitenteilen veröffentlicht. Berzianovich et al. (2012) berichten in ihrer an der Münchner Pathologie durchgeführten retrospektiven Untersuchung (27.353 Obduktionen) von 22 Todesfällen durch Gurtfixierungen. Zusätzlich zu diesen direkten Todesfällen haben fixierte PatientInnen ein erhöhtes Risiko für medizinische Komplikationen, z.B. nosokomiale Infektionen, Dekubitus, Kontrakturen (Robbins et al. 1987, Evans u. Strumpf 1989, Frengley et al. 1989, Evans et al. 2002).

Neben diesen physischen „Nebenwirkungen“ ist gerade in der Betreuung von kognitiv eingeschränkten Personen, welche den Grund dieses Handelns kaum bis gar nicht verstehen können, eine Verstärkung der

Unruhe- und Angstzustände zu beobachten. Außerdem führen solche Maßnahmen zu weiterer Einschränkung von Sinnesreizen und der Wahrnehmungsfähigkeit und damit zu einer noch größeren Abhängigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit (Bredthauer 2005).

Deshalb sind Interventionen erforderlich, um die Nutzung dieser Maßnahmen zu reduzieren (Gulpers et al. 2010).

International wurden mehrere Versuche, die Verwendung von mechanischen Beschränkungen zu reduzieren, publiziert. Die meisten Studien verwendeten pädagogische Ansätze wie zum Beispiel Bildungsinterventionen zur Entscheidungsfindung. Allerdings ist die Erfolgsquote dieser Ansätze bisher widersprüchlich (Huizing et al. 2006, Capezuti et al. 2007, Lai et al. 2007).

In Österreich liegt eine Freiheitsbeschränkung nach dem Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) immer dann vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln oder durch deren Androhung unterbunden wird (§ 3 HeimAufG). Als typische freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen genannt.

## Prävalenz

Daten aus Österreich liegen bis dato nur wenige vor. Internationale Studien zeigen eine Prävalenz von Fixierungen in Pflegeheimen zwischen 9% und 64% (Kirkevold, Huizing 2008, Feng et al. 2009). Ebenfalls 2009 erhob Mayer et al. im Rahmen einer Punktprävalenzerhebung in Deutschland die Häufigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen. Je nach Institution wurden Prävalenzen von 4,4% bis 58,9% erhoben. Im Rahmen einer österreichweiten Prävalenzerhebung 2009 wurde die Prävalenz von frei-

heitsentziehenden Maßnahmen von 34,6% im Pflegeheim angegeben (Lohrmann 2009). Die Ergebnisse von Lohrmann wurden wie von Mayer et al. (2009) in Deutschland als Punktprävalenz erhoben und sind deshalb nur bedingt verallgemeinerbar.

Österreichweite Daten bzgl. Einschränkungen der persönlichen Freiheit nach dem Heimaufenthaltsgesetz werden unter anderem von VertretungsNetz erhoben. Demnach waren zum 31.12.2007 in Alten- und Pflegeheimen 23% der BewohnerInnen in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt.

## Perspektive des Staates

„Jede Person hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit“, so schreibt es der Artikel 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention vor (Europäische Menschenrechtskonvention, 2010). Einschränkungen dieses Rechts sind nur in bestimmten, gesetzlich vorgesehenen Fällen erlaubt. Ähnliches regelt das Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit. Einschränkungen des Grundrechts auf persönliche Freiheit dürfen nur in bestimmten, gesetzlich festgelegten Fällen und auf die im Gesetz vorgesehene Art und Weise erfolgen. Darüber hinaus muss es möglich sein, dass in einem Verfahren vor Gericht oder einer ähnlichen Behörde jede Freiheitsbeschränkung auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft wird.

Bis 2005 erfolgten Freiheitsbeschränkungen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenbetreuung sowie in Krankenanstalten (mit Ausnahme der Psychiatrie) in einem „rechtsfreien Raum“. Die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen nahmen Freiheitsbeschränkungen ohne gesetzliche Legitimation vor.

