



EVIDENZBASIERTE PRAXISLEITLINIE

Vermeidung von
freiheitseinschränkenden
Maßnahmen
in der beruflichen Altenpflege



Hamburg & Witten
Stand: Januar 2012

Zitation:

Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G:

Leitlinie FEM - Evidenzbasierte Praxisleitlinie.

Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege.

Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke, 2009.

<http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>

Grafik-Design:

Martin Siegmund, Sabine Fischer

sabine-fischer-grafik@gmx.de

sabine fischer grafik

Verzeichnis der Tabellen	6
Verzeichnis der Abkürzungen	8
Einleitung	13
1. Das Leitlinienprojekt	
1.1. Hintergrund der Praxisleitlinie	16
1.2. Methodisches Vorgehen	16
1.3. Ergebnisparameter	17
1.4. Reflexion des Leitlinienentwicklungsprozesses	18
1.5. Ausblick	19
2. Klärung der verwendeten Begriffe	
2.1. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen	20
2.2. Bewohnerinnen	20
2.3. Berufliche Altenpflege	21
3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege	
3.1. Definitionen und Methoden der Erhebung von freiheits-einschränkenden Maßnahmen	22
3.2. Prävalenz und Inzidenz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	25
3.3. Gründe für die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	28
3.4. Haltung, Einstellung und Erleben bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	41
3.4.1. Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden	
3.4.2. Haltung, Einstellung und Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen	
3.5. (Gemeinsame) Entscheidungsfindung in der Pflege bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	51
3.6. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und (gesetzliche) Rahmenempfehlungen zu freiheits-einschränkenden Maßnahmen	54
3.7. Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen	60

4.	Assessmentinstrumente	
4.1.	Cohen-Mansfield-Assessment-Instrument (CMAI)	66
4.2.	Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)	66
4.3.	Neuropsychiatric Inventory (NPI)	66
4.4.	Dementia Care Mapping (DCM)	67
4.5.	Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (HILDE)	67
4.6.	Serial Trial Intervention“ (STI)	68
5.	Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege	
	Vorbemerkung	69
5.1.	Eingriffe in die Freiheit der Person, juristische Kategorien und Terminologie	70
	5.1.1. Freiheitseinschränkende Maßnahmen	71
	5.1.2. Freiheitsentziehende Maßnahmen	71
	5.1.3. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	73
	5.1.4. Neue Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen	73
	5.1.5. Freiheitsberaubung	74
5.2.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Relevanz in unterschiedlichen Rechtsgebieten	75
	5.2.1. Betreuungsrecht	75
	5.2.2. Strafrecht	76
	5.2.3. Haftungsrecht	77
	5.2.4. Sozialrecht	79
	5.2.5. Heimrecht	80
	5.2.6. Weitere Rechtsgebiete	80
5.3.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Legitimation	81
	Zusammenfassung	83
6.	Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege	
6.1.	Schulungsprogramme	86
6.2.	Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz	93
6.3.	Personenzentrierte Pflege	100
6.4.	Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung	103

6.5.	Signalsysteme	109
6.6.	Spezifische Beschäftigungsprogramme	115
6.7.	Aktive und passive Musikinterventionen	119
6.8.	Tierkontakte	127
6.9.	Spezielle Pflege Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)	130
6.10.	Spezielle Wohnkonzepte	134
6.11.	Milieutherapie	136
6.12.	Optische / visuelle Barrieren	138
6.13.	Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen	140
6.14.	Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung	145
6.15.	Individuell geplante Toilettengänge	146
6.16.	Spezifische Berührung und Massage	147
6.17.	Aromatherapie	153
6.18.	Basale Stimulation	156
6.19.	Validation	158
6.20.	Snoezelen	163
6.21.	Realitätsorientierende Therapie und kognitive Stimulation	166
6.22.	Biographieorientierte Interventionen	168
6.23.	Spezifische helle Beleuchtung	172
6.24.	Lichttherapie	175
7.	Anhang	
7.1.	Methodenpapier	180
7.2.	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	189
7.3.	Themen und Fragen von Betroffenen und der Leitlinien- entwicklungsgruppe	192
7.4.	Liste Ergebnisparameter	195
7.5.	Evidenztabellen	196
7.6.	Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege	212
7.7.	Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege	226
7.8.	Suchstrategien	255
8.	Literaturverzeichnis	258
9.	Glossar	286

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1:	Übersicht nationaler und internationaler Organisationen aus Gesundheit und Pflege	56
Tab. 2:	Ein- und Ausschlusskriterien Internationale und Nationale Dokumente	57
Tab. 3:	Ergebnisse der Recherche zu Leitlinien, Standards oder Rahmenempfehlungen zu FEM in der stationären Altenpflege	58
Tab. 4 - 7:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen	89
Tab. 8 - 11:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz	96
Tab. 12:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege	102
Tab. 13 - 15:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung	106
Tab. 16 -17:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Signalsystemen	113
Tab. 18 - 19:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen	117
Tab. 20 - 24:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik	122
Tab. 25:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Tierkontakten	129
Tab. 26:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)	133
Tab. 27 - 28:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen	143
Tab. 29 - 31:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur spezifischen Berührung und Massage	150
Tab. 32:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Aromatherapie	155
Tab. 33 - 35:	Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Validation	160
Tab. 36:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Snoezelen	160
Tab. 37:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit „Biographieorientierter Interventionen“	171
Tab. 38:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von spezifischer heller Beleuchtung	174

Tab. 39 - 40:	Bewertungstabelle der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Lichttherapie	177
Tab. 41:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen auf die Reduktion von FEM	197
Tab. 42:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz auf die Reduktion von FEM	198
Tab. 43:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	199
Tab. 44:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen auf die Reduktion von FEM und herausforderndem Verhalten	200
Tab. 45 - 46:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von aktiven und passiven Musikinterventionen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	201
Tab. 47:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice) auf die Reduktion von FEM	203
Tab. 48:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit geriatrisch rehabilitativer Pflegemaßnahmen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	204
Tab. 49:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer Berührung und Massage auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	205
Tab. 50:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Aromatherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	206
Tab. 51:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Validation auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	207
Tab. 52:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Snoezelen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	208
Tab. 53:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit Biographieorientierter Interventionen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	209
Tab. 54:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifisch heller Beleuchtung auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	210
Tab. 55:	Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten	211
Tab. 56 - 69:	Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege	212
Tab. 70 - 98:	Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege	226

Verzeichnis der Abkürzungen

Abs.	Absatz	
ADL	activities of daily living (engl.)	Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)
AGnES	Arbeitsentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention	
APN	Advanced Practise Nurse (engl.)	Pflegeexperte/-in
ANP	Advanced Nursing Practice (engl.)	erweiterte, vertiefte Pflegepraxis
AOR	adjusted Odds-Ratio (engl.)	Risiko-adjustierte Ergebnisse
AR	Akademische Rätin	
Art.	Artikel	
AZ	Aktenzeichen	
BEHAVE-AD	Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (engl.)	
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	
BGH	Bundesgerichtshof	
BLT	bright light therapy (engl.)	Lichttherapie
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	
CCT	Controlled Clinical Trial (engl.)	Kontrollierte Klinische Studie
CMAI	Cohen Mansfield Agitation Inventory (engl.)	Cohen- Mansfield- Assessment-Instrument
COS	Cross-Over-Studie	
DCM	Dementia Care Mapping	

engl.	Englisch	
FamG	Familiengericht	
FEM	Freiheitseinschränkende Maßnahme/n	
ff.	folgende	
FGG	Gesetz über die Angelegen- heiten der freiwilligen Ge- richtsbarkeit	
GG	Grundgesetz	
ggf.	gegebenenfalls	
GNP	Gerontological Nurse Practitioner (engl.)	Pflegeexpertin in der Geriatric
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz	
High-Tec	High Technology (engl.)	Technische Hilfsmittel
HILDE	Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebens- qualität bei Demenz	
HV	Herausforderndes Verhal- ten	
ICN	International Council of Nurses (engl.)	Internationaler Pflegeverband
IG	Interventionsgruppe	
k.A.	keine Angabe	
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe	
KG	Kontrollgruppe	
KI	Konfidenzintervall	
KS		
LEG	Korrelationsstudie	

Verzeichnis der Abkürzungen

	Leitlinienentwicklungs- gruppe	
LLKG	Leitlinienkoordinations- gruppe	
LN	Licensed Nurse	Lizenzierte Pflegekraft
Low-Tec	Low Technology (engl.)	Technische Hilfsmittel
Lux	Luxmeter	
MMSE	Mini-Mental-State- Examination (engl.)	
MDS	Minimum Data Set	
MIDEMAS	Einführung milieutherapeu- tisch orientierter Demenz- wohngruppen im stationä- ren Bereich	
MScN	Master of Science in Nursing (engl.)	Master in Pflegerwissenschaft
NA	Nursing Assistant (engl.)	Pflegeassistent
NP	Nurse Practitioner (engl.)	Spezialisierte Pflegeexpertin
NPI	Neuropsychiatric Inventory (engl.)	
nRCT	Nicht-randomisierte- kontrollierte Studie	
n.z.	nicht zutreffend	
OBRA	Omnibus Budget Reconciliation Act (engl.)	
OR	Odds Ratio (engl.)	relatives Chancenverhältnis
OSCAR	Online Survey and Certification of Automated Records (engl.)	

PRLTC	Physical Restraint in Long Term Care (engl.)	
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie	
RE	Rahmenempfehlung	
RR	Relatives Risiko	
Rz.	Randziffer	
Tbl.	Tablette	
SCU	Special Care Unit (engl.)	Spezielle Dementenbetreuung
SDM	Shared Decision Making (engl.)	Partizipative Entscheidungsfindung
SEBR	Subjective Experience of Beeing Restrained (engl.)	
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung	
SR	Systematic Review (engl.)	Systematische Übersichtsarbeit
StGB	Strafgesetzbuch	
STI	Serial Trial Intervention (engl.)	
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin	
TN	Teilnehmerinnen	
VNS	Vorher-Nachher-Studie	



- Die Leitlinie hat sechs Hauptkapitel. Die Markierung am Seitenrand ermöglicht es Ihnen schnell die einzelnen Kapitel zu finden.
- Angaben zu Literaturquellen sind kapitelweise nummeriert. Ausführliche Angaben zu den Literaturquellen finden Sie im Literaturverzeichnis (Kap. 8, S. 258 ff.) diese Sortierung nach Kapiteln vor.

Die vorliegende Veröffentlichung wurde unter intensiver Beteiligung und Rückkopplung mit der Leitlinienentwicklungsgruppe sowie externen Gutachterinnen und Gutachtern von einem Redaktionsteam (Meyer, Köpke, Gerlach, Haut) erstellt. Etwaige Detailfehler gehen zu Lasten dieses Teams, die Empfehlungen (Kapitel 6, S. 86 ff.) sind in der Leitlinienentwicklungsgruppe wörtlich konsentiert, alle anderen Kapitel wurden inhaltlich konsentiert.

Einleitung

Selbstbestimmte Lebensführung ist ein hohes Gut. Über den Aufenthaltsort frei zu entscheiden und sich nach eigenen Vorstellungen frei zu bewegen, gehört zu der menschlichen Freiheit, die in allen Lebenslagen unabhängig vom Alter zur menschenwürdigen Alltagsgestaltung dazu gehört. Die Willens- und Fortbewegungsfreiheit ist deshalb von den Grundrechten des Grundgesetzes sowie den internationalen Menschenrechten entsprechend geschützt und in allen Lebensbereichen unbedingt zu achten. Die Achtung dieser Freiheit ist auch eine wesentliche Aufgabe der beruflichen Altenpflege in Deutschland. Die Willens- und Fortbewegungsfreiheit einzuschränken, unabhängig von Umfang und Intensität, ist rechtlich gesehen immer begründungsbedürftig. Denn grund- und menschenrechtlich gesehen ist die Freiheit der einzelnen Person der Normalfall, die Beschränkung ihrer Freiheit ist die Ausnahme. Ganz egal in welchem Alter die Person ist oder in welchem Gesundheitszustand sie sich befindet, ist auch in der professionellen Pflegepraxis jede Beschränkung im rechtlichen Sinne rechtfertigungsbedürftig. Je stärker der Eingriff in die persönliche Freiheit, desto größer sind die Anforderungen an die Rechtfertigung. Die Freiheitsbeschränkung muss das letzte Mittel der Wahl sein. Zuvor müssen alle anderen Maßnahmen ergriffen werden, die nicht eingreifend sind oder weniger intensiv in die individuelle Freiheit eingreifen.

Seit den 80er Jahren ist die Aufmerksamkeit für Freiheitseinschränkungen in der stationären Pflege deutlich gestiegen und diese Maßnahmen wurden, ähnlich wie in der Psychiatrie, als Eingriff in die Menschen- und Freiheitsrechte interpretiert. Erste strafrechtliche Verfahren erhöhten die Sensibilität. Der Gesetzgeber hat auf die als problematisch erkannte Praxis mit der Verabschiedung des Betreuungsrechtes reagiert. Auch in den Folgejahren bestand das Problem jedoch fort und hat zunehmend auch die fachwissenschaftliche Diskussion erreicht. In den letzten Jahren rückte die Willens- und Fortbewegungsfreiheit von pflegebedürftigen Menschen erneut stärker in den Fokus.

Insbesondere die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen (im Folgenden mit FEM abgekürzt) ist in das Interesse öffentlicher Diskussionen gerückt. Gemeint sind damit von Pflegekräften oder anderen Bezugspersonen veranlasste oder eingeleitete Maßnahmen, die zur Einschränkung der Willens- und Fortbewegungsfreiheit von Bewohnerinnen in Pflegeheimen führen.

Im Jahr 2006 problematisierte die vom Deutschen Institut für Menschenrechte herausgegebene Studie (1) FEM in der Altenpflege im Zusammenhang mit internationalen Menschenrechten, wie etwa den Rechten auf menschenwürdige Pflege, auf angemessenes Wohnen, auf körperliche Integrität und auf Gesundheit.

Das Fernsehen und andere Medien berichten regelmäßig über mechanische und chemische Fixierungen in deutschen Pflegeheimen. So beispielsweise die ARD in der Sendung Report Mainz am 29. März 2004 über das „Elend alter Menschen im Heim“, die „festgebunden“ und „ruhig gestellt“ sich ihres Schicksals nicht erwehren können. Dies sei der „quälende Alltag in deutschen Altenheimen“. Von vernachlässigten, fixierten und sedierten Bewohnerinnen berichtete auch der Investigativjournalist Markus Breitscheidel in seinem Buch „Abgezockt und totgepflegt“ (2). In der Süddeutschen Zeitung wurde gar von einer „Debatte über die Wertschätzung des Lebens“ gesprochen (3).

Trotz allem lagen bislang nur relativ wenige Daten vor, die über die wahre Häufigkeit, die Art der verwendeten Maßnahmen und die Kontinuität von FEM eine verlässliche Auskunft gaben. Aus diesem Grund haben wir im Jahr 2004 mit einer Erhebung in 30 der insgesamt 150 Hamburger Pflegeheimen Häufigkeit, Art und Legitimierung von körpernahen und körperfernen FEM untersucht. Die Ergebnisse können Sie auf den Seiten 25 bis 27 im Kapitel 3.2. nachlesen. Ein zentraler Befund der Erhebung war der ausgeprägte Unterschied zwischen den Pflegeheimen in der Häufigkeit der Anwendung von FEM. Offensichtlich kann Pflege auch mit sehr wenig FEM auskommen. Die einfach zu messenden Einrichtungsmerkmale wie z.B. Trägerschaft und Größe der Einrichtung oder Anzahl der Bewohnerinnen pro Pflegekraft konnten diese Unterschiede nicht erklären.

Die Anwendung von FEM wirft wichtige pflegfachliche und insbesondere ethische Fragen auf. FEM werden zum Beispiel grundsätzlich für notwendig erachtet, um drohenden Schaden abzuwenden. Eine solche Sichtweise kann als Spiegel eines paternalistischen Pflegeverständnisses gesehen werden, weil sich diese individuelle Autonomie und selbstbestimmte Bewegungsfreiheit den Gesichtspunkten einer, oft auch nur vermeintlichen, Sicherheit und Gefahrenabwehr immer unterordnen möchte.

Aus wissenschaftlicher pflegfachlicher Sicht sind FEM nicht haltbar, so der zentrale Beweggrund dieser Leitlinie. Die „wahren Gründe“ für die Anwendung von FEM sind deshalb eher außerhalb der Pflegewissenschaft und Pflegefachlichkeit zu suchen (vgl. Kapitel 3.3, S. 28 ff.).

Nun könnte an dieser Stelle bereits geendet werden, vielleicht mit den Worten an die Pflegepraktiker: „Dann nehmt diese Botschaft auf und wendet FEM zukünftig nicht mehr an.“ Leider ist es jedoch nicht so einfach. Die Mythen über FEM, insbesondere hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Unbedenklichkeit halten sich hartnäckig.

Auch die Leistungsträger nehmen an, über die Anwendung von FEM können Kosten gespart werden, da sturzbedingte Verletzungen vermieden werden. Wie aber sind diese Ziele – wie die Sicherheit der Bewohnerinnen oder die Kostenersparnis – ohne den Einsatz von FEM zu garantieren? Wie kann verdeutlicht werden, dass gesundheitliche Risiken trotz FEM nicht abzuwenden sind? Wie kann vermittelt werden, dass der Schaden durch FEM größer sein kann als der Nutzen durch FEM? Warum setzt sich die Erkenntnis so langsam unter den Pflegekräften und den Leitungen durch, dass die Nichtanwendung von FEM unter Umständen eben kein haftungsrelevantes Unterlassen darstellt, sondern im Gegenteil: eine rechtlich unzulässige FEM strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann? Wie kann sozial durchgesetzt werden, dass eine stets an der Menschenwürde und den Rechten, insbesondere der Willens- und Fortbewegungsfreiheit ausgerichtete Praxis in der Pflege gegenüber einer FEM stets Vorrang haben sollte?

Ziel der hier vorgelegten Leitlinien ist es, eine Pflegepraxis zu unterstützen, die sich in allen Fällen an der Menschenwürde der Bewohnerinnen orientiert und ihre Willens- und Fortbewegungsfreiheit entsprechend achtet. Dieser Achtungsanspruch kommt zum Ausdruck, wo die Praxis auf FEM gänzlich verzichtet oder wo die Eingriffe – die rechtlich abgesichert sind – so geringfügig wie möglich gehalten werden.

Darüber hinaus drängt dieser Achtungsanspruch darauf, dass Einrichtungen ihren Umgang mit FEM entsprechend überdenken, die eigene Praxis ständig selbstkritisch überprüfen und in diesem Zuge Schritte gehen, um die „Praxis der Freiheitseinschränkung“ einzudämmen.

Dank einer Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in der zweiten Förderphase der Pflegeforschungsverbände haben wir mit einigem Aufwand und mit teilweise schwerem Ringen und leidenschaftlichen Diskussionen eine evidenzbasierte Praxisleitlinie erstellt. Wir hoffen, ein nützliches Produkt vorgelegt zu haben, eines, das ermutigt, befreit, bestärkt und von Ihnen als hilfreich empfunden wird.

*Ihre Mitglieder der Leitlinienkoordinationsgruppe
und Leitlinienentwicklungsgruppe*

1. Das Leitlinienprojekt

1.1. Hintergrund der Praxisleitlinie

Unsere Beobachtungsstudie mit ca. 2400 Bewohnerinnen in 30 Pflegeheimen hat gezeigt, dass FEM in Pflegeheimen zwar in wesentlich geringerem Umfang als in den Medien behauptet zum Einsatz kommen, dennoch aber zu einer relativ gefestigten Versorgungspraxis gehören (1). Zwischen den Einrichtungen haben wir große Unterschiede in den Häufigkeiten dokumentiert (siehe nähere Ausführungen in Kap. 3.2, S. 25 ff.).

Die Ergebnisse der Beobachtungsstudie stehen im Widerspruch zu einer weithin anerkannten Position, die z.B. in einem vor wenigen Jahren veröffentlichten Artikel zum Ausdruck kommt. „Keine Toleranz den freiheitseinschränkenden Maßnahmen“, so wurde hier getitelt (2). Altenpflege ohne FEM, d.h. ohne körpernahe oder körperferne Fixierungen, sollte Standard sein, alles andere hingegen Substandard.

Vor diesem Hintergrund, dem Wissen aus unserer Vorstudie und den zahlreichen internationalen und nationalen Programmen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege, schien es an der Zeit, eine wissenschaftlich fundierte, praxisorientierte Leitlinie vorzulegen.

Für die Erstellung dieser Leitlinie hat sich die Leitlinienentwicklungsgruppe (im Folgenden mit LEG abgekürzt) der Methoden der evidenzbasierten Pflege bedient. Eine Leitlinie kann ein wirkungsvolles Instrument zur Überwindung von Praxisvariationen und zur Förderung wissenschaftsbasierter Versorgungsprozesse sein. Eine Nutzen versprechende, implementierbare Leitlinie muss alle Akteure der Entscheidungen über FEM in den Entwicklungsprozess involvieren und adressieren. Expertinnen und Experten fordern die Entwicklung solcher Leitlinien, die die Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit der Vermeidung von FEM unterstützen (3).

1.2 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Leitlinie zeichnet sich durch ein stringentes methodisches Vorgehen aus. Das Methodenpapier (siehe Kap. 7.1, S. 180 ff.) orientiert sich an aktuellen internationalen Standards, wurde auf nationalen und internationalen Tagungen diskutiert und ist als Artikel veröffentlicht (4).

Zunächst wurde in nationalen und internationalen Datenbanken nach verfügbaren Leitlinien gesucht, um anschließend zu prüfen, ob eine vergleichbare Leitlinie bereits vorliegt (siehe Kap. 3.6, S. 54 ff.). In einem nächsten Schritt wurden durch eine Befragung von Betroffenenverbänden die Bedürfnisse von Bewohnervertreterinnen an eine Leitlinie ermittelt. Darüber hinaus wurde gefragt, welche Themenfelder die Leitlinie enthalten sollte, welche Interventionen sinnvoll erscheinen und welche Ergebnisparameter betrachtet werden sollen.

Die Anregungen wurden gesammelt, systematisiert und beim ersten Treffen der LEG vorgestellt.

Die LEG wurde mit elf Expertinnen und Experten aus den relevanten Bereichen zusammengestellt, fünf Pflegewissenschaftlerinnen der Universitäten Hamburg und Witten/Herdecke bildeten die Leitlinienkoordinationsgruppe (im Folgenden mit LLKG abgekürzt) und komplettierten die 16-köpfige LEG (siehe Aufstellung Kap. 7.2, S. 189 ff.). Insgesamt vier Treffen der LEG waren geplant, wobei das erste Treffen der Einführung in die evidenzbasierte Pflege und Leitlinienmethodik vorbehalten war sowie der Festlegung der Themengebiete und Fragen, die durch systematische Literaturrecherchen bearbeitet werden sollten. Die Liste der Themen und Fragestellungen, die auf Basis der Rückmeldungen der Betroffenenverbände und der Diskussion in der LEG erstellt wurde, befindet sich im Anhang der Leitlinie (siehe Kap. 7.3, S. 192 ff.). Ein Moderator war bei allen Treffen zugegen und der Verlauf der Treffen wurde von zwei Mitgliedern der LLKG protokolliert. Das methodische Vorgehen bei der Entwicklung der Leitlinie ist detailliert im Methodenpapier dargelegt und soll an dieser Stelle nicht wiederholt ausgeführt werden (im Anhang Kap. 7.1, S. 180 ff.). Einige Anpassungen waren von Nöten, die nachfolgend unter 1.3 skizziert werden.

1.3 Ergebnisparameter

Aufgrund der Befragung der Betroffenenverbände und nach Diskussionen in der LEG wurde eine ausführliche Liste mit möglichen Ergebnisparametern erstellt (siehe Anhang Kap. 7.4, S. 195 ff.).

Für die Auswahl und Analyse der Literatur wurde neben der „Anwendung bzw. Häufigkeit von FEM“ lediglich ein weiterer Ergebnisparameter definiert: „herausforderndes Verhalten“.

Herausforderndes Verhalten

Da bei Menschen mit Demenz häufig herausfordernde Verhaltensweisen beobachtet werden, wurde dieses als gültiger Ersatzparameter für die Anwendung von FEM definiert. Etliche Studien belegen, dass herausforderndes Verhalten direkt mit der Anwendung von FEM assoziiert ist (3). Es ist ein häufig untersuchter Ergebnisparameter in Studien mit Programmen, die potentiell auf FEM wirken könnten und anderenorts auch als Alternative zu FEM empfohlen werden. Konnten keine Untersuchungen mit dem primären Ergebnisparameter „Anwendung bzw. Häufigkeit von FEM“ identifiziert werden, wurde in einem nächsten Schritt nach Studien gesucht, die die Wirkung von Interventionen bzw. Programmen auf herausforderndes Verhalten untersuchten. Es handelt sich gemäß der Definition im Methodenpapier dann jedoch nicht um direkte Evidenz. Mit anderen Worten: Zeigt eine Maßnahme gute Wirksamkeit auf die Verminderung oder Kontrolle herausfordernden Verhaltens, ist ihre Auswirkung auf FEM jedoch nicht untersucht, bleibt Letzteres spekulativ. Dennoch zeigen die Studienergebnisse, dass das Phänomen „herausforderndes Verhalten“, welches eng mit der Anwendung von FEM verbunden ist, offensichtlich positiv beeinflusst wird.

Stürze und Sturzgefährdung

Besonders intensiv wurde in der LEG diskutiert, ob nicht auch Sturzgefährdung und Stürze bzw. sturzbedingte Verletzungen als weitere gültige Ersatzparameter erachtet werden sollten. Die LEG hat sich schließlich dagegen entschieden. Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass Sturzgefährdung häufig von Pflegenden für die Anwendung von FEM angeführt wird. Es ist jedoch bis heute völlig unklar, ob durch FEM Stürze abgewendet werden können oder im Gegenteil: ob FEM nicht sogar zu mehr Stürzen führen. Ein direkter Zusammenhang zwischen FEM und Stürzen bzw. Sturzgefährdung besteht somit nicht; anders als beim „herausfordernden Verhalten“. Die Voraussetzungen, um Sturz und Sturzgefährdung als verlässlichen Ersatzparameter anzunehmen, sind gemäß der Auffassung der LEG nicht gegeben. Ein ausführliches Kapitel zu Sturzprävention findet sich im Kap. 3.7 (siehe S. 60 ff.).

1.4 Reflexion des Leitlinienentwicklungsprozesses

Der genaue Verlauf des Leitlinienentwicklungsprozesses wird in dem extra erscheinenden Leitlinienreport nachzulesen sein. Im Folgenden werden kurz die während des Entwicklungsprozesses notwendigen Anpassungen des ursprünglich geplanten Vorgehens dargestellt.

Treffen der LEG

Zusätzlich zu den ursprünglich geplanten vier Treffen der LEG wurde aufgrund der nicht abgeschlossenen Konsentierungen ein fünftes Treffen notwendig. Die Treffen fanden am 13./14.10.2007, 3.12.2007, 8./9.2.2008, 17./18.3.2008 sowie am 22./23.6.2008 in Hamburg statt.

Moderation

Die Moderation erfolgte während der ersten drei Treffen durch eine langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin der Gesundheitswissenschaften mit Erfahrung in der Leitung und Steuerung von Gruppenprozessen.

Während des dritten Treffens zeigte sich, dass ein Moderator mit noch größerer Erfahrung in der Leitung von Leitlinienentwicklungsprozessen von Nöten war, um den streckenweise schwierigen Gruppenprozess zu unterstützen. Der externe Moderator leitete das vierte sowie das fünfte Treffen.

Empfehlungsstärken

Die Einstufung der Empfehlungen erfolgt in der Leitlinie nach dem folgenden fünfstufigen Schema:

- ↑↑ = Wird empfohlen
- ↑ = Kann in Erwägung gezogen werden
- ↔ = Es kann keine Empfehlung getroffen werden
- ↓ = Kann nicht empfohlen werden
- ↓↓ = Wird abgeraten

Dieses Schema weicht von dem ursprünglich geplanten ab.* Die LEG hat sich nach eingehender Diskussion für eine Modifikation des Schemas entschieden und das veränderte Schema für das Problemfeld „FEM“ bzw. die diskutierten Maßnahmenbereiche zur Vermeidung von FEM als angemessener erachtet.

1.5 Ausblick

Vier externe Gutachter haben die Leitlinie begutachtet. Die aus der Leitlinie entwickelten Kurzversionen wurden in zwei Fokusgruppen mit 14 Pflegenden und in einer Fokusgruppe mit neun Angehörigen von Pflegeheimbewohnerinnen evaluiert. Auf Grundlage der Leitlinie wurde ein Schulungs- und Informationsprogramm für Pflegenden und spezielle FEM-Beauftragte entwickelt sowie zahlreiche Hilfsmittel und Informationsmaterialien für Betreuer, Angehörige und andere Interessierte zur Unterstützung der Implementierung der Leitlinien-gestützten Initiative. Das komplexe Programm wird im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie auf seine Wirksamkeit und Sicherheit mit ca. 36 Pflegeheimen in Hamburg und Witten/Herdecke und Umgebung überprüft.

** Geplant waren die folgenden vier Empfehlungsstärken und zugehörigen Symbole:*

- ↑↑ = starke Empfehlung für die Maßnahme
- ↑ = abgeschwächte Empfehlung für die Maßnahme
- ↓ = abgeschwächte Empfehlung gegen die Maßnahme
- ↓↓ = starke Empfehlung gegen die Maßnahme

2. Klärung der verwendeten Begriffe

Im folgenden Kapitel erfolgt die Klärung und Darstellung zentraler Begriffe dieser Leitlinie. In Kapitel 3.1. (S. 22 ff.) werden Definitionen zur Messung von freiheits-einschränkenden Maßnahmen detailliert beschrieben.

2.1. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen¹

Die vorliegende Leitlinie richtet sich an stationäre Altenpflegeeinrichtungen, gemeint sind damit alle stationären Einrichtungen, die pflegerische Tätigkeiten für ältere Menschen erbringen. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen sind neben Pflege- und Versorgungsinstitutionen in erster Linie Lebens- und Wohnorte für ihre Bewohnerinnen. Dazu gehören etwa das Altenwohnheim, Altenheim, Pflegeheim, Betreutes Wohnen, die Senioren-Residenz und das Altenwohnstift. Die Grenzen zwischen den Heimtypen verschwimmen zunehmend, und man findet immer mehr stationäre Einrichtungen, die verschiedene Wohnformen unter einem Dach vereinen (1, 2). Für den hier angesprochenen Bereich der stationären Alteinrichtungen kursiert eine Vielzahl an Begrifflichkeiten wie „Sonderwohnformen“ oder „institutionalisierte Wohnformen“, oft in Abgrenzung zu „normalen“ Wohnungen.

In Deutschland werden 32% aller 2,13 Millionen Menschen, die im Sinne des SGB XI als pflegebedürftig gelten, in stationären Altenpflegeeinrichtungen versorgt (3, 4). Bundesweit gab es zum Jahresende 2005 rund 10.400 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen. Die Mehrzahl (55%) stand unter einer frei-gemeinnützigen Trägerschaft; der Anteil der privaten Träger betrug 38%. Öffentliche Träger haben den geringsten Anteil von 7% (3, 4, 5).

2.2. Bewohnerinnen

Die meisten Menschen in Altenpflegeeinrichtungen sind Frauen. Zum Jahresende 2005 betrug ihr Anteil 77% und zeigte damit keine Veränderung zu den Vorjahren (5, 6). Da sie die starke Mehrheit in den Altenpflegeeinrichtungen bilden, sind die „Lebenswelten“ in den stationären Einrichtungen stark weiblich geprägt.

¹ Der Begriff der stationären Altenpflegeeinrichtung wurde nach ausführlicher Diskussion von der LEG gewählt, obwohl dieser nicht den z.B. in Gesetzestexten üblichen Begrifflichkeit entspricht. Wie dieser Begriff im Rahmen der Leitlinie verstanden wird, wird in diesem Abschnitt im Einzelnen dargelegt.

Hieraus ergeben sich spezifische Anforderungen an das Gender-Mainstreaming² der Institutionen.

Der in dieser Leitlinie verwendete Begriff der „Bewohnerin“ ist sehr bewusst gewählt. Er pathologisiert nicht, wie es die Begrifflichkeiten „Patientin“, „Pflegebedürftige“, „zu Pflegende“ oder „Pflegeempfängerin“ tun, sondern impliziert vielmehr das wesentliche Kennzeichen dieser Population, nämlich dass diese Menschen in einer Altenpflegeeinrichtung wohnen. Auch unterstützen diese häufig verwendeten Begriffe nur wenig eine Pflege, die ihre Adressatinnen als gleichberechtigte, mündige Bürgerinnen sieht.

2.3. Berufliche Altenpflege

Der Begriff „beruflich Pflegende“ bzw. „berufliche Altenpflege“ bezieht sich auf die professionelle Altenpflege. Er grenzt sich damit von der privaten Pflege durch Angehörige ab und schließt im Gegensatz zum Begriff des „professionell Pflegenden“ die un- und angelernten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht aus. Die berufliche Altenpflege ist als Berufsfeld ein Teilbereich der Altenhilfe; ein Beruf im Gesundheitswesen mit sozialpflegerischen und pflegerischen Aufgaben, Begleitung, Betreuung, Beratung und Versorgung von gesunden und kranken alten Menschen unter Berücksichtigung und Einbeziehung der körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Einzelnen. Der Beruf der Altenpflegerin ist - im Gegensatz zum Krankenpflegeberuf - noch relativ jung und in der Gesellschaft weniger bekannt. Eine eigenständige Ausbildung zur Altenpflegerin gibt es europaweit nur in Deutschland und in Österreich, in anderen europäischen Ländern ist eine Zusatzqualifikation wie beispielsweise in der Schweiz zur geriatrischen Fachkrankenschwester erforderlich.

Bundesweit waren zum Jahresende 2005 insgesamt 546.000 Personen in der stationären Altenpflege beschäftigt, davon betrug der Frauenanteil 85%. 38% der Beschäftigten arbeitete in Vollzeit und 62% in Teilzeit. In den Altenpflegeeinrichtungen verfügte fast jede Zweite (48%) Pflegende über einen Abschluss als Altenpflegerin (32%), Krankenschwester (15%) oder Kinderkrankenschwester (1%) (3).

² *Gender Mainstreaming bedeutet, dass Zielsetzung und Folgen einer fachlichen oder fachpolitischen Maßnahme daraufhin zu untersuchen sind, ob sie die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten von Frauen und von Männern berücksichtigen. Dazu ist es erforderlich, Ziel und Folgen geschlechterdifferenziert und gleichstellungsorientiert zu bearbeiten.*

3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege

3.1. Definitionen und Methoden der Erhebung von FEM

Die in internationalen Publikationen berichtete Häufigkeit von FEM in Pflegeheimen bewegt sich zwischen 15% und 70% der Bewohnerinnen mit FEM (1). Die Abweichung ist durch viele Gründe bedingt, so durch unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen und pflegerische Traditionen, verschiedene Merkmale der untersuchten Personengruppen und Pflegesettings, aber auch durch unterschiedliche Definitionen von FEM und die Methoden der Datensammlung.

Für die vorliegende Leitlinie wird die folgende Definition von FEM zugrunde gelegt (2): *„Eine körpernahe freiheitseinschränkende Maßnahme ist eine Handlung, ein mechanischer, technischer oder anders gearteter Gegenstand am Körper oder in der Nähe des Körpers der Bewohnerin, die sie nicht einfach und ohne Hilfe kontrollieren, entfernen oder sich aus ihr befreien kann. Die Maßnahme behindert eine freie Körperbewegung in eine Position der Wahl oder an einen Ort der Wahl oder den normalen Zugang zum eigenen Körper und erfolgt gegen den Willen der Bewohnerin.“*

Im Rahmen der Vorbereitung der Leitlinie wurde untersucht, welche Definitionen von FEM und Methoden der Messung von FEM in englisch- und deutschsprachigen Studien benutzt werden und welche Methoden der Datenerhebung Anwendung finden (2).

In den internetbasierten Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Gerolit und MedPilot wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, der Gemeinsame Verbundkatalog der Norddeutschen Universitätsbibliotheken GKV wurde gesichtet sowie die Referenzlisten der identifizierten Publikationen. Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Studien, die explizit FEM bei Pflegeheimbewohnerinnen gemessen haben. Die Auswertung erfolgte anhand eines im Vorfeld erstellten Auswertungsbogens (u. a. Definition von FEM, Art und Ablauf der Erhebung, Angabe der Zuverlässigkeit und inhaltlichen Gültigkeit sowie der praktischen Anwendbarkeit der Erhebungsmethode).

Insgesamt konnten 48 relevante Veröffentlichungen eingeschlossen werden: 13 Publikationen geben keine Definition von FEM an, fünf zählen nur einzelne FEM auf, die verbleibenden 30 Publikationen geben 20 verschiedene Definitionen an.

Die Definition der US-amerikanischen Health Care Financing Administration (3) hat offensichtlich den größten Einfluss, denn sie wird in neun Studien genutzt:

„Any manual method or physical or mechanical device, material, or equipment attached or adjacent to the resident's body that the individual cannot remove easily which restricts freedom of movement or normal access to one's body.“

Es gibt jedoch auch Definitionen, die keinen Zusammenhang zu dieser Definition aufweisen und zumeist unscharf sind.

Aus den 30 Definitionen lassen sich fünf zentrale Bestandteile ableiten:

1. Art der FEM, wie z.B. „Mittel, Material, Handlung“
2. Lokalisation der FEM, wie „am Körper oder in der Nähe des Körpers“
3. Beherrschbarkeit der FEM, wie „kann nicht von der Person selbstständig entfernt werden“
4. Wirkung der FEM, wie „willkürliche Bewegung einschränkend“
5. Absicht der FEM, wie „gegen den Willen des Betroffenen“. Einige Definitionen beinhalten noch weitere Aspekte, wie den Hinweis, dass FEM eine ethische Frage und keine medizinische sind.

In den 48 ausgewerteten Publikationen wurden sieben verschiedene Methoden der Datenerhebung im Kontext von FEM berichtet:

1. Die am häufigsten verwendete Methode ist die direkte Beobachtung. Sie ist in 18 Studien berichtet. Die Übereinstimmung der Beobachtung durch zwei Beobachter (Interrater- Reliabilität) ist hoch. In den Studien sind unterschiedliche Messzeitpunkte und eine unterschiedliche Anzahl der Messungen zu verzeichnen.
2. Die Entnahme der Angaben zu FEM aus der medizinischen und pflegerischen Routedokumentation ist in neun Studien berichtet. Die Methode bietet gegenüber der direkten Beobachtung den Vorteil, dass FEM über einen längeren Zeitraum erfasst werden. Allerdings ist eine lückenhafte Erhebung nicht auszuschließen, weil eventuell nicht alle FEM dokumentiert werden.
3. Fragebögen wurden in acht Studien eingesetzt. Die Übereinstimmung der Angaben zwischen mehreren Befragten ist problematisch. Außerdem wurden Probleme beim Verständnis der Bögen berichtet. In einigen Studien haben die Pflegedienstleitungen und nicht die Pflegekräfte der Abteilungen geantwortet. Die Zuverlässigkeit der Angaben könnte eingeschränkt sein. Sozial erwünschtes Antworten und mäßige Rücklaufquoten stellen ein Problem dieser Methode dar.
4. Daten aus Erhebungen mit dem Minimum Data Set (MDS) haben sieben Studien benutzt. Da das MDS nicht nur in den USA angewendet wird, sind Vergleiche zwischen mehreren Ländern möglich. Das Handbuch zum MDS weist darauf hin, dass für einige Formen von FEM keine entsprechende Rubrik vorgehalten wird, d.h. einige FEM sind nicht zu erfassen. Die Angaben werden von Pflegenden getätigt. Eine Verzerrung durch sozial erwünschtes Antworten ist nicht auszuschließen.
5. Strukturierte Interviews kommen als Erhebungsinstrument in sechs der 48 Studien zum Einsatz. Die Methode ist mit einem hohen Zeitaufwand behaftet und hat die gleichen Probleme wie die pflegedokumentationsbezogenen Methoden.

6. Dokumentationsbögen, die zusätzlich zur Pflegedokumentation geführt werden, kommen in zwei Studien vor. Auch hier ist ein Trend zum sozial erwünschten Antworten sowie Verzerrungen durch mehrere dokumentierende Pflegende nicht auszuschließen.
7. Die Erhebung durch den Online Survey and Certification of Automated Records (OSCAR) wird in den USA für die Einrichtungen durchgeführt, die durch Medicare / Medicaid zertifiziert sind. Gutachter beobachten am Tage einmalig definierte FEM. Die FEM- Auswahl ist nicht vollständig und eine Unterschätzung der Häufigkeit von FEM ist somit wahrscheinlich. Die OSCAR-Daten sind über die Centers for Medicare and Medicaid Services (6) frei verfügbar. Nur eine Publikation berichtet diese Art der Erhebung.

Fast alle Studien messen die Häufigkeit von FEM an einem Zeitpunkt bzw. in einem eng umrissenen Zeitraum (Prävalenz). Die Prävalenz erfasst bevorzugt dauerhaft angewendete Maßnahmen. Nur in drei Studien werden die nach der Prävalenzerhebung neu hinzukommenden Maßnahmen erhoben. So z.B. in einer eigenen Untersuchung (7), in der die Pflegenden über einen Zeitraum von 12 Monaten einen zusätzlichen Dokumentationsbogen geführt haben. Zur Beschreibung der Dauer und Kontinuität von FEM werden in den Studien zahlreiche unterschiedliche Maße berichtet.

Diese Analyse zeigt deutlich, wie unterschiedlich FEM in internationalen Erhebungen definiert und erhoben werden.

3.2. Prävalenz und Inzidenz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Die Häufigkeit der Anwendung von FEM lässt sich als Prävalenz und Inzidenz darstellen. International liegen vor allem seit Anfang der achtziger Jahre diverse Untersuchungen zur Prävalenz der Anwendung von FEM bei Bewohnerinnen in Pflegeheimen vor.