Bereits Anfang 1990 hatte der Gesetzgeber – im Rahmen der Entstehung des Unterbringungsgesetzes für die Psychiatrie – festgehalten, dass es erforderlich ist, „alle rechtlichen Möglichkeiten auszuschöpfen, die dazu beitragen können, um den erwähnten Missständen entgegenzuwirken“ (Bericht des Justizausschusses, 1202 BlgNR 17.GP).

In den Folgejahren gab es verschiedene gesetzgeberische Initiativen, jedoch ohne überzeugende Lösungen. Im Jahr 1999 erstellte VertretungsNetz (damals noch „Verein für

Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft“) im Auftrag des Bundesministers für Justiz einen Bericht über die diesbezüglichen Wahrnehmungen der SachwalterInnen und den dringend erforderlichen gesetzlichen Regelungsbedarf. Im Bericht wurde aufgezeigt, dass in Österreichs Heimen unzählige verschiedenartige freiheitsbeschränkende Maßnahmen ohne gesetzliche Basis vorgenommen wurden, dass die BewohnerInnen bezüglich ihres Rechtes auf persönliche Freiheit durch niemanden vertreten wurden und dass es keine Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung gab. De facto wären diese vorgenommenen Freiheitsbeschränkungen alle strafbar gewesen.

Nach vielen Jahren intensiver Verhandlungen hat das Parlament im Jahr 2004 auf Basis dieses Berichts und der VfGH-Entscheidung vom 28.6.2003, Gz. 208/02 das Heimaufenthaltsgesetz beschlossen, das mit 01.07.2005 in Kraft trat.

Das HeimAufG verfolgt folgende zentrale Ziele:

- Menschen in Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie Krankenanstalten (mit Ausnahme der Psychiatrie) bei Eingriffen in ihre persönliche Freiheit zu schützen.
- Die dort mit Pflege und Betreuung befassten Berufsgruppen sollen durch klare gesetzliche Vorgaben bei der schwierigen Entscheidung gegen oder für eine freiheitsbeschränkende Maßnahme unterstützt werden. So wurde nun zum Beispiel klar festgelegt, bei welchen BewohnerInnen und in welchen Situationen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vorgenommen werden darf.
- Im Gesetz ist deutlich verankert, dass Freiheitsbeschränkungen immer das letzte Mittel der Wahl darstellen und alle Alternativen vorher ausgeschöpft werden müssen.
- Es ist geregelt, wer eine Freiheitsbeschränkung anordnen darf
- sowie welche Informations- und Dokumentationspflichten die Einrichtungen (das Einrichtungspersonal) erfüllen müssen.
- Die Rechte der betroffenen Personen sind im HeimAufG festgeschrieben
- sowie deren gesetzliche Vertretung durch die BewohnervertreterInnen.

### Perspektive der BewohnerInnen/ PatientInnen

„Meine Sicherheit ist Euch wichtig, aber Eure Sorge fesselt mich“ (ReduFix-Projekt). Diese Aussage drückt aus, in welcher schwierigen Lage sich die BewohnerInnen und PatientInnen befinden. Sie wissen, dass sie auf die Betreuung durch das Pflegepersonal angewiesen sind, andererseits erleben sie auch, dass sie selber ihre Bedürfnisse und Wünsche nur schwer ausdrücken können und diese kaum respektiert werden. Gerade bei Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit einschränken, trifft dies in einem hohen Ausmaß zu.

Zur Verdeutlichung ein Auszug aus einem Gespräch zwischen einem Patienten, einem pensionierten Arzt, der fixiert worden war, und einer Bewohnervertreterin:

„Ich wurde letzten Montag und dann noch einmal am Dienstag festgebunden. Die Hände und die Füße wurden fixiert. Es war furchtbar. Wenn ich das erlebt hätte, als ich noch nicht in Pension war, ich hätte das alles geändert! Es ist mir bewusst, dass ich verwirrt war. ... Ich versuchte, mir die Zugänge zu entfernen. Mit dieser Maßnahme bin ich in ein schwarzes Loch gefallen, das kann sich niemand vorstellen. Auch die Seitenteile waren für mich furchtbar. Diese mag ich auch jetzt nicht, damit fühle ich mich eingesperrt. Ich wollte darüberklettern, aber nahm davon Abstand, weil ich dachte, dadurch könnte ich mich wegen der Höhe verletzen und ließ es dann bleiben, (Auf die Frage was er gebraucht hätte in dieser Situation:) Ich hätte gebraucht, dass mich jemand tröstet, oft zu mir kommt. Ich konnte die Rufanlage nicht erreichen. Es wäre



## Gesundheits- und Pflegepädagogik

(Gleichhaltung gem. GuKG § 71)

- Ziel: Die Studierenden entwickeln Kompetenzen, um Lernprozesse im schulischen wie im berufspraktischen Feld der Gesundheits- und Krankenpflege auslösen, begleiten und evaluieren zu können.
- Abschluss: Akademische/r Pflegepädagog/in/e (AE)  
Master of Science (MSc)
- Dauer: 3/5 Semester (berufsbegleitend), Blockform
- Beginn: 9. September 2013
- Gebühr: AE: EUR 5.400,- MSc: EUR 7.900,-

### Donau-Universität Krems

E-Mail: julia.birringer@donau-uni.ac.at  
Tel: +43 (0)2732 893-2642  
www.donau-uni.ac.at/pflegepaedagogik



gut gewesen, wenn zu mir jemand gesagt hätte, warum das jetzt sein muss, dass es nicht mehr lange dauert, dass jemand bei mir gewesen wäre ... Jeder sollte selber solche Beschränkungen erleben, bevor er sie selber anwendet!“

### Perspektive des Pflegepersonals

Die oben erwähnte Aussage – „Meine Sicherheit ist Euch wichtig, aber Eure Sorge fesselt mich“ (ReduFix-Projekt) – drückt zugleich das Dilemma der Entscheidungspersonen aus. So wichtig Freiheit und Sicherheit für die PatientInnen sind, so schwierig sind oft auch die Verbindung und das Gleichgewicht von diesen scheinbaren Kontroversen in Bezug auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Dieser Entscheidungsfindungsprozess wird in Institutionen der Gesundheitsversorgung vom zuständigen Fachpersonal durchgeführt. Die Pflegenden wollten sich mit der Anwendung von Fixierungen absichern (Berzlanovich 2009). Hamers (2005) beschreibt ebenso, dass eine Fixierung meistens als Sicherheits-

maßnahme angewendet wird. Der Hauptgrund ist dabei die Prävention von Stürzen. Eingeschränkte Mobilität, Verringerung der kognitiven Funktion, große Hilfsbedürftigkeit der älteren PatientInnen und das Sturzrisiko sind Faktoren, die die Anwendung von Fixierung voraussetzen.

Dabei ist diese Entscheidung in der Schnittstelle der handelnden Personen eine ethisch-moralische Subjektentscheidung, welche freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt für eine bestimmte Person zur Wahrung der Patientensicherheit gewählt werden müssen. Somit befinden sich die Entscheidungsträger in einem ethisch-moralischen Dilemma subjektiver Kognitionsprozesse zwischen Rahmenbedingungen und eigenen Moralvorstellungen.

**Ziel**

Es sollen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen mittels Prävalenzdaten zwischen 2007 und 2012 chronologisch dargestellt werden und diese mit der internationalen Literatur verglichen werden. Weiters werden die aktuellen Daten 2012 aus dem Bundesland Salzburg mit den bundesweiten Zahlen in Bezug gesetzt.