Eine vergleichende epidemiologische Studie belegte bereits 1997 die nationalen Unterschiede in der Anwendung von mechanischen FEM in Alten- und Pflegeheimen. Hier wurde für Dänemark, Island und Japan eine Prävalenz von weniger als 9% berichtet, für Frankreich, Italien, Schweden und die USA hingegen eine Prävalenz um ca. 20%. Spanien wies eine Prävalenz von ca. 40% auf (1). Seither wurden eine Reihe von Prävalenzerhebungen veröffentlicht, welche diese Unterschiede bestätigen.

Die in neueren internationalen Publikationen berichteten Prävalenzen von FEM liegen zwischen 5% und 70% (2, 3, 4, 5). Die am häufigsten berichteten FEM sind hierbei Bettgitter, Gurte im Bett und im Stuhl sowie Tische mit fester Steckplatte (Stecktische oder sog. „Therapietische“) (2, 3). Die große Variation in den Prävalenzen ergibt sich einerseits aus unterschiedlichen Definitionen von FEM, verschiedenen Methoden der Datensammlung, heterogenen Stichproben und Charakteristika des Settings. Andererseits haben auch gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen der verschiedenen Länder und unterschiedliche pflegerische Voraussetzungen sowie Traditionen einen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung von FEM. So hatte z.B. eine Gesetzesänderung in den USA zusammen mit verschiedenen politischen und professionellen Bemühungen einen deutlichen Einfluss auf die Prävalenz von FEM bei Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeheimen (6). Die Häufigkeit der Maßnahmen ist offensichtlich abhängig von der jeweiligen „(Pflege-) Kultur“ in der Einrichtung bzw. in der geographischen Region (1, 4).

Trotz der Vielzahl der vorliegenden Untersuchungen wurden bislang vor allem Prävalenzen von FEM erhoben, Inzidenzen sind bislang weitgehend unberücksichtigt geblieben (6). In Gruppen mit sehr hoher Morbidität und Mortalität erlaubt die Darstellung der Prävalenz ohne gleichzeitige Betrachtung der Inzidenz jedoch nur einen begrenzten Einblick in die Praxis.

Aus Deutschland lagen bis vor kurzem nur wenige aussagekräftige Daten zu FEM bei Altenheimbewohnerinnen vor. In einer Kölner Befragung wurde eine Prävalenz von ca. 30% Bewohnern mit FEM berichtet (7). In einer Befragung von Pflegekräften aus Münchener Alten- und Pflegeheimen wurde eine ca. 40%ige Prävalenz berichtet (8).

Qualitativ hochwertige Daten über die Häufigkeit und Intensität von FEM in deutschen Alten- und Pflegeheimen lagen nicht vor. Aus diesem Grund haben wir, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, im Rahmen der ersten Förderphase der Pflegeforschungsverbünde eine epidemiologische Studie mit Bewohnerinnen von Hamburger Alten- und Pflegeheimen durchgeführt (9, 10). Mit der Erhebung in 30 Hamburger Alten- und Pflegeheimen liegen erstmals Daten zur Häufigkeit, Art und rechtlichen Legitimation freiheitseinschränkender Maßnahmen in deutschen Alten- und Pflegeheimen vor, die mittels direkter Beobachtung einer großen Population gewonnen wurden. Die direkte Beobachtung ist unzweifelhaft die Methode mit der höchsten Validität und Reliabilität (11). Die Ergebnisse bilden den zurzeit besten Stand des Wissens über die Anwendung von FEM bei Bewohnerinnen von Altenheimen in Deutschland. Die Hauptergebnisse der Studie werden daher im Folgenden kurz dargestellt.

Hamburger Studie zu Prävalenz und Inzidenz von FEM (9, 10)

Die Erhebung erfolgte durch direkte Beobachtung. An drei Zeitpunkten eines definierten Stichtags wurden 2.367 Bewohnerinnen von trainierten externen Untersuchern gesehen. Eine mechanische FEM wurde in Anlehnung an die international gebräuchliche Definition (3) definiert (siehe auch Kapitel 3.1., S. 22 ff.).

Die clusteradjustierte Prävalenz der Bewohnerinnen mit mindestens einer mechanischen FEM betrug 26,2% (95% KI 21,3%-31,1%). Bettgitter stellten mit 24,5% (19,5-29,5) die häufigste FEM dar. Steckische (2,1%, 1,3-2,9), Gurte im Stuhl und Bett (2,7%, 1,6-3,9) sowie andere FEM wie Rollstühle am Tisch mit festgestellten, durch die Bewohnerin nicht lösbare Bremsen oder „Siestaliegen“, waren vergleichsweise selten (2,3%, 0,8-3,9).

Ein wichtiger Befund der Prävalenzerhebung waren die ausgeprägten Zentrumsunterschiede. Der Anteil der Bewohnerinnen mit mindestens einer FEM am Stichtag variierte zwischen 4% bis 59%. In vier Einrichtungen betrug die Prävalenz 4%-8%, in acht Einrichtungen 10%-20%, in sieben Einrichtungen 22%-30%, in drei Einrichtungen 30%-37%; in weiteren sieben Einrichtungen 41%-49% und in einer Einrichtung 59%. Die prospektive Studie zur Erfassung aller FEM binnen zwölf Monate (neu hinzukommende und bereits angewendete FEM) folgte direkt im Anschluss an die Prävalenzerhebung.

Pflegende dokumentierten Bettgitter, Gurte und Steckische anhand eines standardisierten Erhebungsinstruments, welches einmal pro Schicht für jede Bewohnerin die Anwendung der verschiedenen FEM erfragte. Am Ende der Studie wurde die Gültigkeit der pflegerischen Dokumentation der FEM durch den Vergleich mit einer neuerlichen direkten Beobachtung durch die externen Untersucher geprüft.

Sechs Einrichtungen der Gesamtstichprobe wurden zufällig ausgewählt und unangekündigte Besuche zum Zwecke der Dokumentation der mechanischen FEM durchgeführt.

Die Übereinstimmung zwischen den zwei Erhebungsmethoden war sehr hoch. Mit Ausnahme eines Gurtes gab es keine fehlenden Angaben. Im Vergleich zur Prävalenz zeigte sich während der prospektiven Erhebung ein clusteradjustierter Anteil der Bewohnerinnen mit mindestens einer FEM von 39,8% (95% KI 33,6-45,9) über die Beobachtungszeit, die im Mittel 10,4 Monate betrug. Bettgitter stellten auch hier mit 38,5 % (32,2-44,8) die häufigste FEM dar. Stecktische mit 9,9% (7-12,7) und Gurte mit 8,9% (5,8-12) finden sich ebenfalls häufiger als in der Prävalenzerhebung. Die Dauer der Anwendung wurde anhand der Tage mit mindestens einer FEM erfasst. In der Gruppe der Bewohnerinnen, bei denen FEM zum Einsatz kam, wurden Bettgitter an 70,4% der Beobachtungstage eingesetzt (65,9–74,8), Gurte an 33,8% (24,3–34,2) und Stecktische an 22,9% der Tage (16,1–29,7). Auch hier zeigten sich wiederum ausgeprägte Zentrumseffekte. In der Gesamtgruppe der Bewohnerinnen lagen die relativen Häufigkeiten von Beobachtungstagen mit mindestens einer FEM in den einzelnen Einrichtungen zwischen 4,9% und 64,8%.

Mit dieser Erhebung wurde erstmals in einer großen Population von fast 2.400 Bewohnerinnen aus 30 Alten- und Pflegeheimen die Prävalenz von FEM durch direkte Beobachtung bestimmt. Eine vergleichbar große prospektive Beobachtungsstudie zur Bestimmung der Inzidenz und Kontinuität von FEM ist bisher nicht publiziert. Die Stichprobe bestand aus einer repräsentativen Auswahl Hamburger Alten- und Pflegeheime. Angesichts der relativ homogenen Versorgungslage ist es wahrscheinlich, dass die Ergebnisse auch auf andere Regionen Deutschlands übertragbar sind. Eventuell kann sogar von einer Unterschätzung der Häufigkeit von FEM ausgegangen werden, da die Hamburger Einrichtungen bedingt durch frühere Studien möglicherweise für das Thema sensibilisiert waren (12, 13). Die Studie zeigt, dass mechanische FEM in Deutschland als Standardversorgung routinemäßig angewendet werden. In der Querschnittstudie zeigte sich, dass ein Viertel der Bewohnerinnen mindestens einmal eine mechanische FEM erhalten haben.

Während Gurte und Stecktische hier eher selten waren, wurden während der 12-monatigen Beobachtungszeit hingegen bei ca. einem von zehn Bewohnerinnen mindestens einmal ein Gurt und / oder ein Stuhl mit Stecktisch angewendet. Dieses zeigt die Wichtigkeit der prospektiven Erhebung der Inzidenz von FEM zusätzlich zur Prävalenzerhebung. Die Studie zeigte große und nicht durch Bewohnerinnen- oder Einrichtungsmerkmale erklärbare Unterschiede in der Prävalenz und Inzidenz von FEM.

Die Ergebnisse dieser Erhebung waren einer der Hauptgründe zur Planung, Beantragung und Durchführung dieser Leitlinie.

3.3. Gründe für die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Die Beantwortung der Frage nach den Gründen für den Einsatz von FEM im stationären Setting der beruflichen Altenpflege basiert auf einer Aktualisierung der systematischen Übersichtsarbeit „Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis“ von Evans et al. (1). Die Gründe für die Anwendung von FEM werden im Folgenden aus pflegewissenschaftlicher Perspektive betrachtet und sind von der juristischen Rechtfertigung zu unterscheiden. Die Literatursuche ist begrenzt auf englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen im Zeitraum von 2001-2007, die in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Carelit, Gerolit und Heclinet indexiert sind. Die Recherche erfolgte mit englischen (physical restraint, nursing homes, reasons, motives, causes, underlying / relating factors, predictor*, associat*, determinant*, risk factor*) und deutschen (Fixierung, Altenheim, Pflegeheim, Risikofaktor) Suchbegriffen, sowohl mit unterschiedlichen Kombinationen standardisierter Begriffe als auch mittels Freitextsuche. Darüber hinaus wurden die Literaturreferenzen der gesichteten Artikel durchgesehen.

Von den per Abstract ausgewählten Artikeln (n= 34) waren 18 relevant, dazu zählten Beobachtungsstudien (n= 7), deskriptive Studien (n= 4), qualitative Studien (n= 3) und Literaturanalysen (n= 4). Ausschlusskriterien waren andere Settings wie z.B. die Akut- oder Rehabilitationspflege, der Fokus auf die Prävalenz und Interventionen sowie mangelnde Aussagen zu den Gründen, Prädiktoren und Einflussfaktoren von FEM. Die folgenden Ausführungen zu den Gründen für den Einsatz von FEM basieren auf deskriptiven (2, 3, 4, 5) und qualitativen Studien (6, 7, 8) sowie Literaturanalysen (9, 10, 11, 12). Die Beobachtungsstudien (n= 7) werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt, da sie keine Gründe für FEM empirisch oder mittels Literaturanalyse generieren, sondern vielmehr Assoziationen zwischen der Anwendung von FEM und definierten Merkmalen (organisatorisch, institutionell, personell) untersuchen.

Die systematische Übersichtsarbeit von Evans et al. (1) basiert auf 23 Studien (drei beobachtenden, zwei interpretativen und 18 deskriptiven). Davon beziehen sich zehn Studien auf den stationären Altenpflegebereich, deren Ergebnisse Grundlage der folgenden Aktualisierung sind. Aufgrund fehlender Bewertungskriterien wurden die Studien nicht kritisch beurteilt, sondern inhaltlich-thematisch mit einem von den Autoren selbst entwickelten Instrument beschreibend kategorisiert und synthetisiert.

*Das Zeichen „**“ ist ein sogenanntes Trunkierungszeichen. Es wird direkt im Anschluss an einen abgekürzten Suchbegriff gestellt und damit wird der Suchbegriff mit verschiedenen Wortenden gesucht.*

Die Ergebnisse beinhalten vier Hauptkategorien, wobei die erste Kategorie aus fünf Subkategorien besteht:

1. Patientenorientierte Gründe: Sicherheit vor Sturz und Verletzungen (9 von 10 Studien); Agitation (9 von 10 Studien); Umherwandern (6 von 10 Studien); Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (3 von 10 Studien); Kontrolle von Verhalten (2 von 10 Studien)
2. Personal- und organisationsorientierte Gründe: rechtliche Verantwortung des Personals, strukturelle Merkmale wie Personalbesetzung (5 von 10 Studien)
3. Behandlungsorientierte Gründe: Verhinderung der Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung (2 von 10 Studien)
4. Sozialorientierte Gründe: Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung (3 von 10 Studien)

Sowohl methodisch als auch inhaltlich orientiert sich die inhaltlich-thematische Zusammenfassung der Studien (n= 11) an der systematischen Übersichtsarbeit von Evans et al. (1). Eine kritische Beurteilung der Studiengüte wurde aufgrund fehlender, international standardisierter Bewertungskriterien für deskriptive und qualitative Studien nicht durchgeführt. Die Heterogenität der Studien erschwert eine systematische Analyse in Bezug auf ihre Methodik, etwa die Datenerhebungsformen (Interviews, Beobachtungen, Dokumentenanalysen) und die Teilnehmerinnen (Pflegerinnen, Bewohnerinnen, Angehörige, andere Berufsgruppen), sowie bezüglich ihrer Güte (fehlende, mangelhafte Informationen). Auch die unterschiedliche internationale Herkunft (Singapur, Deutschland, Norwegen, Israel, Australien, Schweiz) der empirischen Studien schränkt die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse ein. In keiner Studie stehen ausschließlich die Gründe für FEM im Fokus, so dass es sich nur um Teilergebnisse handelt, die im Folgenden die vier Hauptkategorien (patienten-, personal- und organisations-, behandlungs- sowie sozialorientierte Gründe) der Übersichtsarbeit (1) inhaltlich-thematisch beschreibend und unter Berücksichtigung von Häufigkeiten ergänzen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Aktualisierung bestätigt weitestgehend die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit von Evans et al. (1): Es handelt sich vor allem um patienten- und personalorientierte Gründe für den Gebrauch von FEM im stationären Setting der beruflichen Altenpflege. Demnach begründen vielmehr interne Faktoren, die menschlichen Haltungen, Verhaltensweisen und Interaktionen betreffend, als externe Faktoren, die Institution, Strukturen und das Recht betreffend, den Einsatz von FEM.

Zu den patientenorientierten Gründen für den Einsatz von FEM gehören die Aspekte der Sicherheit, des Schutzes vor allem vor Stürzen sowie das herausfordernde Verhalten seitens der Bewohnerinnen. Die personal- und organisationsorientierten Gründe beinhalten vor allem die Haltungen, Einstellungen und gesetzliche Verantwortung des Personals, aber auch strukturelle Merkmale wie beispielsweise die Personalstrukturen. Eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen dagegen behandlungs- und sozialorientierte Gründe, die sich auf die Unterbrechung von medizinischen und pflegerischen Behandlungen bzw. das soziale Umfeld mit den Mitbewohnerinnen und Angehörigen beziehen.

Ergebnisse: Statements mit anschließenden Erläuterungen

1. Patientenorientierte Gründe

Statement 1: In allen ausgewerteten Studien (n= 11) werden patientenorientierte Gründe benannt. Dazu zählen, der Bewohnerin mittels FEM Sicherheit und Schutz zu bieten, um vor allem Stürze zu verhindern sowie herausforderndem Verhalten wie Agitation und Umherwandern zu begegnen.

Fast alle Studien (n= 10) führen als Gründe für den Gebrauch von FEM den Aspekt der Sicherheit und des Schutzes der Bewohnerinnen vor Stürzen, Selbst- und Fremdverletzungen bzw. der Abwendung von Risiken an (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Mehrheitlich (n= 7) wird der Einsatz von FEM mit Sturzprävention begründet, um Sturzgefahren zu minimieren oder zu verhindern. Ebenso werden in diesem Zusammenhang Indikationen wie Stürze in der Vergangenheit und Mobilitätsprobleme wie beispielsweise Gang- oder Gleichgewichtsunsicherheit genannt (2, 3, 5, 6, 9, 11, 12). Laut mehr als die Hälfte der Studien (n= 7) stellt das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen einen Grund für den Gebrauch von FEM dar. Verhaltensweisen wie Agitation, Unruhe und Umherwandern, aber auch verbale und physische Aggressivität der Bewohnerinnen begründen demnach den Gebrauch von FEM (2, 4, 5, 8, 9, 10, 11). Zu weiteren patientenorientierten Gründen zählen den Studien (n= 4) zufolge Bewohnerinnenmerkmale wie vor allem kognitive Einschränkungen (9, 10, 11, 12) und die Abhängigkeit bzw. der Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens (3, 9, 10, 12).

2. Personal- und organisationsorientierte Gründe

Statement 2: In acht von elf Studien werden personal- und organisationsorientierte Gründe benannt. Sie beinhalten interne Faktoren wie die Haltungen, Einstellungen, Werte und gesetzliche Verantwortung des Personals. Ebenso implizieren sie externe Faktoren wie institutionelle bzw. strukturelle Merkmale.

Der Mehrheit der vorliegenden Studien (n= 7) zufolge wird der Gebrauch von FEM entscheidend von den Haltungen, Einstellungen, Werten, Wahrnehmungen und Emotionen des Personals beeinflusst. Dazu zählen beispielsweise eine negative oder paternalistische Haltung (9) oder auch der Glaube, dass FEM nur schaden, wenn sie falsch angewandt werden und die Bewohnerinnen sie als solche nicht wahrnehmen würden (6). Der Einsatz von FEM wird auch auf die von Bequemlichkeit und Zweckmäßigkeit geprägte Haltung des Personals zurückgeführt (6) und vor allem als Teil der täglichen Routine betrachtet (4, 7, 9, 10, 12). Außerdem begründen Pflegende den Studien zufolge den Gebrauch von FEM mit dem Umgang mit aggressivem Verhalten seitens der Bewohnerinnen (8, 10) und mit dem Erfüllen von Erwartungen der Angehörigen und Kolleginnen (6, 7).

In fast der Hälfte der Studien (n= 5) wird zum Ausdruck gebracht, dass die Haltung der Pflegenden ganz besonders geprägt ist vom Sicherheitsdenken und einer rechtlichen Verantwortungspflicht bzw. der Angst vor juristischen Konsequenzen, wenn Risiken bezüglich der Sicherheit und des Schutzes der Bewohnerinnen eingegangen werden (6, 7, 8, 9, 10).

Im Vergleich zu den internen Faktoren werden in weniger Studien (n= 4) externe bzw. strukturelle Faktoren als Gründe für den Gebrauch von FEM aufgeführt. Dazu zählen architektonische und bauliche Merkmale (6), jedoch vor allem personalbedingte Merkmale wie die Zusammensetzung, Qualifizierung und Anzahl des Personals, die Führungsqualitäten und Unterstützung seitens der Leitung sowie die Konzeption der Einrichtung (3, 6, 9, 12).

Zu einem weiteren personal- und organisationsorientierten Grund, der wohl als gemischt interner und externer Faktor zu bewerten ist, gehört der in den Studien (n= 4) benannte Mangel an Wissen bzw. an spezifischen Fähigkeiten und Alternativen für das Personal im Umgang mit FEM (6, 7, 9, 10).

3. Behandlungsorientierte Gründe

Statement 3: In fünf von elf Studien werden behandlungsorientierte Gründe benannt, die sich auf die Unterbrechung von medizinischen oder pflegerischen Behandlungen beziehen.

Nach Kirkevold et al. (4) dienen FEM dazu, die notwendige Pflege und Behandlung durchführen zu können. Beispielsweise sollen FEM verhindern, dass sich Bewohnerinnen eine Magensonde ziehen (2, 5) oder sich intravenöse Infusionen, Katheter oder andere Zugänge entfernen (5, 11). FEM kommen laut Hantikainen (8) dann zum Einsatz, wenn Bewohnerinnen Widerstand gegen pflegerische oder medizinische Behandlungen zum Ausdruck bringen.

4. Sozialorientierte Gründe

Statement 4: In drei von elf Studien werden sozialorientierte Gründe benannt. Sie beinhalten das soziale Umfeld mit den Mitbewohnerinnen und Angehörigen sowie die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung.

Kirkevold et al. (4) begründen den Einsatz von FEM mit dem Schutz von anderen Menschen im sozialen Umfeld. Nach Gastmans et al. (9) ist der Gebrauch von FEM auch auf den Wunsch der Angehörigen bzw. die Rücksicht auf die Angehörigen zurückzuführen. Wang et al. (10) führen aus, dass mit FEM eine friedliche und harmonische Umgebung zugunsten des Wohlbefindens der Bewohnerinnen aufrechterhalten wird.

Werden in der Literatur Zusammenhänge zwischen FEM und herausforderndem Verhalten bestätigt?

Zu den patientenorientierten Gründen für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege gehören neben den Aspekten der Sicherheit und des Schutzes das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen. Mit agitierten Verhaltensweisen wie Umherwandern, verbaler und körperlicher Aggressivität wird demnach der Einsatz von FEM begründet (2, 4, 5, 8, 9, 10, 11). In Anlehnung an die Übersichtsarbeit von Evans et al. (1) wird unter herausforderndem Verhalten Folgendes verstanden: Agitation, Umherwandern, fehlende Verhaltenskontrolle, Unruhe und Aggression. Gemeint sind also insbesondere Verhaltensweisen, die mit ausgeprägter Bewegung und Mobilität der Bewohnerinnen einhergehen und auf die mit FEM reagiert wird. Es handelt sich hier also nicht um eine literaturbegründete Begriffsklärung von herausforderndem Verhalten, sondern um die in der Literatur am häufigsten im Zusammenhang mit FEM genannten Begriffe.