**Methode**

Die Fragestellung, welche Veränderungen sich seit 2007 ergeben haben und ob Unterschiede in Bezug auf die Prävalenz von freiheitsentziehenden

Maßnahmen zwischen den einzelnen österreichischen Bundesländern vorhanden sind, wurde mittels einer retrospektiven Querschnittserhebung untersucht. Dabei wurden zum einen die Gesamtdaten der Jahre 2007 bis 2012 für die Auswertung bzgl. der Jahresvergleiche herangezogen. Andererseits wurden die Meldungen von österreichischen Alten- und Pflegeeinrichtungen, welche sich im Zuständigkeitsgebiet von VerrechnungsNetz befanden, mit Stichtag 31.12.2012 (Punktprävalenzerhebung) ausgewertet.

**Ergebnisse**

**Arten der Beschränkungsmaßnahmen**

Bei der Art der vorgenommenen Beschränkungen lassen sich deutliche Veränderungen binnen nur fünf Jahren feststellen. Im Jahr 2007 wiesen die im Bett vorgenommenen Beschränkungen, wie Seitenteile, Gurtfixierungen oder Ähnliches, noch einen Anteil von 66% aller beschränkenden Maßnahmen aus. Im Jahr 2012 war dieser Anteil bereits auf 46% gesunken. Im Gegenzug allerdings stiegen dazu die Freiheitsbeschränkungen durch Medikation von 7 % im Jahr 2007 auf 23% im Jahr 2012.

**Anzahl der aufrechten Beschränkungsmaßnahmen**

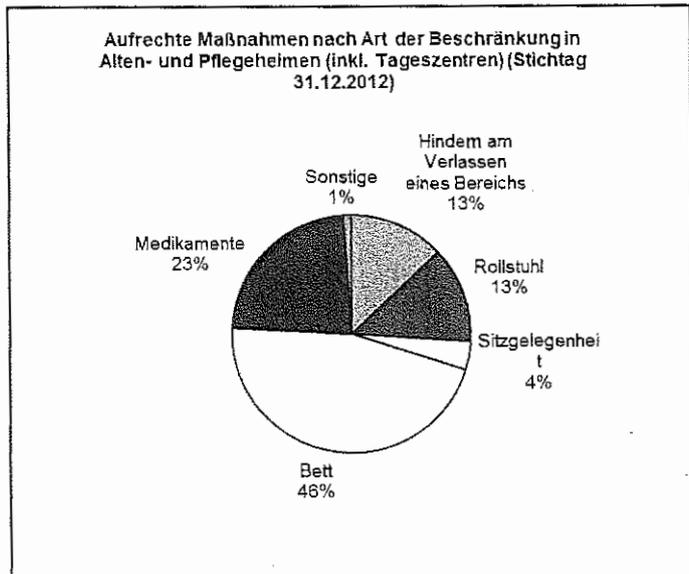
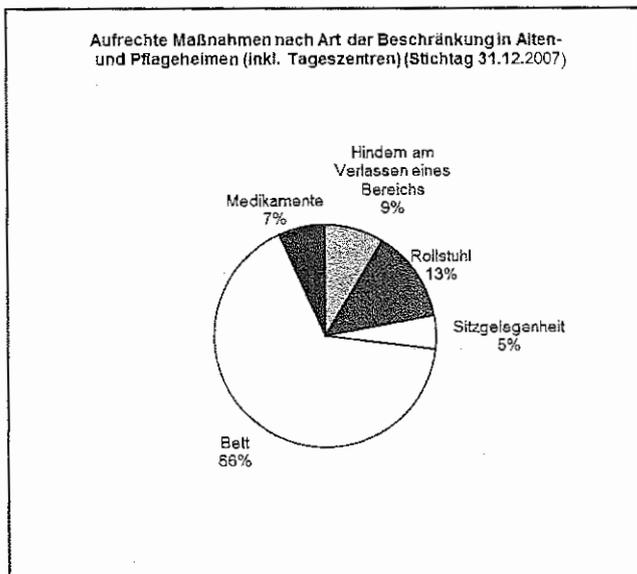
Betrachtet man die Anzahl der aufrechten Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit einschränken, so zeigt sich, dass zum Stichtag 31.12.2007 österreichweit in Alten- und Pflege-

einrichtungen 19.934 freiheitsbeschränkende oder -einschränkende Maßnahmen aufrecht waren. Nur fünf Jahre später – zum 31.12.2012 – waren österreichweit in Alten- und Pflegeeinrichtungen nur mehr 13.874 Maßnahmen aufrecht. Dies bedeutet einen Rückgang binnen fünf Jahren von ca 30 %.

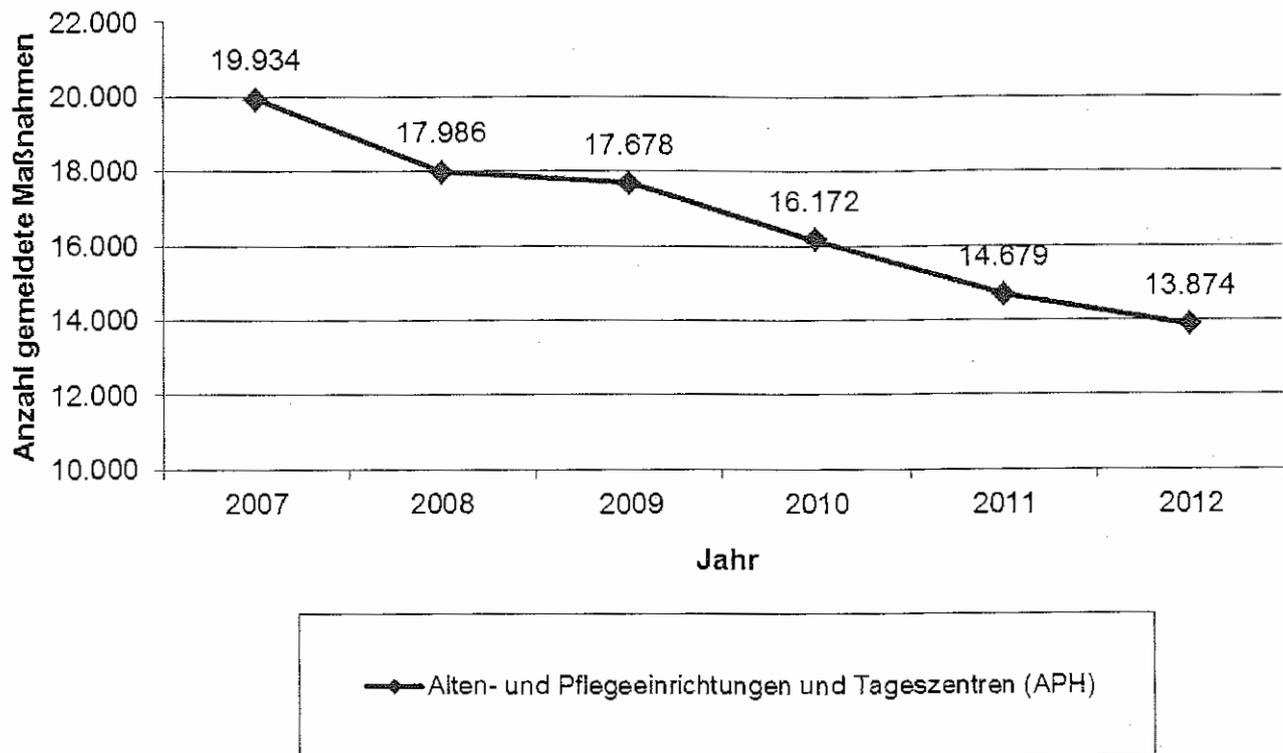
**Prävalenz / bewohnerInnenbezogen**

Auch bezüglich der Prävalenz lässt sich ein ähnlicher Trend darstellen: Zum Stichtag 31.12.2007 waren österreichweit 14.695 BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen betroffen. Dies bedeutet, dass 23 % aller BewohnerInnen durch mindestens eine Maßnahme in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt waren. Fünf Jahre später waren nur mehr 10.097 BewohnerInnen in Alten- und Pflegeeinrichtungen betroffen. Die Wirksamkeit des Heimaufenthaltsgesetzes und der Bewohnervertretung werden deutlich sichtbar: Zum 31.12.2012 waren nur mehr 15 % aller BewohnerInnen in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt!