Laut einer hierzulande kürzlich vorgelegten Begriffsklärung für herausforderndes Verhalten (13) gibt es keine national und international anerkannte und trennscharfe Definition. Grundsätzlich ist herausforderndes Verhalten sowohl von Agitation als auch von Passivität gekennzeichnet. Agitiertes Verhalten beinhaltet demnach (13) Agitation (d.h. motorische Unruhe), Umherlaufen, Aggressivität und vokale Störungen (d.h. auffällige, extrem laute und wiederholte verbale Äußerungen). Passives Verhalten beinhaltet Passivität im weitesten Sinne (wie beispielsweise Teilnahmslosigkeit, sozialer und emotionaler Rückzug), Apathie und depressive Symptome. Die passive Form des herausfordernden Verhaltens findet im Folgenden keine weitere Berücksichtigung, da nicht zu erwarten ist, dass sie zur Anwendung von FEM führt. Herausforderndes Verhalten resultiert aus dem Unvermögen, sich verständlich zu machen und darf als eine Reaktion auf die nicht mehr als vertraut und verlässlich erlebte Umwelt interpretiert werden (14). Es bringt Verhaltensweisen mit sich, die die Umgebung herausfordern, weil in herausfordernder, von der „Norm“ abweichender Art und Weise auf sich aufmerksam gemacht wird.

Methodisches Vorgehen

Die Beantwortung der Frage, inwiefern Studien die Zusammenhänge zwischen FEM und herausforderndem Verhalten bestätigen, stützt sich auf eine Ende Dezember 2007 durchgeführte Literaturrecherche. Diese ist begrenzt auf englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen in den Datenbanken PubMed und CINAHL.

Die Recherche, ohne zeitliche Eingrenzung, erfolgte mit englischen Suchbegriffen: psychomotor agitation; agitation*; aggression; behavior (control); challenging, (vocally and physically) disruptive behavior; delirium, dementia, amnesic, cognitive disorders; psychomotor disorders; mental disorders; dementia; restlessness; wandering behavior; restraint, physical; nursing homes; impaired cognitive function; associat*; determinant*. Die Suche fand sowohl mittels Kombination standardisierter Begriffe als auch mittels Freitextsuche statt. Um über die Relevanz der Artikel entscheiden zu können, wurden die Kurzzusammenfassungen durchgesehen. Wenige weitere Artikel wurden über die Literaturreferenzen identifiziert. Eine eigene unpublizierte Studie wurde ebenfalls eingeschlossen.

Von den als relevant erachteten Artikeln (n= 15) wurden vier Artikel ausgeschlossen, da sie einen anderen Pflegebereich wie z.B. Akutpflege untersuchen oder keine relevanten Aussagen zum Zusammenhang zwischen FEM und herausforderndem Verhalten treffen. Den folgenden Ausführungen liegen Beobachtungsstudien (n= 12) zugrunde, die den Zusammenhang zwischen herausforderndem Verhalten beziehungsweise damit verbundenen Merkmalen (wie z.B. kognitiver Beeinträchtigung) und FEM untersuchen.

Bis auf eine Publikation aus Schweden (17), eine aus den Niederlanden (15) und eine aus Deutschland (21) stammen alle übrigen aus den USA. Sie beziehen sich auf Alten- und Pflegeheime, die überwiegend von Frauen bewohnt wurden (Spannweite der untersuchten Bewohnerinnen: n= 24 bis n= 2.367). Die Heterogenität der Studien bezüglich der Definition von FEM, der untersuchten Faktoren, des methodischen Vorgehens und der teilweise mangelnden Güte erschweren eine systematische Zusammenfassung und Analyse mittels einer kritischen Studienbeurteilung.

Wenige Studien untersuchen ausschließlich den Zusammenhang von oben definiertem herausforderndem Verhalten (Agitation, Umherwandern, fehlende Verhaltenskontrolle, Unruhe und Aggression) und FEM. Bei etwa der Hälfte aller Studien sind nur Teile der Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung relevant. Mehrheitlich beruhen die untersuchten Zusammenhänge auf direkten Vergleichen und weniger auf Korrelationen oder Assoziationen von Faktoren. In fast allen Studien werden FEM definiert als Gurte, Schlafsäcke oder andere spezielle Wäsche mit fixierender Funktion sowie geriatrische Stühle mit Tisch und in einigen Studien auch beidseitige Bettgitter.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Alle Studien belegen einen Zusammenhang zwischen FEM und herausforderndem Verhalten. Mehrheitlich untersuchen die Studien im Rahmen des herausfordernden Verhaltens den Zusammenhang zwischen kognitiven Einschränkungen der Bewohnerinnen und FEM, der in etwa der Hälfte der Studien (n= 5) mit statistisch signifikanten Assoziationen nachgewiesen wird.

Zwei Studien weisen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Sozialverhalten der Bewohnerinnen und der Anwendung von FEM nach. Zwei Studien beschreiben einen eindeutigen Zusammenhang zwischen aggressivem und agitiertem Verhalten seitens der Bewohnerinnen und FEM. Der Zusammenhang zwischen herausforderndem Verhalten und FEM ist noch nicht ausreichend untersucht worden. Nach den vorliegenden Ergebnissen kann ein Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden.

Kognitive Einschränkungen der Bewohnerinnen

In neun von zwölf Studien werden Zusammenhänge zwischen kognitiven Einschränkungen und FEM beschrieben, davon n= 5 statistisch signifikante Assoziationen.

Neun Studien (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25) untersuchen den Zusammenhang zwischen Bewohnerinnenmerkmalen und FEM, insbesondere die kognitiven Einschränkungen betreffend. Davon beschreiben Sullivan-Marx et al. (17), Castle (24), Huizing et al. (15) und Meyer et al. (21) eine statistisch signifikante Assoziation zwischen kognitiven Einschränkungen und FEM: OR: 2,4, 95% KI, 1,7-3,3; OR: 1,2, 1,1-1,4; OR: 1,2, 1,01-1,55; AOR: 1,8, 1,35-2,31. Tinetti et al. (22) weisen eine statistisch signifikante Assoziation zwischen Desorientierung und FEM nach (OR: 3,9, 95% KI, 2,3-6,4). Die übrigen Studien (18, 20, 25) schließen mittels vergleichender Analyse auf einen Zusammenhang zwischen kognitiven Einschränkungen und FEM. Nach Burton et al. (20) ist die Kombination aus kognitiven und physischen Einschränkungen ein Prädiktor für die Anwendung von FEM.

Sozialverhalten der Bewohnerinnen

In drei von zwölf Studien werden Assoziationen zwischen dem Sozialverhalten von Bewohnerinnen und FEM beschrieben, davon n= 2 statistisch signifikante Assoziationen.

In drei Studien (22, 23, 24) werden Zusammenhänge zwischen der Teilnahme an sozialen Aktivitäten bzw. dem Sozialverhalten der Bewohnerinnen und FEM untersucht.

Nach Tinetti et al. (22) besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der mindestens wöchentlichen Teilnahme an sozialen Aktivitäten als ein Bewohnerinnenmerkmal und FEM (OR: 2,5, 95% KI, 1,5-4,3).

Demzufolge steigt mit einer verstärkten Teilnahme an sozialen Aktivitäten die Wahrscheinlichkeit der Anwendung von FEM. Dieser Zusammenhang wird unterstützt durch ein erhöhtes Vorkommen von Umherwandern bei Bewohnerinnen mit FEM. Dagegen weist Castle (24) eine statistisch signifikante Assoziation zwischen der sozialen Aktivität der Bewohnerinnen und FEM insofern nach (OR: 1,2, 95% KI, 1,1-1,4), als dass Bewohnerinnen mit FEM weniger wahrscheinlich in soziale Aktivitäten eingebunden sind. Soziale Aktivität wird hier verstanden als die Fähigkeit der Bewohnerinnen, sich weiter am sozialen Leben beteiligen zu können. Sie bezieht sich auf die Interaktion mit anderen und meint die Fähigkeit, geplante Aktivitäten auszuführen, eigene Ziele zu setzen, sich in das Leben des Heims zu integrieren und Angebote von Gruppenaktivitäten im Heim anzunehmen (24). Die Analyse von Folmar et al. (23) zeigt einen auf vergleichender Analyse basierenden andersgerichteten Zusammenhang zwischen sozialer Aktivität der Bewohnerinnen und FEM auf: Demnach werden Bewohnerinnen, die weniger sozial aktiv sind, eher fixiert als jene Bewohnerinnen, die größere soziale Aktivität zeigen. Bei Bewohnerinnen, die mehr sozial aktiv sind, werden weniger FEM angewandt. Anzumerken ist, dass in der Analyse andere Einflussgrößen wie z.B. kognitive Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

Aggressives Verhalten der Bewohnerinnen

Einen Zusammenhang zwischen FEM und Aggression beschreiben zwei Studien (16, 19). Ryden et al. (16) kommen auf Grundlage einer vergleichenden Analyse zu dem Ergebnis, dass fixierte Bewohnerinnen aggressiver sind als nicht fixierte. Die Autoren empfehlen die Durchführung von weiteren, methodisch angemessenen Studien, um einen gerichteten Zusammenhang zwischen Aggression und FEM nachzuweisen. Nach Schnelle et al. (19) besteht eine statistisch signifikante Korrelation zwischen verbaler und körperlicher Aggressivität sowie unfreundlichem Verhalten und der fortwährenden Anwendung von FEM. In dieser Studie entfernten Pflegende bei aggressivem Verhalten der Bewohnerinnen keine FEM.

Agitiertes Verhalten der Bewohnerinnen

In zwei von zwölf Studien wird der Zusammenhang zwischen Agitation und FEM untersucht, davon zeigt n= 1 eine statistisch signifikante Assoziation.

Den Zusammenhang zwischen FEM und Agitation bei Bewohnerinnen untersuchten Werner et al. (26) und Meyer et al. (21). Werner et al. (26) kommen auf Basis einer vergleichenden und beschreibenden Analyse zu dem Schluss, dass FEM mit einer Manifestierung und Erhöhung von Agitation zusammenhängen. Laut Meyer et al. (21) liegt eine statistisch signifikante Assoziation zwischen wiederholt auftretender verbaler Agitation und der Anwendung von FEM vor (AOR: 1,5, 95% KI, 1,02-2,15).

Werden in der Literatur Zusammenhänge zwischen FEM und personal- und organisationsorientierten Gründen bzw. personellen und institutionellen Merkmalen bestätigt?

Die personal- und organisationsorientierten Gründe für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege beziehen sich sowohl auf interne Faktoren wie die Haltungen und Einstellungen des Pflegepersonals als auch auf externe Faktoren wie Strukturmerkmale des Pflegepersonals und der Einrichtung. Den Haltungen und Einstellungen von Pflegenden zum Einsatz von FEM ist ein eigenes Kapitel gewidmet (siehe Kap. 3.4.1 S. 41 ff.). An dieser Stelle wird nach einem möglichen Zusammenhang zwischen personellen und einrichtungsspezifischen Strukturmerkmalen und FEM gefragt.

Methodisches Vorgehen

Mitte Juli 2008 wurde eine Literaturrecherche zum Thema durchgeführt. Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen, die in den Datenbanken PubMed und CINAHL indexiert sind. Die Recherche erfolgte mit den englischen Suchbegriffen: *determinant**; *factor*; *predict**; *association**; *risk factor**; *correlat**; *condition**; *observ**; *expos**; *physical restraint*; *residential facilities*; *organization**; *institution**.

Von den als relevant erachteten Artikeln (n= 19) wurden vier ausgeschlossen: Zwei bezogen sich auf den Krankenhausbereich, ein australischer Artikel war in Deutschland nicht zugänglich und ein weiterer Artikel nur in japanischer Sprache publiziert. Damit liegen den folgenden Ausführungen 15 Studien zugrunde, die einen Zusammenhang zwischen personellen sowie institutionellen Merkmalen und FEM untersuchen (zehn Beobachtungsstudien, vier Sekundäranalysen aus routinemäßig erhobenen Daten, eine Fall-Kontroll-Studie). Mehrheitlich werden die Zusammenhänge mit statistisch signifikanten Assoziationen dargestellt, in zwei Studien mit Korrelationen. Die Mehrzahl der Studien stammt aus den USA (17, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32), gefolgt von Australien (33, 34), Finnland (35), Schweden (36), Norwegen (37), den Niederlanden (15) und Deutschland (21).

Sie beziehen sich alle auf Alten- und Pflegeheime mit überwiegend weiblichen Bewohnerinnen (Anzahl der Bewohnerinnen: n= 201 bis n= 39.636). Die Studien wurden im Zeitraum von 1991 bis 2008 veröffentlicht.

Die Studien haben unterschiedliche Methoden benutzt, unterschiedliche Aspekte untersucht und weisen eine heterogene methodische Qualität auf. Die zusammenfassende Beurteilung ist insofern erschwert. Im Folgenden werden die relevanten Aussagen der Studien zum Zusammenhang zwischen den personellen sowie institutionellen Merkmalen und FEM beschrieben.

In fast allen Studien werden FEM definiert als Gurte, Schlafsäcke oder andere spezielle Wäsche mit fixierender Funktion sowie als geriatrische Stühle mit Tisch und in einigen Studien auch als beidseitige Bettgitter.

Das Zeichen „“ ist ein sogenanntes Trunkierungszeichen. Es wird direkt im Anschluss an einen abgekürzten Suchbegriff gestellt und damit wird der Suchbegriff mit verschiedenen Wortenden gesucht.*

Zusammenfassung der Ergebnisse

Von den 15 eingeschlossenen Studien weisen zehn Studien keinen statistisch signifikanten Zusammenhang (bzw. eine nur schwache Korrelation) zwischen personellen / institutionellen Merkmalen und FEM nach. Neun Beobachtungsstudien und eine Sekundäranalyse können keinen Zusammenhang zwischen der Personalquote und -qualifikation und FEM feststellen. Zwei Studien finden keinen Zusammenhang zwischen FEM und Größe der Station bzw. Einrichtung. Fünf Studien unterschiedlichen Designs zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalquote und -qualifikation und FEM auf. Allerdings sind die Ergebnisse widersprüchlich, d.h. die Personalquote und -qualifikation ist in einigen Untersuchungen mit einer erhöhten Rate an FEM assoziiert und in anderen mit einer niedrigeren Rate. Drei Studien zeigen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen institutionellen Faktoren und FEM auf. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für FEM in der speziellen Demenzabteilung und in größeren Einrichtungen reduziert.

Insgesamt sind die Ergebnisse zu personellen sowie institutionellen Merkmalen und FEM sehr heterogen und widersprüchlich und lassen mitnichten eine eindeutige Aussage zu. Vermutlich sind die leicht messbaren und objektivierbaren personellen und einrichtungsstrukturellen Merkmale nicht in der Lage, die Unterschiede zwischen der Häufigkeit der Anwendung von FEM zu erklären. In einer eigenen Untersuchung mit 2.367 Bewohnerinnen aus 30 Hamburger Pflegeheimen stand keines der untersuchten Merkmale der Heime (21) im Zusammenhang mit einer häufigeren Anwendung von FEM.

Auch eine aktuelle Studie aus den Niederlanden (15) bestätigt, dass Heimmerkmale für die Anwendung von FEM wahrscheinlich weniger Bedeutung haben als Bewohnerinnenmerkmale.

Werden in der Literatur Zusammenhänge zwischen FEM und behandlungsorientierten Gründen bei Bewohnerinnen der stationären Altenpflege bestätigt?

Die behandlungsorientierten Gründe für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege beziehen sich auf die Unterbrechung von medizinischen oder pflegerischen Behandlungen.

Von den elf Studien, die allgemein und im Überblick zu den Gründen von FEM Aussagen treffen, enthalten fünf Studien Angaben zu behandlungsorientierten Gründen (2, 4, 5, 11). Wenn pflegerische oder medizinische Maßnahmen von Bewohnerinnen nicht toleriert werden, zum Zwecke einer Therapie jedoch als notwendig erachtet werden, könnte dies als ein behandlungsorientierter Grund zur Rechtfertigung von FEM angeführt werden. In diesem Zusammenhang häufig genannte Verhaltensweisen von Bewohnerinnen sind z.B. das Ziehen an und von Ernährungs- oder Magensonden, Infusionen, Kathetern und anderen Schläuchen oder das Entfernen von Wundverbänden.

Methodisches Vorgehen

Die Beantwortung der Frage, inwiefern Studien die Zusammenhänge zwischen FEM und behandlungsorientierten Gründen in der beruflichen Altenpflege bestätigen, stützt sich auf eine Mitte Juni 2008 durchgeführte Literaturrecherche. Sie begrenzte sich auf englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen, die in den Datenbanken PubMed, Cinahl und Cochrane Library indexiert sind. Die Recherche, ohne zeitliche oder andere Eingrenzung, erfolgte mit folgenden englischen Suchbegriffen: *determinant**; *factor*; *predict**; *associat**; *risk factor**; *correlat**; *condition**; *observ**; *expos**; *physical restraint*; *residential facilities*; *treatment devices*; *resistance to treatment*; *treatment interference/refusal*; *device removal/disruption*; *therapy disruption*; *patients' safety/compliance*; *equipment and supplies*. Die Suche fand sowohl mittels Kombination standardisierter Begriffe als auch mittels Freitextsuche statt. Um über die Relevanz der Artikel entscheiden zu können, wurden die Kurzzusammenfassungen durchgesehen. Keine Artikel konnten über die Literaturreferenzen identifiziert werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In den analysierten Artikeln können keine statistisch gesicherten Zusammenhänge zwischen behandlungsorientierten Gründen und FEM in der beruflichen Altenpflege identifiziert werden. Auch aus dem Bereich der Intensiv- und Akutpflege ließen sich keine eindeutigen Belege finden.

Vielmehr wird häufig beschrieben, dass in der Intensiv- und Akutpflege FEM benötigt werden, um medizinisch-therapeutische Behandlungen ohne Unterbrechung sicherzustellen. Demnach ist der Zusammenhang zwischen behandlungsorientierten Gründen und der Anwendung von FEM in der Altenpflege nicht nachgewiesen, sondern wird in den vorliegenden Studien zunächst nur beschrieben.

Auch wenn der Zusammenhang bisher noch nicht nachgewiesen wurde, ist es angesichts der vorliegenden limitierten Erhebungen selbstverständlich nicht ausgeschlossen, dass die Sicherstellung von medizinischen Behandlungen nicht doch Anlass für die Anwendung von FEM ist.

Der Recherche zufolge ließ sich keine Studie finden, die einen direkten Zusammenhang zwischen FEM und der Unterbrechung von medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen bei Bewohnerinnen der stationären Altenpflege untersucht. Ebenso wenig wurden entsprechende Studien gesichtet, die unterschiedliche Zielgruppen untersuchen. Eine US-amerikanische Sekundäranalyse einer Vorher-Nachher-Studie (17) ergänzt die oben genannten fünf Studien zu den behandlungsorientierten Gründen. Sie zeigt auf, dass ein Zusammenhang zwischen der Durchführung von Behandlungsmaßnahmen („*treatment devices*“) und der Anwendung von FEM bei Bewohnerinnen von Pflegeheimen trotz eines Programms zur Reduktion von FEM

Das Zeichen „“ ist ein sogenanntes Trunkierungszeichen. Es wird direkt im Anschluss an einen abgekürzten Suchbegriff gestellt und damit wird der Suchbegriff mit verschiedenen Wortenden gesucht.*

besteht.

Auch im Bereich der Intensivpflege wird ein Zusammenhang zwischen der Unterbrechung von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen und der Anwendung von FEM behauptet. Eine beschreibende Studie (38) zeigt, dass die Anwendung von FEM in der Intensivpflege am häufigsten mit der Sicherstellung von invasiven Maßnahmen begründet wird. Laut einer anderen beschreibenden Studie (39) gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen FEM und dem eigenständigen Entfernen des Beatmungstubus durch die intensivpflichtigen Patientinnen. Eine qualitative Studie (40) kommt zu dem Ergebnis, dass Intensivpflegende FEM auch vorbeugend anwenden, um die Unterbrechung von medizinischen Maßnahmen zu verhindern.

Aus dem Bereich der Akutpflege gibt es folgende Hinweise zum Zusammenhang zwischen behandlungsorientierten Gründen und der Anwendung von FEM: Laut einer beschreibenden Studie (41) wird die Anwendung von FEM am häufigsten damit begründet, eine Unterbrechung von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zu verhindern.

Eine Beobachtungsstudie (42) weist nach, dass intravenöse oder andere Zugänge, Sauerstoffmasken und Katheter zur Überwachung und Therapie eindeutige unabhängige Prädiktoren für die Anwendung von FEM sind.

Der aktuellen Studienlage zufolge lassen sich keine gesicherten Zusammenhänge aus Assoziationsanalysen zwischen behandlungsorientierten Gründen und der Anwendung von FEM in der stationären Altenpflege bestätigen. Was jedoch nicht heißt, dass diese Zusammenhänge nicht bestehen. Auch für die Intensiv- und Akutpflege liegen wenige Belege vor.

Vielleicht erscheint es auch allzu offensichtlich, dass FEM eingesetzt werden, um medizinisch-therapeutische Maßnahmen sicherzustellen. Die vorliegenden beschreibenden Studien zeigen durchgehend, dass die sichere Durch- und Ausführung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen in der Altenpflege der Begründung von FEM dient.

Werden in der Literatur Zusammenhänge zwischen FEM und sozialorientierten Gründen bestätigt?

Die sozialorientierten Gründe für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege beziehen sich auf das soziale Umfeld der von FEM betroffenen Bewohnerinnen. In der Übersicht zu den Gründen von FEM sind die Gründe auf Basis von drei Studien (4, 9, 10), in Ergänzung zur systematischen Übersichtsarbeit (43), dargestellt. Demnach kommen FEM zum Einsatz, um das soziale Umfeld von Bewohnerinnen mit FEM zu schützen und ein friedfertiges Miteinander mit anderen Bewohnerinnen zu ermöglichen. Der Einsatz von FEM ist in diesem Zusammenhang häufig auch ein Wunsch von Angehörigen, um Auseinandersetzungen mit anderen Bewohnerinnen zu vermeiden.

Methodisches Vorgehen

Die Beantwortung der Frage, inwiefern Studien den Zusammenhang zwischen FEM und sozialorientierten Gründen in der beruflichen Altenpflege bestätigen, stützt sich auf eine Mitte Juli 2008 durchgeführte Literaturrecherche.

Sie begrenzte sich auf englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen, die in den Datenbanken PubMed und Cinahl indexiert sind. Die Recherche, ohne zeitliche oder anderweitige Eingrenzung, erfolgte mit folgenden englischen Suchbegriffen: *determinant**; *factor*; *predict**; *associat**; *risk factor**; *correlat**; *condition**; *observ**; *expos**; *physical restraint*; *residential facilities*; *social**; *behavior**; *social environment*; *social behavior*; *social context*; *patients' safety*. Die Suche fand sowohl mittels Kombination standardisierter Begriffe als auch mittels Freitextsuche statt. Um über die Relevanz der Artikel entscheiden zu können, wurden die Kurzzusammenfassungen durchgesehen. Über die Literaturangaben der eingeschlossenen Treffer wurden keine weiteren Artikel identifiziert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Recherche ergab keine Studie, die einen direkten Zusammenhang zwischen FEM und sozialorientierten Gründen untersucht wie z.B. die Sicherstellung eines friedlichen sozialen Umfelds von Bewohnerinnen der stationären Altenpflege. Ebenfalls konnte keine Studie identifiziert werden, die ausschließlich soziale Aspekte als Begründung für die Anwendung von FEM untersucht. Es fanden sich nur drei Studien (6, 8, 44), die neben anderen Aspekten sozialorientierte Gründe beschreiben und damit die bisher bekannten Angaben zu sozialorientierten Gründen (4, 9, 10, 43) ergänzen. Sie liefern keine empirischen Belege für die Bestätigung eines Zusammenhangs zwischen FEM und sozialorientierten Gründen, aber behaupten das Bestehen von sozialorientierten Gründen.

Eine beschreibende, methodisch eingeschränkte Studie (44) erlaubt keine Aussagen darüber, inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Umfeld – gemeint ist die Anwesenheit von Mitbewohnerinnen, Angehörigen oder Personal - und der Häufigkeit von FEM bei Heimbewohnerinnen besteht.

Laut einer qualitativen Studie (6) sind Angehörige von Heimbewohnerinnen der Ansicht, dass FEM zwar zur vermeintlichen Sicherheit der Bewohnerinnen, aber auch aus Gründen von Bequemlichkeit und Annehmlichkeit des Personals bzw. der Pflegeeinrichtung zum Einsatz kommen. Einer weiteren qualitativen Studie zufolge (8) sind Pflegende bei der Anwendung von FEM den Erwartungen und dem Druck von Angehörigen sowie gesellschaftlichen und professionellen Normen ausgesetzt. Demnach wenden sie FEM an, wenn sie ein sozial unerwünschtes, aber auch mit ihren eigenen Wertvorstellungen nicht übereinstimmendes Verhalten der Bewohnerinnen

Das Zeichen „“ ist ein sogenanntes Trunkierungszeichen. Es wird direkt im Anschluss an einen abgekürzten Suchbegriff gestellt und damit wird der Suchbegriff mit verschiedenen Wortenden gesucht.*

erleben, das sich sowohl gegen sie selbst als auch gegen die Mitbewohnerinnen richtet.

Der aktuellen Studienlage zufolge lassen sich keine Zusammenhänge zwischen sozialorientierten Gründen und der Anwendung von FEM in der stationären Altenpflege mittels statistisch signifikanten Assoziationsanalysen bestätigen. Obwohl sie noch nicht untersucht worden sind, heißt es nicht, dass solche Zusammenhänge nicht bestehen müssen. Die vorliegenden Studien zeigen, dass der Einsatz von FEM mit durch das soziale Umfeld bedingten Aspekten begründet wird.

3.4. Haltung, Einstellung und Erleben bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

3.4.1. Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden

In mehreren Studien hat sich gezeigt, dass die Haltung bzw. Einstellung der beruflich Pflegenden zur Anwendung von FEM einen Einfluss auf die Häufigkeit von FEM hat (1, 2). In den Studien wurde jedoch nicht erfasst, ob die Haltung, Einstellung und das Erleben der beruflich Pflegenden bei der Entscheidung über und der Anwendung von FEM auch umfasst, dass die pflegebedürftigen Personen Rechte haben, die sie vor Eingriffen in die Willens- und Fortbewegungsfreiheit schützen. Daher war es der Leitlinienentwicklungsgruppe wichtig, den aktuellen Stand des Wissens darzustellen, wie Pflegende die Anwendung von FEM erleben bzw. welche Haltung oder Einstellung sie dazu haben.

Methodisches Vorgehen

In den Datenbanken PubMed, GeroLit, CINAHL, PsycINFO und PSYINDEX wurde Mitte Juli 2008 eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Suche wurde auf das Setting Altenheim bzw. die Langzeitpflege für ältere Menschen begrenzt, die Bereiche Akutpflege und Psychiatrie wurden ausgeschlossen. Außerdem wurde nur Literatur zu körpernahen FEM einbezogen, Studien zu medikamentösen FEM wurden

ausgeschlossen. Insgesamt wurden 23 Studien gesichtet, elf Studien erfüllten die Einschlusskriterien.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Zu Haltung, Einstellung und Erleben von Pflegenden bezüglich der Anwendung von FEM liegen Erkenntnisse aus qualitativen und quantitativen Forschungsarbeiten vor. Die Daten der qualitativen Forschung erlauben ein tiefgehendes Verständnis zu Haltung, Einstellung oder Erleben der Pflegenden, während die quantitativen Ergebnisse Einblicke in verschiedene Aspekte der Haltung und Einstellung und deren Häufigkeit in größeren Gruppen zulassen.

Die meisten Untersuchungen stammen aus den USA und der Schweiz, eine aktuelle Untersuchung legt jedoch auch Daten aus Deutschland und den Niederlanden vor. Beruflich Pflegende aus verschiedenen europäischen Ländern weisen unterschiedliche Haltungen und Meinungen zu FEM auf (12).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pflegende ethische Probleme bei der Anwendung von FEM sehen (3, 4, 7), gleichzeitig die Anwendung von FEM aber für zulässig und notwendig halten (3, 5, 6, 12).

Die Anwendung von FEM wird als positiv erachtet ...

- wenn sie dem Schutz der Bewohnerin dient, z.B. vor Stürzen oder Verletzungen (3, 5, 7, 8)
- wenn sie dem Willen der Bewohnerin oder der Angehörigen entspricht (7, 9)
- wenn andere Möglichkeiten nicht erfolgreich waren (7)
- wenn die Alternative ruhigstellende Medikamente wären (7)
- bei ärztlicher Anordnung (3, 9)

Die Anwendung von FEM wird als negativ erachtet ...

- da die Anwendung von FEM negative Gefühle bei den betroffenen Bewohnerinnen auslöst (5, 9)
- da die Pflegenden einem Dilemma ausgesetzt werden, wenn eine FEM gegen den Willen der Bewohnerin angewendet wird (3)
- da negative Gefühle bei den Pflegenden hervorgerufen werden (z.B. Frustration, Unbehagen, Betroffenheit, Unzufriedenheit) (3, 7)

Eine Reduktion von FEM führt nach Meinung der Pflegenden zu ...

- einer Gefährdung der Bewohnerinnen- und Mitarbeiterinnensicherheit (5, 10)
- einem erhöhten Personalbedarf, da z.B. eine höhere Aufmerksamkeit der

Pflegenden notwendig wird (5, 10)

Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Studien zum Thema verfolgen unterschiedliche methodische Ansätze. Einerseits wird mit qualitativen Forschungsdesigns der Versuch unternommen, Haltung, Einstellung und Erleben von Pflegenden zu verstehen und zu beschreiben. Andererseits wird mit Hilfe verschiedener Assessmentinstrumente versucht, Haltungen und Einstellungen zu messen und mit anderen Faktoren, wie z.B. dem Qualifikationsniveau der Teilnehmerinnen, in Beziehung zu setzen.

In einer 1997 publizierten, US-amerikanischen Untersuchung (3) wird die Sichtweise von Pflege- und Leitungskräften von Altenheimen zur Anwendung von FEM mittels Fokusgruppeninterviews untersucht (n= 12).

Für die Teilnehmerinnen war es schwierig, FEM klar zu definieren. Einige FEM wurden als „eher akzeptabel“ eingeschätzt als andere.

Zum Beispiel wird eine kissenartige Ablage, die über dem Schoß von Bewohnerinnen im Rollstuhl angebracht wird, als „nice restraint“ beschrieben, da diese weich und weniger einengend ist, als andere FEM. Andere Hilfsmittel werden ebenfalls nicht als FEM wahrgenommen, sondern vielmehr als Methode zur Erhöhung der Sicherheit („safety factors“, z.B. werden Stuhlgurte als Erinnerungshilfe für kognitiv beeinträchtigte Personen gesehen, die ihnen signalisieren, dass sie fallen könnten, wenn sie ohne Unterstützung aufstehen). Die Einstellungen bezüglich der Anwendung von FEM bewegen sich zwischen den Polen starker Fürsorge (bei Personen die ständig fallen, müssen FEM zum Selbstschutz angewendet werden) und reduziertem Einsatz in Ausnahmefällen (FEM sollen nur sehr zurückhaltend angewendet werden). Die Pflegenden sind der Meinung, dass FEM bei einigen Bewohnerinnen unverzichtbar sind. Gleichzeitig beschreiben sie jedoch, dass die Anwendung von FEM gegen den Willen der Bewohnerinnen sie betroffen macht. Die Pflegenden beschreiben einen unterschiedlichen Umgang, sie äußern z.B. Akzeptanz, da FEM zum Besten der Bewohnerinnen ist, oder nehmen Bezug auf die ‚ärztliche Autorität‘, der Folge zu leisten sei. Die Leitungskräfte stehen einer Reduktion von FEM prinzipiell positiv gegenüber, halten FEM jedoch bei „Hoch-Risiko-Patienten“ (z.B. bei häufigen Stürzen und Unfällen) für notwendig. Sie halten ein „FEM-freies Altenheim“ daher nur für begrenzt umsetzbar.

Eine ältere Studie aus den USA (8) untersucht die Wahrnehmung und Haltung von Pflegenden bezüglich der Anwendung von FEM mittels eines selbst entwickelten Fragebogens (n= 118). Insgesamt 62% der Pflegenden sind nicht der Meinung, dass Angehörige die Anwendung von FEM verweigern könnten, 60% sind nicht der Meinung, dass Pflegende die Anwendung von FEM verweigern könnten, aber 62% glauben,

dass Bewohnerinnen das Recht haben, FEM zu verweigern. Beinahe alle Pflegenden (97%) sehen in FEM keine Bestrafung für die Bewohnerinnen. Personalmangel ist für 89% der Pflegenden nicht die wichtigste Ursache der Anwendung von FEM.

Insgesamt 64% sind der Meinung, dass Pflegeheime FEM rechtmäßig zur Sicherheit von Bewohnerinnen anwenden dürfen, selbst wenn sie damit möglicherweise deren Würde verletzen; 98% sind der Meinung, es sei wichtig, fixierten Bewohnerinnen zu vermitteln, dass man sich um sie kümmere und 83% empfinden keine Verlegenheit, wenn Angehörige den Raum einer gerade fixierten Bewohnerin betreten. Es zeigten sich keine Unterschiede bei den Ergebnissen bezüglich des Ausbildungsgrads der Pflegenden.

Michello et al. untersuchen ebenfalls in einer älteren Studie (5) in den USA die Einstellung von Pflegenden zur Anwendung von FEM und deren Wahrnehmung der Effekte von FEM in der Langzeitpflege (n= 278). Dazu wurde ein selbst entwickelter Fragebogen, der so genannte Physical Restraint in Long Term Care (PRLTC) verwendet (40 Items; umgebungsbezogene und personenbezogene Faktoren, die möglicherweise zur Anwendung von FEM beitragen; Auswirkungen von FEM auf die Bewohnerinnen).

Die Pflegenden sind eher der Meinung, dass eine Reduktion von FEM zu einem Anstieg der Arbeitsbelastung und einem erhöhten Haftungsrisikos führen würde. Die Bewohnerinnen müssten stärker beaufsichtigt werden und es würde mehr Personal benötigt. Nicht eindeutig ist die Einschätzung der Pflegenden dazu, ob sie sich mit ihrer Arbeit besser fühlen, wenn sie weniger FEM anwenden würden. Sie sind eher der Meinung, dass durch eine Reduktion von FEM die Sicherheit der Bewohnerinnen gefährdet wäre (z.B. durch häufigere Stürze), gleichzeitig geben sie jedoch an, dass man trotz des Risikos eine Reduktion von FEM anstreben sollte. Die Pflegenden sind der Meinung, dass Bewohnerinnen mit FEM sich unglücklich, erniedrigt, unbequem, hilflos und gefangen fühlen würden und dass durch eine Reduktion von FEM die Bewohnerinnen ruhiger werden würden, allerdings sind sie im Mittel nicht der Meinung, dass die Reduktion zu weniger herausforderndem Verhalten führen würde. Insgesamt halten die Pflegenden jedoch die Anwendung von FEM für nicht völlig vermeidbar.

Eine weitere ältere US-amerikanische Studie (10) untersucht die Wahrnehmungen von 142 Pflegenden bzgl. der Anwendung von FEM und der Bedingungen, unter denen sie FEM befürworten. In dieser Studie wurde der gleiche Fragebogen wie bei Michello et al. (5) verwendet. In der Publikation werden nur ausgewählte Ergebnisse des Fragebogens und diese nur getrennt nach Qualifikationsniveau der Teilnehmerinnen (licenced nurses (LN) bzw. nursing assistants (NA)) dargestellt.

Die Teilnehmerinnen sind eher der Meinung, dass eine Reduktion von FEM zu einem höheren Personalbedarf führt und eine stärkere Beaufsichtigung der Bewohnerinnen nötig mache. NAs sind zögerlicher bzgl. der Reduktion von FEM als LNs; NAs sind

eher der Meinung, dass die Reduktion von FEM die Bewohnerinnen- und Personalsicherheit gefährde. Auch sind LNs eher der Meinung, FEM führe zu Abhängigkeit und Einschränkungen der Bewohnerinnen.

Hill et al. (6) untersuchten, ebenfalls vor mehr als 10 Jahren, die Einstellung von Pflegenden bzgl. FEM und Faktoren, die die Entscheidungsfindung zur Anwendung von FEM in der Langzeitpflege in den USA beeinflussen (n= 140).

In dieser Arbeit wird eine abgewandelte Version des Physical Restraint in Long Term Care (PRLTC) Fragebogens verwendet.

Die Pflegenden sind eher der Meinung, dass die Anwendung von FEM nötig sei und dass durch die Reduzierung von FEM eine stärkere Beaufsichtigung der Bewohnerinnen nötig würde. Allerdings glauben sie nicht, dass die Arbeitsbelastung bei der Reduktion von FEM stark ansteigen würde oder dass sie sich bei der Arbeit besser fühlen würden. Die Aussagen zu einer erhöhten Gefährdung der Bewohnerinnen sind unentschieden. Die Aussage, dass keine Bewohnerinnen fixiert werden sollten, lehnen die Pflegenden stark ab und sind durchgehend der Meinung, dass die Anwendung von FEM notwendig sei.

In ihrer Studie aus dem Jahr 2000 untersuchen Karlsson und Kollegen (9) in Schweden, wie Pflegende (n= 30) die Anwendung von FEM in der Praxis begründen. Sowohl qualitative als auch quantitative Methoden (Interviews, Fragebogen) wurden genutzt. Die Teilnehmerinnen erhielten ein Fallbeispiel einer älteren häufig gefallenen Bewohnerin mit Demenz, die mit einem Stuhlgurt fixiert wird. Nach der morgendlichen Pflege wird sie wieder in den Stuhl gesetzt und fixiert, als sie darum bittet, den Gurt zu lösen. Anhand des Beispiels sollen die Pflegenden entscheiden, was sie tun würden und gebeten, ihre Entscheidung zu begründen. Pflegende, die den Gurt lösen würden (n= 9), argumentieren mit Vermeidung von Leid für die Bewohnerin, Respekt vor ihrer Autonomie und ihrer eigenen Bereitschaft, gewisse Risiken (z.B. Sturz) in Kauf zu nehmen, um dadurch die Anwendung von FEM zu vermeiden. Sie würden die Entscheidung, den Gurt zu lösen, ändern, wenn im Spätdienst wenig Personal arbeitet, wenn die Bewohnerin bei gutem Gesundheitszustand die Pflegenden angewiesen hätte, sich um ihren Schutz vor Stürzen und Verletzungen zu kümmern oder wenn FEM vom Arzt angeordnet oder von den Angehörigen gewünscht würden.

Pflegende, die sich entscheiden den Gurt zu belassen (n= 21), begründeten diese Entscheidung mit Zeitmangel, der Pflicht einer ärztlichen Anweisung zu folgen, der Einschätzung, im besten Interesse der Bewohnerinnen zu handeln oder in Übereinstimmung mit dem Willen Anderer (z.B. Angehöriger, Pflgeteam) zu handeln. Diese Pflegenden würden ihre Entscheidung ändern, wenn die Anwendung von FEM ver-

boten wäre, wenn ausreichend Personal im Dienst wäre, wenn ein Arzt oder Angehöriger die Anwendung von FEM ablehnen würde oder wenn die Bewohnerin bei gutem Gesundheitszustand gesagt hätte, sie wolle nicht fixiert werden.

Eine 10 Jahre alte Studie aus der Schweiz (7) untersucht Art, Häufigkeit und Gründe von FEM mittels eines Fragebogens (n= 173). Die Frage, inwieweit Pflegende flexibel mit FEM umgehen könnten, enthielt für jene, die diese Frage negativ beantworteten die Möglichkeit, im Freitext ihre Erfahrungen damit anzugeben. Diese Freitextfrage wurde qualitativ ausgewertet.

Insgesamt 71% der Teilnehmerinnen geben an, FEM im Arbeitsalltag flexibel anwenden zu können, 29% schätzen das nicht so ein. Diese 29% beschreiben ethische Konflikte als Hauptgrund. Gefühle von Frustration, Unbehagen, Betroffenheit, Machtlosigkeit und Unzufriedenheit werden bzgl. der Anwendung von FEM genannt. Einige Teilnehmerinnen beschreiben die Anwendung von FEM als inhuman und nicht mit ihrem Bild von Pflege vereinbar. Die Anwendung von FEM wird von einigen Teilnehmerinnen jedoch auch als gerechtfertigt angesehen, wenn sie dem Willen der Bewohnerinnen entsprechen, zu deren Sicherheit dienen oder wenn andere Möglichkeiten nicht erfolgreich sind.

Eine im Jahre 2001 publizierte Studie aus der Schweiz (11) untersucht die Wahrnehmung der Pflegenden bzgl. des Verhaltens, welches zu Fixierungen führt und wie diese Wahrnehmung die Entscheidung zur Anwendung von FEM beeinflusst. Für diese Studie wurde ein qualitativer Ansatz mit Interviews (n= 20) gewählt.

Die Teilnehmerinnen beschreiben zwei Sichtweisen, die Einfluss auf die Entscheidung bzgl. der Anwendung von FEM haben. Die Wahrnehmung des Verhaltens der Bewohnerinnen hat eine starke Auswirkung auf die Entscheidung der Pflegenden bezüglich der Anwendung von FEM. Es zeigte sich, dass die Entscheidung zur Anwendung von FEM damit in Zusammenhang steht, wie die Pflegenden situationspezifisch das Verhalten der Bewohnerinnen wahrnehmen. Dabei lassen sich zwei Formen der Wahrnehmung unterscheiden.

Einerseits nehmen Pflegende Verhalten wahr, das sie als „problematisch“ einschätzen und auf das sie mit der Anwendung von FEM reagieren. Dabei achten Sie jedoch auf mögliche Konsequenzen des Verhaltens der Bewohnerinnen, z.B. eine steigende Gefährdung der Sicherheit für die Bewohnerinnen selbst oder deren Mitbewohnerinnen. Sie versuchen, die Konsequenzen des Verhaltens vorherzusehen und diesen vorzubeugen. Um kein Risiko einzugehen reagieren die Pflegenden häufig mit FEM. Die Einschätzung der Pflegenden bezüglich des Verhaltens der Bewohnerinnen wird davon beeinflusst, was die jeweiligen Pflegenden für akzeptables Verhalten halten. So werden FEM häufig als Mittel eingesetzt, um das Verhalten von Bewohnerinnen einzugrenzen, damit es als „normal“ gedeutet werden kann.

Pflegende erleben herausforderndes Verhalten von Bewohnerinnen auch als Angriff auf ihr Selbstwertgefühl und ihre professionelle Identität, besonders wenn sie glau-

ben, im besten Interesse der Menschen zu handeln. Solche Gefühle treten gegenüber solchen Bewohnerinnen auf, bei denen die Pflegenden der Meinung sind, sie seien sich ihres Verhaltens bewusst.

Andererseits nehmen Pflegende Verhalten wahr, welches sie als tolerierbar einschätzen und in der Folge nicht mit der Anwendung von FEM reagieren. Die Pflegenden sind in solchen Situationen der Meinung, dass für die Bewohnerinnen das Verhalten sinnvoll sei, auch wenn sie diesen Sinn nicht erfassen können. Wenn Bewohnerinnen die Möglichkeit eingeräumt wird, sich in ihrer Weise auszudrücken, kann das nach Meinung der Pflegenden helfen, die Motive für das Verhalten und die möglichen Konsequenzen zu erkennen. Je besser Pflegende die Unterschiede zwischen ihrer eigenen Welt und jener der Bewohnerinnen verstehen können, desto besser wird das Verständnis für solche Verhaltensweisen. Pflegende müssen die Annahme überwinden, dass das Verhalten der Bewohnerinnen an ihre eigenen Erwartungen angepasst werden kann. Somit können Pflegende möglicherweise mit ihrem eigenen Verhalten die Bewohnerinnen herausfordern. Die Bereitschaft, das Verhalten von Bewohnerinnen als tolerierbar einzuschätzen, führt dazu, dass Pflegende bereit sind, gegebenenfalls bestehende erhöhte Risiken für die Bewohnerinnen zu akzeptieren und FEM zu vermeiden.

In einer aktuellen Fragenbogen-Studie (12) wurden 608 Pflegende aus den Niederlanden (n= 166), Deutschland (n= 258) und der Schweiz (n= 184) befragt. Ziel war es, die Haltungen und Meinungen Pflegender im Hinblick auf FEM zu untersuchen. Es galt ebenso zu bestimmen, ob sich diese zwischen den Ländern und bei unterschiedlicher beruflicher Biographie unterscheiden. Der eingesetzte Fragebogen, der Maastricht Attitude Questionnaire, fragt nach Haltungen gegenüber FEM und nach der Einschätzung des Grades der Einschränkung und der Unannehmlichkeit durch FEM.

Grundsätzlich vertreten die Pflegenden eher neutrale Meinungen zur Anwendung von FEM, schätzen jedoch FEM durchaus als zulässige Maßnahme im pflegerischen Versorgungsalltag ein. Das Geschlecht und das Alter haben keinen Einfluss auf die Haltungen der Pflegenden, zwischen den Ländern gibt es jedoch einige Unterschiede. Pflegende aus den Niederlanden haben die positivste Haltung gegenüber FEM, schätzen jedoch die Angemessenheit von FEM im Vergleich zu Pflegenden aus Deutschland und der Schweiz negativer ein. Z.B. haben Pflegende mit längerer Berufserfahrung sowie Pflegende in Führungspositionen negativere Einstellungen gegenüber FEM.

Die Einschätzung zu einzelnen FEM (z.B. Gurt, Bettgitter, abgeschlossene Tür) unterscheidet sich zwischen den Ländern, die Beurteilung des Grads der Freiheitseinschränkung durch FEM jedoch kaum. Beidseitige Bettgitter werden als mäßig einschränkend beurteilt, die Benutzung von Gurten wird als Maßnahme mit dem höchsten Einschränkungsgrad und der höchsten Unannehmlichkeit beurteilt. Pfl-

gende aus verschiedenen europäischen Ländern weisen demnach unterschiedliche Haltungen und Meinungen zu FEM auf. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung länderspezifischer Interventionen zur Reduktion von FEM.

3.4.2. Haltung, Einstellung und Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen

In der Literatur werden vielfältige Gründe für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege benannt. Dazu gehört neben den Aspekten der Sicherheit und des Schutzes das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen (1, siehe auch Kapitel 3.3. S. 28 ff.). Für die Entwicklung von Interventionen zur Reduktion von FEM ist es erforderlich, die vielschichtigen Bedingungen und Gründe, die zur Anwendung von FEM führen, umfassend zu kennen. Dazu gehört es auch, die Haltungen, Einstellungen und das Erleben bezüglich der Anwendung von FEM aus der Perspektive aller daran Beteiligten und davon Betroffenen aufzuzeigen (1, 2). Das nachfolgende Kapitel stellt die Forschungslage zum Einsatz von FEM aus der Perspektive der Bewohnerinnen und deren Angehörigen dar.

Es wurde die Literatur mit den Fragestellungen „Welche Haltung / Einstellung haben Angehörige und Bewohnerinnen bezüglich der Anwendung von FEM?“ und „Wie erleben Angehörige und Bewohnerinnen die Anwendung von FEM“ gesichtet und aufbereitet.

Methodisches Vorgehen

Es wurde Mitte Juli 2008 eine systematische Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken PubMed, GeroLit, CINAHL, PsycINFO und PSYINDEX durchgeführt. Die Suche wurde auf das Setting Altenheim bzw. die Langzeitpflege älterer Menschen begrenzt, die Settings Akutpflege und Psychiatrie wurden ausgeschlossen. Außerdem wurden Publikationen zu körpernahen FEM einbezogen, Studien zu medikamentösen FEM wurden ausgeschlossen. Die Literatursuche wurde auf englische und deutsche Publikationen beschränkt, eine zeitliche Limitierung wurde nicht vorgenommen. Die Literatursuche erfolgte systematisch mithilfe der folgenden Schlagwörter: *restrain**, *physical*; *attitude*, *experience**, *resident*, *patient**, *family** kombiniert mit den logischen Operatoren AND und OR.

Insgesamt wurden 31 Studien gesichtet, elf Studien erfüllten die Einschlusskriterien, sechs Studien wurden ausgeschlossen. Insgesamt konnten fünf relevante Studien identifiziert werden. Dabei handelt es sich um eine Übersichtarbeit (2), eine Studie mit einem quantitativen Design (3) und drei Studien mit einem qualitativen Design (4, 5, 6).

Darstellung der Ergebnisse

Wie in Kapitel 3.4.1., S. 41 ff. bereits dargestellt, finden die methodischen Ansätze der qualitativen und der quantitativen Methodologie Anwendung, um dieses Thema

Das Zeichen „“ ist ein sogenanntes Trunkierungszeichen. Es wird direkt im Anschluss an einen abgekürzten Suchbegriff gestellt und damit wird der Suchbegriff mit verschiedenen Wortenden gesucht.*

wissenschaftlich zu untersuchen.

Zwei der Untersuchungen stammen aus den USA (5, 6) und eine aus Australien (4). Eine aktuelle Untersuchung legt Daten aus Deutschland vor (3).

Die eingeschlossenen Studien weisen kleine Stichproben und teilweise methodische Schwächen auf. Aufgrund dieser Schwächen lassen sich lediglich Tendenzen zu den Haltungen von Betroffenen und deren Angehörigen abbilden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Studien nicht zwischen den Begriffen Haltung, Erleben und Einstellung differenziert wurde. Bewohnerinnen und deren Angehörige aus verschiedenen Ländern weisen unterschiedliche Haltungen und Meinungen zu FEM auf, insgesamt überwiegen die negativen Haltungen.

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die Anwendung von FEM als positiv erachtet wird ...

- wenn sie dem Schutz der Bewohnerin dient, z.B. vor Stürzen oder Verletzungen (3, 4, 5, 6, 7)
- wenn Angehörige die Benutzung von FEM als ein bewährtes Mittel in der pflegerischen Versorgung wahrnehmen (3, 4, 5, 6, 7)

Die Anwendung von FEM wird als negativ erachtet ...

- da die Anwendung von FEM negative Gefühle, wie Erniedrigung, Angst, Furcht etc., bei den betroffenen Bewohnerinnen auslöst (1, 2, 7)
- da negative Gefühle bei den Angehörigen hervorgerufen werden (z.B. Frustration, Unbehagen, Betroffenheit, Unzufriedenheit, Hilflosigkeit) (2, 4, 5, 6, 7)
- da FEM Anwendung findet, wenn unerfahrene Pflegende bzw. Aushilfen im Dienst sind (5)
- da FEM zur Entlastung der Pflegenden eingesetzt wird (6)

Die Ergebnisse der eingeschlossenen relevanten Primärstudien werden nachfolgend detailliert dargestellt.

Hardin et al. (5) stellen in ihrer Interviewstudie die Empfindungen der Bewohnerinnen und deren Angehörigen bzgl. der Anwendung von FEM in den Fokus. Die Studie wurde in einer Einrichtung in den USA mit einem qualitativen Forschungsdesign durchgeführt (n= 44). Die Bewohnerinnen (n= 25) wurden anhand des Fragebogen Subjective Experience of Being Restrained (SEBR) befragt (elf Items; personenbezogene Faktoren, die in Bezug zu FEM stehen).

Die Befragung der Angehörigen (n= 19) wurde anhand einer leicht veränderten Version des Subjective Experience of Being Restrained (SEBR) durchgeführt (sieben

Items; personenbezogene Faktoren, die in Bezug zu FEM stehen). Die Autorinnen identifizierten vornehmlich negative Gefühle der Bewohnerinnen und deren Angehörigen gegenüber FEM.

Die Bewohnerinnen bringen ihre negativen Gefühle bzgl. der Anwendung von FEM zum Ausdruck: sie fühlen sich gekränkt, verletzt, eingesperrt, verlegen, hilflos sowie machtlos. Es werden auch positive Empfindungen und Gefühle der Sicherheit geäußert. Bei neun der 25 befragten Bewohnerinnen wurde ein Einverständnis für die Anwendung von FEM durch die Pflegenden eingeholt.

Die Angehörigen haben Vertrauen in die klinische Expertise der Pflegenden und akzeptieren deren Entscheidung für die Anwendung von FEM. Bei der Akzeptanz differenzieren die Angehörigen zwischen der Fixierungsart und dem Zustand des Betroffenen. Sie tolerieren eher mechanische FEM, wie Bettgitter statt chemische FEM, wie Sedativa. Insgesamt fühlen sich die Angehörigen hilflos und ambivalent gegenüber der Anwendung von FEM ihres Verwandten und ihre negativen Gefühle (Verbitterung, Mitleid, Schuldgefühle und Entsetzen) überwiegen.

Newbern & Lindsey (6) untersuchten in ihrer qualitativen Untersuchung die Einstellung bzgl. FEM von Ehefrauen, deren Männer in einem Veteranenheim in den USA fixiert wurden. Die Autorinnen führten durchschnittlich einstündige Fokusinterviews (n= 6) und analysierten diese in Anlehnung an die Grounded Theory. Diese Methode ermöglicht es, Interaktionen, Verhaltensweisen und Erlebnisse von Personengruppen zu erforschen, aber auch, die Wahrnehmung des Einzelnen und seine Überlegungen dazu aufzugreifen. Die Autorinnen fanden primär negative Haltungen der Ehefrauen gegenüber FEM. Sie begegnen der Anwendung von FEM mit Unverständnis und empfinden die Anwendung von FEM ihres Angehörigen als entwürdigend.

Die Fixierung ihres Angehörigen erleben sie mit dem Gefühl, dass sich diese in der letzten Lebensphase befinden und äußern Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit.

Moore & Haralambous (4) untersuchten die Einstellung und Barrieren von Pflegenden, Bewohnerinnen und deren Angehörigen in Bezug auf die Anwendung von FEM. Die Studie wurde in drei stationären Altenpflegeeinrichtungen in Australien durchgeführt.

Die Bewohnerinnen und deren Angehörige wurden in Fokusgruppen interviewt, deren Dauer durchschnittlich 1,5 - 2 Stunden betrug, die Pflegenden wurden in Einzelinterviews befragt. Zusammenfassend vertraten die Bewohnerinnen und deren Angehörige eine positive Haltung bzgl. der Anwendung von FEM. Wenn der Einsatz von FEM aus Gründen der Sicherheit und zur Prävention von Stürzen Anwendung findet, werden FEM als legitimes Mittel angesehen. Wird jedoch FEM zur Entlastung der Pflegenden eingesetzt, findet diese Praxis starke Ablehnung. Einige Angehörige fühlten sich nicht in den Entscheidungsprozess bzgl. der Anwendung von FEM einbezogen und wünschten sich mehr Informationen über FEM und mögliche Alternativinterventionen.

In einer aktuellen Befragungsstudie (3) wurden 170 Angehörige von Pflegeheimbewohnerinnen aus Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen untersucht. Die Studienteilnehmerinnen wurden in 13 Einrichtungen anhand einer leicht veränderten Version des Maastricht Attitude Questionnaire befragt.

Ziel war es, die Haltungen und Meinungen Angehöriger zu FEM zu ermitteln.

Die Angehörigen beurteilten FEM tendenziell eher positiv. Im Vergleich zu der Befragung der 608 Pflegenden aus den Niederlanden, Deutschland und Österreich (9) anhand des gleichen Fragebogens fällt die Beurteilung der Angehörigen FEM-bejahender aus.

Beide Personengruppen erachten die Benutzung von FEM als probates Mittel in der pflegerischen Versorgung. Angehörige schätzen FEM überwiegend als weniger freiheitseinschränkend jedoch als tendenziell unangenehmer ein, als die befragten Pflegekräfte. Der einteilige Pyjama, das einseitige Bettgitter und der nach hinten gekippte Stuhl werden von den Angehörigen als mehr freiheitseinschränkend beurteilt, als von den Pflegenden. Hand- und Fußgelenkgurte werden von den Angehörigen und den Pflegenden gleichermaßen als Maßnahmen mit dem höchsten Grad der Freiheitseinschränkung und Unannehmlichkeit beurteilt. Infrarotsysteme und Sensormatten werden von Angehörigen und Pflegenden als Maßnahmen mit dem geringsten Grad der Freiheitseinschränkung und Unannehmlichkeit beurteilt.

3.5. (Gemeinsame) Entscheidungsfindung in der Pflege bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Nationale und internationale Patienten / -innen und Verbraucher / -innen Organisationen fordern, die Werte, Bedürfnisse und Präferenzen von Patienten / -innen und Konsumenten / -innen im Gesundheitswesen als zentrales Kriterium bei Gesundheitsentscheidungen zu berücksichtigen. Eine aktuelle Umfrage in mehreren Ländern bestätigt dieses (1). Das Konzept des „Shared Decision Making“ (SDM), also der gemeinsamen bzw. „partizipativen“ Entscheidungsfindung, wird im Zusammenhang mit Gesundheitsentscheidungen seit einigen Jahren auch in Deutschland diskutiert. In einem Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung wurden seit 2001 zehn Projekte gefördert, die den „Patienten als Partner“ in den Blick nehmen sollten. Alle durchgeführten Projekte bezogen sich jedoch auf Entscheidungssituationen, die primär im Ärzte / -innen-Patienten / -innen-Kontakt getroffen werden (www.patient-als-partner.de).

International wird das Konzept bereits seit längerer Zeit auch für pflegerische Entscheidungen diskutiert. In einer kürzlich erschienenen Forschungsarbeit einer kanadischen Arbeitsgruppe haben Stacey et al. (2) einen Rahmen für einen so ge-

nannten Entscheidungscoach in der Pflege vorgestellt. Hier wird zusätzlich zu den Pflegenden und den Betroffenen (Bewohnerin und / oder Angehörige) die Rolle einer speziell ausgebildeten Pflegekraft beschrieben, die den Entscheidungsprozess begleiten und zur Umsetzung von SDM beitragen soll.

Hierzu bedarf es demnach ...

1. der genauen Erfassung des Entscheidungsbedarfs
2. der Bereitstellung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen
3. der Begleitung und Förderung des Entscheidungsprozesses
4. der Erfassung von Faktoren und Bedürfnissen, die die Umsetzung von Entscheidungen beeinflussen (3)

Zum Teil sind diese Kompetenzen auch in den neuen Berufsbildern der „klinischen Pflegespezialisten / -innen“ enthalten, wie z.B. in der in Kapitel 6.9 dargestellten Intervention von Capezuti et al. (4) zur Reduktion von Bettgittern in US-amerikanischen Pflegeheimen. Die Aufgaben der von Stacey et al. (2) beschriebenen „Entscheidungscoaches“ sind jedoch unabhängig vom Bereich. Der Coach soll in Zusammenarbeit mit der „klinischen“ Spezialistin bzw. dem „klinischen“ Spezialisten Entscheidungen über unterschiedliche Fragestellungen begleiten.

Dieser innovative Ansatz geht weit über die zurzeit in Deutschland denkbaren Anwendungen des SDM hinaus, da das Konzept des SDM hier in der Pflege bislang kaum etabliert ist bzw. diskutiert wird.

Ein Grund hierfür sind sicher die unterschiedlich ausgeprägten Kompetenzbereiche beruflich Pflegenden in Deutschland im Vergleich z.B. zum englischsprachigen Ausland. Natürlich steht außer Frage, dass auch in Deutschland Pflegenden maßgeblich an Gesundheitsentscheidungen beteiligt sind, allerdings geschieht das in der Regel eher implizit, während weiterhin der Arzt bzw. die Ärztin als expliziter Entscheidungspartner der Patientin bzw. Bewohnerin oder der Angehörigen fungiert. Dieses zeigt sich auch deutlich an der aktuellen Diskussion über mehr Verantwortung in der Pflege, bei der die Rolle der Pflegenden bei Entscheidungen eher auf eine Mittlerfunktion zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patientin hinausläuft (5). Ein Beispiel hierfür ist das in Bereichen Ostdeutschlands mit geringer Ärztedichte erprobte „AGnES“-Modell (AGnES = Arztlastentende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), welche den Pflegenden mehr Verantwortung bei der Diagnostik und der Therapie zugesteht. Gesundheitsentscheidungen werden aber dennoch stets von der Ärztin bzw. dem Arzt getroffen, wenn nötig als „Telemedizin“ per E-Mail und / oder Webcam (5).

Gerade im Bereich der stationären Altenpflege, wo Ärzte / -innen weniger als in anderen Pflegesettings präsent sind, werden Pflegenden mit Entscheidungen konfrontiert, die nicht immer delegierbar bzw. aufschiebbar sind. Die Bewohnerinnen in diesem Bereich sind zumeist nicht einwilligungsfähig. Konzepte zur Realisierung von (gemeinsamer) Entscheidungsfindung stehen aus. Lediglich bei Entscheidungen

über die Anlage von Ernährungs sonden liegen wenige Ansätze vor (6).

Entscheidungen über FEM werden zweifellos täglich von Pflegenden getroffen, diese Entscheidungen werden in Deutschland jedoch offiziell an Betreuer / -innen bzw. Richter / -innen delegiert (vgl. Kap. 5, S. 69 ff.).

Forschungsarbeiten über den Einsatz von FEM in Deutschland haben die Rolle Pflegender bei Entscheidungen über FEM bislang kaum adressiert. Eine aktuelle Fragebogenstudie zu Belastungen Pflegender im Zusammenhang mit Entscheidungen über die Anwendung von FEM kann hierzu jedoch einige Erkenntnisse liefern (3). Auf die Frage nach dem Anteil, den Entscheidungen über FEM an der Gesamt arbeitsbelastung (100%) darstellen, gaben hier die insgesamt 690 befragten Pflegenden aus verschiedenen Bereichen die Belastung im Mittel mit 22,9% (Standardabweichung $\pm 22,7$) an. Bei den 105 Pflegenden aus der stationären Altenpflege war dieser Wert mit 23,8% ($\pm 25,5$) nur geringfügig höher. Selbst wenn das Ergebnis bedingt durch die Befragungsmethode zu hoch ausgefallen sein sollte, bleibt trotzdem festzustellen, dass erstens Pflegende in verschiedenen Pflegesettings an Entscheidungen über die Anwendung von FEM beteiligt sind und zweitens diese Entscheidungen als belastend empfinden.

Entscheidungsfindung über FEM

Bezüglich der Entscheidungsfindung über FEM in der stationären Altenpflege liegen aus Deutschland keine Forschungsergebnisse vor. Bisherige Untersuchungen fokussieren bei der Betrachtung der Entscheidung über FEM in der Regel eher rechtliche Aspekte (7, 8, 9). Angaben darüber, ob Bewohnerinnen bzw. deren Angehörige in die Entscheidung einbezogen wurden und ob es sich um „informierte“ Entscheidungen handelt, wurden bislang nicht ermittelt.

Entscheidungshilfen („Decision Aids“)

In Deutschland wie auch international liegen Materialien bzw. Entscheidungshilfen für Pflegende zur Unterstützung von Entscheidungen über die Anwendung von FEM vor, wie der vom Bayerischen Landespflegeausschuss herausgegebene Leit faden zum Umgang mit FEM. Hier wird gefordert, das „Wahlrecht und die Selbstbestimmung der Betroffenen auch bei eingeschränkter kognitiver Leistung [zu] konkretisieren.“ (10). Der Leit faden enthält hierzu Checklisten für Ärzte und Pflegende. Um die geforderte Einbeziehung der Bewohnerinnen im Sinne eines SDM umzusetzen, bedarf es jedoch weitergehender Hilfen bzw. Konzepte. Es fehlen auf diesem Gebiet bislang sorgfältig entwickelte und evaluierte Entscheidungshilfen zur Ermöglichung von SDM.

Forschungsstand

International liegt eine Reihe von Forschungsarbeiten vor, die die Rolle der Pflegenden bei Entscheidungen über FEM beleuchten. Eine systematische Literaturre-

cherche identifizierte eine Vielzahl relevanter Publikationen zu Entscheidungen Pflegenden über FEM (11-20). Diese Arbeiten wurden zum größten Teil bereits in den vorherigen Kapiteln (z.B. 3.3 und 3.4.1) ausführlich dargestellt. Der Fokus der identifizierten Arbeiten liegt hierbei v. a. auf den Gründen, warum Pflegende sich für bzw. gegen die Anwendung von FEM entscheiden und auf den Einstellungen der Pflegenden. Aus diesem Grunde wird in diesem Kapitel auf eine Analyse der Forschungsarbeiten verzichtet. Arbeiten zum SDM bei der Anwendung von FEM in der Altenpflege konnten nicht identifiziert werden.

Zusammenfassung

Das Konzept des SDM hat zumindest international Eingang in die Pflege (-wissenschaft) gefunden. Für Entscheidungen über den Einsatz von FEM fehlt es jedoch bislang an geeigneten Konzepten und / oder an evidenzbasierten Entscheidungshilfen zur Förderung von SDM.

3.6. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und (gesetzliche) Rahmenempfehlungen zu FEM

Standards und Leitlinien zählen zu den Qualitätssicherungsinstrumenten in der Pflege und intendieren, wissenschaftlich basierte Versorgungsprozesse zu fördern sowie Praxisvariationen zu überwinden. Sie stellen, je nach methodischer Grundlage, mehr oder weniger systematisch entwickelte Entscheidungs- und Orientierungshilfen für eine angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlich-pflegerischen Problemen in der Praxis dar.

International liegen eine große Zahl von Standards und Leitlinien zum Umgang mit FEM in Alten- und Pflegeheimen mit unterschiedlicher methodischer Güte vor.

Im Folgenden wird die Recherche nach nationalen und internationalen Standards und Leitlinien dargestellt und ihre Ergebnisse beschrieben. Zunächst wird auf die Auswirkungen und die klinische Wirksamkeit von Standards, Leitlinien und Rahmenempfehlungen eingegangen.

Auswirkungen und klinische Wirksamkeit von Standards, Leitlinien und (gesetzlichen) Rahmenempfehlungen

Für die klinische Wirksamkeit von Standards, Leitlinien und (gesetzlichen) Rahmenempfehlungen zur Reduktion von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt derzeit keine Evidenz vor. Studienergebnisse aus den USA (1, 2, 3) zeigen lediglich den Einfluss von rechtlichen Regularien auf die Häufigkeit von FEM. Ob sie tatsächlich zu einer nachhaltigen und bedeutsamen Änderung der FEM-Praxis führen, ist unklar. So hat der 1987 im Rahmen des Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) durch die US-amerikanische Health Care Financing Administration verabschiedete Nursing Home Reform Act offensichtlich zu einer Reduktion von FEM beigetragen, wenn auch

eine Langzeit-Evaluation seiner Auswirkungen auf FEM aussteht (1, 3). Der Nursing Home Reform Act sprach jeder Bewohnerin das Recht zu, frei von FEM zu sein. Durch diese rechtliche Maßnahme wurde das Problem von FEM in Alten- und Pflegeheimen verstärkt thematisiert und in den folgenden Jahren und Jahrzehnten auch wissenschaftlich untersucht. Da die Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung von FEM groß sind, ist die genaue Bestimmung der Auswirkungen des OBRA erschwert (4).

Ein Beispiel aus Österreich (5) legt nahe, dass rechtliche Maßnahmen zu Veränderungen im Umgang mit FEM führen können. Das 2005 in Kraft getretene Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG), ein österreichisches Bundesgesetz, regelt für alle stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen den Umgang mit FEM (5).

Die Evaluation der Gesetzesimplementierung in den ersten 1,5 Jahren (2005-2006) kommt zu dem Ergebnis, dass das HeimAufG in der Pflegepraxis zu einer stärkeren Sensibilisierung im Umgang mit FEM führte. Aussagen zur klinischen Wirksamkeit des HeimAufG auf den Umgang mit FEM stehen jedoch aus.

Offenbar haben rechtliche Maßnahmen bzw. gesetzliche Rahmenempfehlungen einen Einfluss auf die Häufigkeit von bzw. den Umgang mit FEM. Sie können nicht mit Leitlinien und Standards in der Pflege gleichgesetzt werden. Letztere bieten professionelle Empfehlungen an und haben eine unterschiedliche Reichweite und Verbindlichkeit. Leitlinien sind bisher nicht auf ihre Wirksamkeit zur Reduktion von FEM systematisch untersucht, wenn auch hausinterne Standards und Empfehlungskataloge als Bestandteil komplexerer Interventionen in Pflegeheimen auf die Reduktion von FEM abzielen.

Mit der geplanten Untersuchung der nunmehr vorliegenden Leitlinie wird erstmals die Wirksamkeit einer Leitlinien-gestützten Intervention auf die Vermeidung von FEM in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht.

Methodisches Vorgehen der Recherche nach nationalen und internationalen Standards, Leitlinien und anderen Empfehlungen zu FEM

Im Rahmen der Recherche nach nationalen und internationalen Standards, Leitlinien und anderen Empfehlungen zu FEM in der stationären Altenpflege wurde systematisch in Datenbanken, mittels nationaler und internationaler Suchmaschinen sowie bei nationalen und internationalen politischen und Fachorganisationen gesucht. Hinweisen aus der LEG und von anderen Experten auf relevante Dokumente wurde nachgegangen. Die Recherche fand im Oktober 2007 statt. Sie ist auf den Zeitraum der letzten zehn Jahre begrenzt.

Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie zwei über persönliche Kontakte erworbene französischsprachige Dokumente.

Die computergestützte systematische Recherche erfolgte mit deutschen und englischen Schlagworten bzw. Schlagwortkombinationen in den Datenbanken PubMed,

CINAHL, Gerolit und Carelit. Im Internet erfolgte die Suche mit Google (de, ch, at) und Meta-Suchmaschinen (metager.de, metacrawler.com).

Des Weiteren wurde bei nationalen und internationalen Organisationen aus Gesundheit und Pflege, dem wissenschaftlichen und politischen Kontext sowie nationalen und internationalen fachspezifischen und -übergreifenden Leitlinienanbietern und Clearingstellen gesucht (siehe Tabelle 1, S. 56).

Nationale Organisationen

- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- ÄZQ – Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- BUKO – Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- UW/H – Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke
- MDK – Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzen-

verbandes, Bund der Krankenkassen

Internationale Organisationen

- G-I-N - Guidelines International Network
- SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- JBI – Joanna Briggs Institute
- AGREE – Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
- NICE – National Institute for Clinical Excellence
- RCN – Royal College of Nursing
- NIH – National Institutes of Health
- IOM - Institute of Medicine
- National Guideline Clearinghouse (US)
- JCAHCO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- ANA – American Nurses Association
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention
- GRADE working group
- FDA – Food & Drug Administration
- The American Geriatrics Society
- WHO – World Health Organisation
- ICN – International Council of Nurses

Und jeweilige nationale sowie weltweite Clearingstellen bzw. fachübergreifende Leitlinienanbieter

Für die Datenbank- und Internetrecherche kamen folgende deutsche Schlagwörter zum Einsatz: freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen, freiheitsentziehende Maßnahmen, Fixierungen, Mobilitätsrestriktion, (stationäre) Altenpflege, (evidenzbasierte) Leitlinie / Praxisleitlinie, Richtlinie, Standard.

Folgende englische Schlagworte wurden genutzt: physical restraints, (evidence based) clinical practice guideline, guideline, recommendations, principles, nursing homes, long-term care, aged, elderly, geriatric care, bedrails, side rails.

Die nachfolgende Tabelle 2 veranschaulicht die inhaltlichen und formalen Ein- und Ausschlusskriterien, die bei der Sichtung der Dokumente Berücksichtigung fanden.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltlich <ul style="list-style-type: none">• freiheitseinschränkende, mechanische Maßnahmen – allgemein und spezifisch• stationäre Pflegeeinrichtungen• Pflege alter Menschen• primäre Adressaten: Pflegende	Inhaltlich <ul style="list-style-type: none">• Psychiatrie• Krankenhaus• akute Pflege• JCAHO, weil es auf „hospital & behavioural health“ fokussiert
Formal <ul style="list-style-type: none">• Leitlinie• Richtlinie• Standard• Leitfaden• Empfehlungen• Positionspapier• Entscheidungsfindungshilfe• Initiative• Help Guide (Assessment und Alternativen)	Formal <ul style="list-style-type: none">• Schreiben einer Organisation an Krankenhäuser bzw. Heime mit Empfehlungen zum Umgang mit FEM• Literaturübersichten und -analysen• Interventionsstudien bzw. -projekte• gesetzliche Vorgaben

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Im Juli 2008 wurden die im Oktober 2007 recherchierten Standards, Leitlinien und anderen Dokumente nochmals bearbeitet. Internetverknüpfungen wurden aktualisiert und es wurde erneuten Hinweisen auf mögliche Leitlinien nachgegangen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Recherche nach nationalen und internationalen Standards, Leitlinien und anderen Empfehlungen bestätigen, dass keine publizierte bzw. öffentlich zugängliche evidenzbasierte Leitlinie zu FEM in der stationären Altenpflege vorliegt.

Die Recherche nach deutsch- und englischsprachigen Publikationen war ausschließlich über das Internet und persönliche Kontakte erfolgreich: 14 Dokumente aus Deutschland und 27 Dokumente aus dem internationalen, v. a. US-amerikanischen, europäischen und australischen Kontext wurden gesichtet. Es handelt sich um diverse Dokumente wie Leitlinien, Richtlinien, Standards, Empfehlungen, Positionspapiere, Entscheidungshilfen und Initiativen von unterschiedlicher methodischer Güte. Eine dezidierte Analyse und Bewertung von Methode und Inhalt der Dokumente steht derzeit noch aus.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass politische und gesetzliche Initiativen einen Einfluss auf die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten haben.

Ergebnisse

Ausgehend von den Ein- und Ausschlusskriterien konnten durch das Sichten der Titel, Kurzzusammenfassungen oder ggf. Volltexte keine Treffer in der Datenbanksuche zu Leitlinien, Standards oder Rahmenempfehlungen zu FEM in der stationären Altenpflege erzielt werden. Die dort gesichteten Dokumente bezogen sich vorwiegend auf das Umfeld der Psychiatrie und des Krankenhauses (u. a. Pädiatrie, Akut- und Intensivpflege sowie Notfallaufnahme). Mehrheitlich fanden sich die recherchierten Dokumente über nationale und internationale Suchmaschinen im Internet (n= 32). Weitere wurden über persönliche Kontakte (n= 9) identifiziert. Die folgende Tabelle 3 stellt die Anzahl der jeweils national und international gesichteten Dokumente mit entsprechenden Bezugsquellen dar.

Bezugsquelle	Anzahl der gesichteten Dokumente	
	national	international
Suchmaschinen:		
• google.de	8	9
• google.ch		1
• metager.de	3	
• metacrawler.com		11
Persönlicher Kontakt	3	6
Gesamt	14	27

Tabelle 3: Ergebnisse der Recherche zu Leitlinien, Standards oder Rahmenempfehlungen zu FEM in der stationären Altenpflege

Insgesamt wurden 41 Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege identifiziert, davon 14 aus dem nationalen und 27 aus dem internationalen Raum. Die meisten Dokumente wurden in den letzten fünf Jahren veröffentlicht. Auf nationaler Ebene fanden sich überwiegend Dokumente zu Initiativen und Projekten oder Positionspapiere (n= 9), aber auch verschiedene Richtlinien, Empfehlungen und Standards (n= 5) (vgl. Tabellen 56-69, Kap. 7.6, S. 212 ff.). Dabei fällt auf, dass die südlichen Bundesländer stark vertreten sind. Dies ist meist auf die Initiativen von Landesregierungen oder politische Parteien zurückzuführen.

Die 27 Dokumente aus dem internationalen Kontext verteilen sich wie folgt auf die jeweiligen Kontinente: USA (n= 13), Europa (n= 9), Australien und Neuseeland (n= 5) (vgl. Tabellen 70-98, Kap. 7.7, S. 226 ff.). Zu den vertretenen europäischen Ländern (mit Ausnahme von Deutschland) zählen Irland, Frankreich, Schweiz und Großbritannien.

In allen Ländern sind verschiedene Dokumente vorzufinden wie Leitlinien (n= 5), Richtlinien (n= 5), Standards (n= 5), eine Rahmenrichtlinie (n= 1), eine Entscheidungshilfe (n= 1), ein Assessmentinstrument mit Alternativen (n= 1), eine Empfehlung (n= 1), Positionspapiere (n= 2), Initiativen (n= 3) und Informationen (n= 3). In dieser Reihenfolge führen die o.g. Tabellen im Anhang die einzelnen Dokumente auf. Es handelt sich dabei um Veröffentlichungen von Berufsverbänden, nationalen Akkreditierungsorganisationen, Pflegeorganisationen, politischen und fachlichen Organisationen sowie Initiativen, Ministerien einzelner Bundesstaaten oder auch Bildungsinstitutionen.

Eine systematische Analyse und Bewertung der Dokumente im Hinblick auf methodische und inhaltliche Aspekte wird an anderer Stelle veröffentlicht. Die hier dargestellten Kategorisierungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Details zur Bezugsquelle, Referenz, zum Titel und Typ und zur Organisation der jeweiligen Dokumente sind den Tabellen im Anhang (Kap. 7.6 & 7.7, S. 212 ff.) zu entnehmen. Ebenso wird dort kurz der Inhalt der Dokumente kommentiert. Die vorliegenden Ergebnisse verweisen auf eine große Bandbreite unterschiedlicher Dokumente bzw. Qualitätssicherungsinstrumente zum Umgang mit FEM in der stationären Altenpflege. Es liegt keine evidenzbasierte Leitlinie vor. Die Ergebnisse legen nahe, dass politische und rechtliche Initiativen zur Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten beitragen.

3.7. Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

In zahlreichen Studien wurde mit unterschiedlichen Methoden versucht, Gründe für die Anwendung von FEM zu ermitteln. Eine durchgehend und häufig angeführte Begründung ist das Anliegen, Stürze und sturzbedingte Verletzungen verhindern zu wollen (1). Die Zuverlässigkeit von Befragungen Pflegender zu den Gründen der Anwendung von FEM ist zweifelhaft. Sozial erwünschtes Antworten ist sehr wahrscheinlich. Die Vorstellung, dass FEM sich eignen würden Stürzen und ihren Folgen entgegenzuwirken, ist offenbar verbreitet. Angehörige fragen die Maßnahmen ebenfalls zum Zwecke der Sturzprävention nach und haben in einigen Untersuchungen eine hohe Akzeptanz von FEM gezeigt (2, 3). Natürlich erscheint es durchaus plausibel, während der Fixierung Stürze durch Einschränkung von Bewegung zu verhindern. Da FEM jedoch nicht durchgehend angewendet werden, besteht in den Zeiten ohne FEM weiterhin ein Sturzrisiko. Möglicherweise besteht sogar ein erhöhtes Risiko durch FEM-bedingte Immobilität und Abbau von Muskelkraft und Gleichgewicht. Diese Zusammenhänge lassen sich schwer in aussagekräftigen Daten abbilden.

Aus Beobachtungsstudien sind zahlreiche mit FEM assoziierte Beeinträchtigungen dokumentiert wie beeinträchtigter Gang und Gleichgewicht, Gelenkversteifungen, ein erhöhtes Risiko für Harnschwäche, Dekubitus, Hautabschürfungen und Infektionen, zunehmende Unruhe und Verwirrung (4). Unklar ist, inwieweit diese Beeinträchtigungen, die Teil eines komplexen Beschwerdebildes sind, durch FEM hervorgerufen sind oder sogar FEM bedingen. Direkte schwere und zum Tode führende Verletzungen durch FEM sind in Fallberichten beschrieben. Es dürfte sich um seltene, wenn auch lückenhaft berichtete Ereignisse handeln. Strangulationen und Einklemmungen durch FEM sind ebenso beschrieben (5-7). Aussagekräftige Studien zum Effekt von FEM auf Stürze liegen nicht vor. Aus ethischen Gründen sind diese auch nicht zu erwarten. Sicher würde niemals ein Antrag zur Untersuchung des sturzpräventiven Nutzens von Bettgittern und Gurten von einer Ethikkommission genehmigt werden. Ebenso liegen keine kontrollierten Studien zur Fragestellung vor, ob durch Sturzprävention FEM reduziert werden können.

Beobachtungsstudien und kontrollierte Studien mit dem Ziel der Vermeidung von FEM, die Stürze und sturzbedingte Folgen als sekundäre oder andere Ergebnisparameter untersucht haben, legen nahe, dass der Verzicht auf FEM nicht mit einer Erhöhung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen einhergeht (8).

Oliver et al. (9), die einen systematischen Übersichtsartikel zu Sturzprävention erstellt haben, machen nach Sichtung von fünf Studien zur Auswirkung des Verzichts auf FEM (zwei prospektive Studien mit historischen Kontrollen und drei Beobachtungsstudien) folgende Feststellung: Es finden sich keine signifikanten Effekte auf Sturzereignisse weder in Richtung Erhöhung noch in Richtung Reduktion (rate ratio für Stürze 0,59, 95% KI 0,19-1,77, relatives Risiko für Stürze 0,83, 95% KI 0,42-1,66).

Healey et al. (5) haben eine Übersicht zu den Effekten der Benutzung und Entfernung von Bettgittern auf Stürze und Verletzungen erstellt. Eingeschlossen sind 24 Publikationen (fünf Vorher-Nachher-Studien; zwei Kohortenstudien; eine Fall-Kontroll-Studie; zwölf retrospektive Erhebungen; zwei Fallserien; zwei Fallberichte). Drei Untersuchungen mit dem Ziel der Vermeidung von Bettgittern dokumentieren einen signifikanten Anstieg der Stürze. Die Fall-Kontroll-Studie legt nahe, dass Bewohnerinnen mit angebrachtem Bettgitter ein geringeres Sturzrisiko haben. Eine retrospektive Dokumentation zeigt eine geringere Verletzungsrate bei angebrachtem Bettgitter. Zwölf Publikationen berichten über Verletzungen durch Bettgitter. Die Autoren schlussfolgern, dass größere Verletzungen in der Regel mit inkorrektem Anbringen oder überholten Modellen von Bettgittern einhergehen und Bettgitter scheinbar nicht das Risiko für Stürze und sturzbedingte Verletzungen erhöhen (5).

In einer eigenen Beobachtungsstudie mit fast 2.400 Bewohnerinnen aus 30 Pflegeheimen (10) haben wir festgestellt, dass ein Sturz in den letzten vier Wochen vor Studienbeginn und ein Sturzereignis während der 12-monatigen Beobachtungszeit invers (d.h. entgegengesetzt) mit der Anwendung von FEM assoziiert ist [adjustierte Odds Ratio 0,69 (95% Konfidenzintervall, KI, 0,49-0,95) und 0,36 (95% KI 0,26-0,49)]. Mit anderen Worten: die Wahrscheinlichkeit für FEM ist reduziert, wenn in der Vergangenheit oder während der Beobachtung ein Sturzereignis zu verzeichnen ist. Wie dieses Ergebnis zu interpretieren ist, ist unklar: ob bei Bewohnerinnen, die stürzen, weniger FEM angewendet werden oder ob Bewohnerinnen mit FEM weniger stürzen, kann durch diese Studie nicht geklärt werden.

Methodisches Vorgehen

Da FEM als Mittel zur Sturzprävention benutzt werden, wurde von der LEG der Wunsch geäußert, die Evidenz zur Sturzprävention zu sichten. Wir haben zu diesem Zwecke eine Literaturübersicht angefertigt (Stand April 2008). Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL und PubMed. Gesucht wurde nach systematischen Übersichtsarbeiten der letzten fünf Jahre sowie nach neueren randomisiert-kontrollierten Studien, die in den Übersichtsarbeiten noch nicht berücksichtigt sind. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Literatursichtung zusammengefasst. Die Literaturübersicht schließt sechs Reviews (9, 11-15) und vier RCTs (16-19) ein.

Multifaktorielle Assessment- und Interventionsprogramme

Komplexe, aus mehreren Interventionskomponenten bestehende Programme zur Sturzprävention (z.B. Anpassung der Medikation, Raumanpassung, gesundheitsbezogene Angebote, körperliche Bewegung) scheinen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei gleichzeitiger umfassender Schulung und Betreuung des Pflegepersonals durch externe Professionelle nützlich zu sein (12). Dennoch bleibt unklar, welche der Interventionskomponenten tatsächlich effektiv sind. Es liegen ebenfalls Studien vor, die keinen Nutzen oder sogar einen Schaden durch die Programme nahe legen (z.B. 20).

Ray et al. (18) untersuchen in einer großen RCT die Wirksamkeit eines intensiven Schulungsprogramms für das Pflegepersonal zum Sturzrisikoassessment und zur Verabreichung sturzpräventiver Interventionen. Das untersuchte Programm ist als niederschwellig zu bezeichnen. Die Intervention soll ohne Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen durch das Pflegepersonal in die Standardversorgung implementiert werden. Die Autoren können nach 18-monatiger Beobachtungszeit keinen Unterschied zwischen den Interventions- und den Kontrollheimen bezüglich des Ergebnisparameters sturzbedingte Verletzungen feststellen (rate ratio 0,98, 95% KI, 0,83-1,16).

Wahrscheinlich bedarf es in Alten- und Pflegeheimen intensiverer Interventionsprogramme mit vermehrter externer Unterstützung und Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen, um sturzpräventive oder gar frakturpräventive Effekte erzielen zu können. Es ist möglich, dass in dieser Population hochbetagter und multimorbider Seniorinnen vermiedene Stürze nicht zwangsläufig mit weniger Frakturen einhergehen.

Körperliches Training

Trainingsinterventionen in Alten- und Pflegeheimen sind wenig beforscht, systematische Übersichten fehlen. Faber et al. (16) erbringen keinen Wirksamkeitsnachweis für ihr 20 Wochen dauerndes gruppenbasiertes Programm. Sakamoto et al. (19) untersuchen die Wirksamkeit des Einbeinstandes an drei Zeitpunkten des Tages. Die Ergebnisdarstellung der Studie ist intransparent und verzerrt. Der behauptete geringe sturzprotektive Effekt der Intervention ist für den Leser nicht nachvollziehbar dargestellt und somit mit Vorsicht zu interpretieren. Hauer et al. (13) können in ihrer Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von körperlichem Training bei dementiell betroffenen Seniorinnen keine Schlussfolgerung zu einem möglichen sturzpräventiven Effekt der Interventionen ziehen.

Anpassung von Wohnraum und psychotrop wirksamer Medikamente

Die Wirksamkeit von Anpassungen des Wohnraumes als alleinige Intervention in Alten- und Pflegeheimen ist unklar. Die Assoziation zwischen psychotrop wirkenden Medikamenten wie Benzodiazepinen, Neuroleptika und Antidepressiva und erhöhter Sturz- und Frakturgefährdung ist hinreichend beschrieben (z.B. 21). Absetzen bzw. die Anpassung psychotroper Medikation wurde mehrfach im Rahmen komplexer Interventionen untersucht. Der Stellenwert als Einzelkomponente im Kontext der komplexen Präventionsprogramme ist nicht eindeutig zu beurteilen (12).

Hüftprotektoren

Im Rahmen zahlreicher internationaler RCTs wurden unterschiedliche Protektor-Modelle untersucht. Hüftprotektoren weisen verschiedene Wirkprinzipien auf, die sich in die Hauptsysteme Energieumverteilung und Energieabsorption einteilen lassen. Dabei haben alle Systeme zum Ziel, den Trochanter major mit möglichst wenig Kraft bei einem sturzbedingten Aufprall zu belasten. Bei den energieumleitenden Hüftprotektoren wird die Aufprallenergie vom Trochanter aus auf das umliegende Weichteilgewebe umgeleitet und somit das Aufprallareal vergrößert. Demgegenüber arbeiten andere Hüftprotektoren mit dem Prinzip der energieabsorbierenden Polsterung. Einige Protektoren bedienen sich beider Wirkprinzipien (22).

Die Ergebnisse des aktuellsten Cochrane Reviews zu Hüftprotektoren (15) zeigen eine statistisch signifikante Reduktion der Hüftfrakturinzidenz in der Population der Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen (gepoolte Daten aus elf RCTs, RR 0,77, 95% KI 0,62-0,97). Oliver et al. (9) bestätigen dieses Ergebnis (gepoolte Daten aus elf RCTs, RR 0,67, 95% KI 0,46-0,98). Die strukturierte Schulung und Einbeziehung der Pflegenden kann zu einer Verbesserung der Hüftprotektor-Benutzung führen (15).

Die Ergebnisse aus einer neueren US-amerikanischen Studie von Kiel et al. (17), deren Ergebnisse noch nicht in den Cochrane Review eingeflossen sind, lassen die Datenlage zu Hüftprotektoren für Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen nunmehr widersprüchlich erscheinen. Ein einseitig getragener Hüftprotektor schützte in dieser Studie nicht vor Hüftfrakturen. Die Untersuchung wurde bei einer geplanten Studienlaufzeit von drei Jahren infolge einer Zwischenauswertung nach 20 Monaten und einer mittleren Beobachtungszeit von acht Monaten abgebrochen. Numerisch waren auf der Seite mit Protektor sogar mehr Hüftfrakturen zu verzeichnen (3,1%, 95% KI 1,8-4,4% versus 2,5%, 95% KI 1,3-3,7, $p=0,7$).

Die Studie wirft einige Fragen auf. So ist die biomechanische Wirksamkeit des verwendeten Hüftprotektors unklar. Das Modell ist nicht handelsüblich erhältlich. Der Trend zu mehr Hüftfrakturen auf der geschützten Seite legt nahe, dass der Protektor nicht nur unwirksam ist, sondern möglicherweise auch Schaden induziert. Sturzdaten werden in der Publikation nicht berichtet. Es bleibt unklar, ob der einseitig angebrachte Hüftprotektor möglicherweise Gang und Gleichgewicht beeinflusst und somit zu einer erhöhten Sturzneigung auf die Seite mit dem unwirksamen Protektor führt. Die Studie war Anlass der Gründung einer internationalen Hüftprotektorarbeitsgruppe (23), die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die widersprüchliche Beweislage zu Hüftprotektoren zu klären.

Abschließende Beurteilung

Sorgfältig durchgeführte, aufwändige multifaktorielle Screening- und Interventionsprogramme zur Sturzprävention scheinen in Alten- und Pflegeheimen wirksam zu sein. Aus den multifaktoriellen Interventionen lassen sich jedoch keine Einzelkomponenten der Intervention separieren und auf ihre Wirksamkeit hin beurteilen. Demgemäß müsste eine komplexe, alle Komponenten umfassende Maßnahme angeboten werden und entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Von einer Implementierung multifaktorieller Interventionen in Alten- und Pflegeheimen ohne Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen und externer Unterstützung ist jedoch sehr wahrscheinlich kein Nutzen zu erwarten, sondern möglicherweise eher Schaden.

Die Studienlage zu Hüftprotektoren ist derzeit insgesamt unklar, so dass kein eindeutiges Votum für oder gegen Hüftprotektoren ausgesprochen werden kann. Ein Angebot von Hüftprotektoren an Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen kann in Betracht gezogen werden. Die Einführung von Hüftprotektoren sollte jedoch mit dem Angebot strukturierter Schulung und Information für Pflegendе, Betreuende und - wenn möglich - der Zielgruppe einhergehen.

Viele Aspekte der Sturzprävention bleiben derzeit unklar. Informationen über geschlechtsspezifische Aspekte der Sturzprävention wie geschlechtsspezifische Wirksamkeit oder Akzeptanz sind rar (14). Die untersuchten Populationen bestehen überwiegend aus Frauen. Subgruppenanalysen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte stehen weitgehend aus. Fragen der langfristigen Akzeptanz, Wirksamkeit und Sicherheit der Interventionen sind derzeit nicht geklärt. Die Wirksamkeit von Sturzprävention zur Reduktion von FEM ist unklar.

4. Assessmentinstrumente

Assessmentinstrumente dienen der standardisierten Beurteilung von Gesundheitszuständen, Phänomenen oder Verhaltensweisen. Sie sollen dabei helfen, individuelle Beobachtungen zu objektivieren (1). Im Rahmen der Leitlinie wird beispielsweise das „herausfordernde Verhalten“ als Ersatzparameter für den eigentlichen, primären Ergebnisparameter „FEM“ herangezogen. Herausforderndes Verhalten lässt sich, im Gegensatz zur Anwendung von FEM, nicht durch einfache direkte Beobachtung erfassen, es bedarf daher spezifischer Erfassungsmethoden, also des Einsatzes von „Assessmentinstrumenten“.

Zur Erhebung des herausfordernden Verhaltens liegen verschiedene Instrumente vor (1, 2, 4). Einige ermöglichen eine globale Einschätzung von Verhalten (z.B. Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) oder Neuropsychiatric Inventory (NPI)), andere beurteilen gezielt einzelne Formen von herausforderndem Verhalten, z.B. Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (1, 2). Eine weitere Gruppe von Assessmentinstrumenten geht über die Erhebung eines Befundes hinaus und ermöglicht auf dessen Grundlage auch die Ableitung von Interventionen, z.B. Serial Trial Intervention (STI) oder das Dementia Care Mapping (DCM).

Die Anwendergruppe spielt eine bedeutende Rolle bei der Beurteilung und Auswahl eines Assessmentinstrumentes. Instrumente zur Selbsteinschätzung sind bei Menschen mit Demenz nur bedingt einsetzbar, je nach Schweregrad der Erkrankung. Meist werden daher Instrumente zur Fremdeinschätzung eingesetzt (1, 2, 4). Die Anwender können Pflegende oder Angehörige sein. Bei vielen Assessmentinstrumenten müssen die Anwender geschult werden, um das Instrument korrekt einzusetzen und so die Qualität der Resultate sicherstellen zu können.

In diesem Kapitel werden verschiedene Assessmentinstrumente vorgestellt, die in den gesichteten Studien im Rahmen der Leitlinienerstellung häufig angewendet wurden oder die von der LEG zur näheren Beschreibung angeregt wurden:

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
- Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)
- Neuropsychiatric Inventory (NPI)
- Dementia Care Mapping (DCM)
- Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (HILDE)
- Serial Trial Intervention (STI)

4.1. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Dieses Instrument wurde für Pflegeheime entwickelt. Es dient zur Einschätzung beobachtbarer Verhaltensweisen (2). Die Verhaltensweisen sind in vier Kategorien unterteilt:

- verbal aggressiv (z.B. direkt bezogen auf eine Person oder ein Objekt)
- verbal nicht-aggressiv (z.B. nicht direkt bezogen auf eine spezifische Person oder ein Objekt)
- körperlich aggressiv (z. B. Schlagen, Treten, zielgerichtet)
- körperlich nicht-aggressiv (z. B. Eindringen in fremde Räume, nicht zielgerichtet)

Anhand einer 7-Punkte-Skala kann die Häufigkeit (von „nie“ bis „mehrmals in der Stunde“) von 29 häufig auftretenden Verhaltensweisen eingeschätzt werden. Die Skala wird von Pflegenden ausgefüllt und benötigt ca. 10-20 Minuten Zeit. Die Nutzer müssen in der Anwendung geschult werden (1, 2). Es gibt mehrere unterschiedliche Versionen des Instrumentes, die sich in der Anzahl der Items unterscheiden, eine Kurzform (14 Items), eine Langform (29 Items) und eine Version für die häusliche Pflege (37 Items, CMAI-C). Für das CMAI liegen Daten zur Validität (inhaltliche Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) vor (1, 2), auch liegt für das Instrument eine Übersetzung in deutscher Sprache vor.

4.2. Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)

Es handelt sich um eine der ersten Skalen, die zur globalen Einschätzung von Verhalten entwickelt wurde (2). Das BEHAVE-AD besteht aus zwei Teilen. Zum einen werden 25 Verhaltenssymptome (Art und Schwere) in sieben Gruppen erfasst (paranoide Ideen und Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Störungen der Motorik, Aggressivität, affektive Störungen, Angst, Phobien) und jeweils auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt. Zum anderen wird eine Gesamteinschätzung der Belastung von Angehörigen durchgeführt. Das Instrument ist auf inhaltliche Gültigkeit und Zuverlässigkeit untersucht (2, 4, 5). Es liegt eine deutsche Übersetzung vor (6).

4.3. Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Auch dieses Assessmentinstrument wird zur globalen Einschätzung von Verhalten eingesetzt. Das NPI misst einen großen Bereich von neuropsychiatrischen Störungen.

Die ursprüngliche Skala beinhaltete zehn Bereiche, später wurden zwei weitere hinzugefügt (Wahnvorstellungen, Depression, Halluzinationen, Unruhe (Agitiertheit), Angststörungen, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, nächtliche Unruhe, Appetitstörungen). Die Häufigkeit des Verhaltens wird auf einer 4-Punkte-Skala und der Schweregrad auf einer 3-Punkte-Skala eingeschätzt. Das NPI ist ebenfalls auf Validität und Reliabilität untersucht. Das Instrument liegt in deutscher Übersetzung vor (2, 4, 5).

4.4. Dementia Care Mapping (DCM)

DCM ist ein Assessment- und Beobachtungsinstrument zur Bewertung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz sowie zur Entwicklung und Verbesserung der Betreuungspraxis. Das Instrument wurde Anfang der 90er Jahre in England entwickelt (1). Der Grundgedanke ist, die Perspektive der Menschen mit Demenz einzubeziehen. Das Instrument wird ausschließlich zur Beobachtung von Menschen mit Demenz eingesetzt und ist für stationäre und teilstationäre Alteinrichtungen konzipiert. Es besteht aus drei Bereichen: Verhalten (24 Items), Befinden (6 Items) und Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz (standardisierte und frei formulierte Items). Die strukturierte Beobachtung (Mapping) mit dem DCM-Instrument soll das Befinden, das Verhalten und die Interaktion der Bewohnerin detailliert abbilden. Die Beobachtungen finden ausschließlich im öffentlichen Raum der Einrichtung statt. Aus diesem Gesamtbild kann ein individueller Handlungsplan erstellt werden. DCM ist ein aufwendiges Verfahren, die Beobachtung (für max. acht Bewohner) benötigt 6-8 Stunden, die anschließende Auswertung ca. 1-2 Tage (5). Die Einschätzung wird nach drei bis sechs Monaten wiederholt. Die Beobachter müssen geschult werden (dreitägiger Basiskurs). Aktuelle Übersichtsarbeiten (7, 8) weisen auf die Validität und Reliabilität des DCM hin. DCM ist in deutscher Sprache verfügbar.

4.5. Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (HILDE)

HILDE ist ein Instrument, das zur Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz in Deutschland entwickelt wurde. Es stellt ein umfangreiches Assessment dar und enthält mehrere Einzelassessments. Lebensqualität wird in 8 Dimensionen erfasst (räumliche Umwelt, soziale Umwelt, Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktionaler Status, kognitiver Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten, subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit).

Die Einschätzung dieser acht Dimensionen erfolgt mittels medizinischer Untersuchungen, Interviews mit den Bewohnerinnen, den Pflegekräften und Angehörigen, durch Einschätzung der räumlichen Umgebungsbedingungen und durch Analyse der Pflegedokumentation.

Das Instrument kann nur nach einer Schulung eingesetzt werden. Für einige der integrierten Skalen (z.B. das NPI) liegen Daten zur Validität und Reliabilität vor, für das Gesamtinstrument HILDE stehen diese Daten bislang aus (5, 9).

Das Instrument wurde für den deutschsprachigen Raum entwickelt, alle integrierten Einzelinstrumente sind ebenfalls in deutscher Sprache verfügbar.

4.6. Serial Trial Intervention (STI)

Das STI ist ein neueres Konzept, das von Kovach und Kollegen in den USA entwickelt und in einer randomisiert-kontrollierten Studie (10) untersucht wurde. Es handelt sich um eine komplexe Intervention, die aus fünf Einzelschritten zu Diagnose bzw. Assessment und aus therapeutischen Interventionen besteht. Zunächst werden körperliche und psychische Bedürfnisse der Bewohnerin erhoben und dann, nacheinander, nicht-pharmakologische Interventionen und Schmerzmittel eingesetzt. Schließlich, wenn keine Wirkung erzielt werden konnte, werden in Absprache mit Ärzten / -innen und anderen Disziplinen psychotrope Medikamente angewendet. Die Umsetzbarkeit des Konzeptes in Deutschland erscheint vor allem aufgrund der aufwändigen Assessment- und Interventionsbestandteile zurzeit nur begrenzt möglich (11). Das STI liegt bislang nur in englischer Sprache vor.

5. Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege

Juristische Expertise zu freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen im Zusammenhang der Leitlinienentwicklung¹

Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg

Vorbemerkung

Unter freiheitseinschränkenden Maßnahmen werden alle technischen, arzneimittelbasierten, kommunikativen und interaktiven Eingriffe in die (Fortbewegungs-) Freiheit einer Person verstanden, im Zusammenhang mit der Leitlinie fokussiert auf die Pflege und Assistenz pflegebedürftiger Menschen.² Der Schutz der persönlichen Freiheit, insbesondere der so genannten Freiheit der Person im Sinne der Fortbewegungsfreiheit ist ein hohes, durch die Verfassung und internationale Menschenrechtsübereinkommen geschütztes Gut (Art. 2 Abs. 2 GG).³ Mit Verabschiedung der Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze in den 1960er / 70er-Jahren und insbesondere mit der Verabschiedung des Betreuungsrechtes 1992 hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass Eingriffe in die Freiheitsrechte der Bürger / -innen in Krankenhäusern und Pflegeheimen ebenso dem grundgesetzlichen Schutz unterliegen. Dies gilt auch dann, wenn diese Eingriffe durch Fürsorge motiviert sind. Zentrales Anliegen der Einführung des Betreuungsrechtes und der dort enthaltenen Personensorgeregelungen war es, das Ausmaß freiheitsentziehender Maßnahmen psychisch kranker und geistig behinderter Menschen sowie von Personen mit Demenz zu begrenzen und ein rechtsstaatliches Verfahren vorzusehen, das einen wirksamen Grundrechtsschutz in jedem Einzelfall gewährleistet.⁴ Mit dem Betreuungsrecht wurde damit eine besondere Aufmerksamkeit auf eine bis dahin vernachlässigte Wirklichkeit in Pflegeheimen und Krankenhäusern gelenkt. Durch gemeinsame Anstrengungen der Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit, aber auch von Ehrenamtlichen und Familienangehörigen sollte eine humane und hinsichtlich ihrer Rechtseingriffe reflektierte Betreuungspraxis befördert werden. Das Betreuungsrecht stellt klar, dass die Entscheidung über freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen nicht bei Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegenden, sondern bei den Betroffenen selbst oder ihren rechtlichen Vertretern oder Bevollmächtigten liegt. Diese müssen ihre Entscheidungen bei besonders intensiven Eingriffen in die Freiheitsrechte (freiheitsentziehende Maßnahmen) vormundschaftlich genehmigen lassen.

¹ *Unter Mitarbeit von Rechtsanwältin Maike Hassel.*

² *In der Leitlinie wird hierfür die Abkürzung FEM genutzt, die in der juristischen Literatur für Freiheitsentziehende Maßnahmen verwendet wird.*

³ *Vgl. Artikel 9 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte vom 19. Dezember 1966 (BGBl. 1973 II, S. 1534); siehe auch Artikel 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention vom 5. November 1950 (BGBl. 1952 II S. 685).*

⁴ *Vgl. Rink in HK-BUR, §1906 BGB Rz 4.*

Dieses erfolgt in einem Verfahren, das sicherstellt, dass die Betroffenen angehört werden und eine sachverständige Aussage zur Grundlage der Entscheidung erfolgt, die die Frage der Eignung, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der beabsichtigten Maßnahmen prüft.

Der festgelegte Ablauf der Entscheidungsfindung dient in besonderer Weise dem wirksamen Rechtsschutz vor übermäßigen Grundrechtseingriffen. Die im Grundgesetz aber auch im Betreuungsrecht niedergelegten Wertungen sind für Medizin und Pflege sowie für die rechtlichen Betreuer und Bevollmächtigten verbindliche Wertvorgaben, die sie in ihre professionelle Praxis einzubeziehen haben. Es entspricht dem Ethos aller mit der Pflege Betrauten, die Würde, die Selbstbestimmung und Autonomie von auf Pflege angewiesenen Menschen in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Mit der pflegerischen Leitlinie zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen wird ein berufsethisch und rechtlich höchst relevantes Thema aufgegriffen. Die Leitlinie unterstützt damit eine fachliche und rechtlich fundierte Entscheidungsfindung, die national und international zugängliche Wissensbestände berücksichtigt. Für die gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der Entscheidungsfindung sind die in der Leitlinie dokumentierten Wissensbestände in hohem Maße relevant.

In der folgenden Expertise sollen die juristischen Kategorien freiheitseinschränkender Maßnahmen dargelegt und die Bedeutung rechtlich tragfähiger Legitimation freiheitseinschränkender Maßnahmen herausgearbeitet werden. Dabei gilt die Aufmerksamkeit nicht nur dem Verfassungs- und Betreuungsrecht, sondern ebenso anderen relevanten Rechtsgebieten.

5.1. Eingriffe in die Freiheit der Person, juristische Kategorien und Terminologie

Rechtliche Kategorien von Freiheitseinschränkungen							
Verfassungsrecht GG	Freiheitseinschränkende Maßnahmen = jeder Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit (Art. 2 II GG)						
Zivilrecht BGB	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Freiheitsbeschränkende Maßnahmen = Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und / oder Dauer</td> <td style="width: 50%;">Freiheitsentziehende Maßnahmen (Art. 104 GG) = Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit <i>unerheblich: Motivation, es reicht aus: potentieller Gebrauch</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB</td> <td style="width: 50%;">Unterbringung § 1906 Abs. 1 BGB</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen = Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und / oder Dauer	Freiheitsentziehende