So erfreulich dieser deutliche Rückgang an Eingriffen in die Bewegungsfreiheit ist, muss diesem ein noch differenzierterer Blick folgen. Betrachtet man die Einrichtungen aus dem Bundesland Salzburg, zeigt sich ein signifikant anderes Bild: Hier waren zum Stichtag 31.12.2012 nur 4 % der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeeinrichtungen beschränkt. Dies bedeutet, dass es in einem noch deutlich größeren Ausmaß möglich



### Gemeldete Maßnahmen (FB und FE) im Verlauf 2007-2012



ist, statt Freiheitsbeschränkungen alternative Pflege- und Betreuungsmaßnahmen einzusetzen.

#### Diskussion

Hofinger et al. (2007) evaluieren die Effekte des Heimaufenthaltsgesetzes und kommen zu folgenden Schlüssen. Das neue Gesetz hat flächendeckend zu einer Sensibilisierung für das Problem der Freiheitsbeschränkung in den Einrichtungen der Altenpflege und -betreuung geführt. Alternative Maßnahmen werden jedoch durch Gewohnheiten, strukturelle und finanzielle Restriktionen erschwert. Dies spiegelt sich auch in den dargestellten Prävalenzdaten wider. So kommt es über den beobachteten Zeitraum zu einer deutlichen Verringerung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Trotzdem sind gravierende Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern erkennbar. Dies scheint mehrere Hintergründe – das Thema der Kultur, des gelebten Pflege- und Betreuungskonzepts, der gelebten Multidisziplinarität zu betreffen. Dies scheint kein rein österreichisches Phänomen zu

sein. Phillips et al. publizierten schon 1996, dass große Unterschiede zwischen geografischen Regionen bzgl. der Handhabung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen vorkommen. Auch wurden diese Unterschiede auf kulturelle Hintergründe und nicht auf Personalausstattung oder Organisation der Pflege zurückgeführt.

Auch Feng (2009) konnte eine große, unerklärliche Variabilität in der Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Alten- und Pflegeeinrichtungen sowohl zwischen als auch innerhalb der an der Studie teilnehmenden Länder feststellen.

#### Ausblick

Die Entscheidungsfindung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu verwenden oder zu vermeiden, hat wichtige moralische Implikationen und ist keineswegs einfach. Das Pflegepersonal hat eine scheinbare ethische Gratwanderung zwischen der Vermeidung von Verletzungen und Aufrechterhaltung der Autonomie der älteren BewohnerInnen und PatientInnen zu bestehen. Die diesbezüglich vorhandenen wissenschaftlichen Daten (Mayer 2009,

Fem 2012, Redufix 2012) zeigen jedoch eindeutig, dass Institutionen, welche eine geringe Anzahl freiheitsbeschränkender Maßnahmen einsetzen, keineswegs höhere Verletzungs- oder Sturzzahlen aufweisen. Im Gegenteil, viele Studien betonen die potenzielle Gefahr von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Evans 2002, Fem 2012, Redufix 2012).

Die deutliche Tendenz, dass die Zahl der Freiheitsbeschränkungen seit Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes sinkt, belegt, dass es in den vergangenen Jahren bereits gelungen ist, wesentlich mehr Pflege- und Betreuungsmaßnahmen ohne Einschränkung der Bewegungsfreiheit einzusetzen.

Die beeindruckenden Zahlen des Bundeslandes Salzburg weisen jedoch deutlich darauf hin, dass das Potenzial für den Einsatz von alternativen Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen noch lange nicht ausgeschöpft ist.

In diesem Sinn erscheint es weiterhin notwendig, dass in noch höherem Ausmaß als bisher alle beteiligten Berufsgruppen und Institutionen miteinander die bestmögliche Lösung für

die in Alten- und Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen anstreben, ohne deren Bewegungsfreiheit einzuschränken.

## Literatur

Bericht des Justizausschusses über die Regierungsvorlage zum Unterbringungsgesetz (damals noch „Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten“) – 1202 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP.

Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W (2012) Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt Int*; 109(3): 27–32. DOI: 10.3238/ arztebl.2012.0027.

Bredthauer D, Becker C, Eicher B, Koczy P, Nikolaus T (2005) Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 10–18.

Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S & Talerico KA (2007) Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 55, 334–341.

Europäische Menschenrechtskonvention (2010) In der Fassung der Protokolle Nr. 11 und 14 samt Zusatzprotokoll und Protokolle Nr. 4, 6, 7, 12 und 13. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte Council of Europe, F-67075 Strasbourg cedex.

Evans LK, Strumpf NE. (1989) Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc*; 37:65–74.

Evans D, Wood J, Lambert L & FitzGerald M (2002) Physical restraint in acute and residential care. A systematic review, No 22. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia.

Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Fine-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, Gilgen R, Ikegami N, Mor V. (2009) Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 24(10):1110-8.

Frengley, J.D., Mion, L.C. (1986) Incidence of physical restraints

on acute general medical wards. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(8), 565–568.

Gulpers Math JM, Bleijlevens Michel HC, Van Rossum Erik, Capezuti Elizabeth, Hamers Jan PH (2010), Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study, *BMC Geriatrics* 10:11 doi:10.1186/1471-2318-10-11.

Gulpers Math JM, Bleijlevens Michel HC, Van Rossum Erik, Capezuti Elizabeth, Hamers Jan PH (2012) Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. *Int. J. Nurs. Stud.*

Hamers, J.P., Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19–25.

Hofinger et al. (2007) Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege. Forschungsbericht IRKS.

Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MP (2006) Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 7, 17.

Lai CKY, Wong TKS, Chow SKY, Kong SKF, Suen LKP, Chan CK, Leung JSC, Kong TK & Wong IYC (2007) Why is it so hard for nurses to take off the restraints? Abstract, The 18th Congress of the International Association of Gerontology, Rio de Janeiro, Brazil, 2005. *Gerontology* 53, 489.

Fem (20125) <http://www.leitlinie-fem.de> am 25.11.2012.

Lohrmann, C. (2009), Prävalenzbericht pflegebezogener Daten 2009, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. (2009) Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*; 18 (7): 981–90.

Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries BE, Morris JN, Nennstiel ME. (1996) Facility and area variation affecting the use of physical restraints in nursing homes. *Med Care*; 34: 1149–62.

Redufix (2012) <http://www.redufix.de/cms/website.php> am 21.11.2012.

Robbins L.J., Boyko E., Lane J., Cooper D. & Jahnigen D.W. (1987) Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *Journal of the American Geriatric Society* 35, 290–296.

Vertretungsnetz, Im rechtsfreien Raum ... – Freiheitsbeschränkungen in Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen“, Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft, Wien 1999.

VfGH vom 28.6.2003, Gz 208/02; VSlg16929.

VertretungsNetz ist ein überparteilicher, gemeinnütziger und nicht auf Gewinn ausgerichteter Verein, der auf Basis des VSPBG tätig ist. Seit 2007 treten die drei Leistungsbereiche des 1980 gegründeten ehemaligen „Vereins für Sachwalterschaft, Patienten-anwaltschaft und Bewohnervertretung“ gemeinsam als VertretungsNetz auf. VertretungsNetz hat Büros in allen Bundesländern, außer in Vorarlberg.

Mag.<sup>a</sup> Susanne Jaquemar  
ist Ergotherapeutin und Juristin und seit 2005 Fachbereichsleiterin der Bewohnervertretung bei VertretungsNetz



Dr. Johannes Hilbe M.Sc.  
ist freier Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der UMIT  
[j.hilbe@bucinator.at](mailto:j.hilbe@bucinator.at)

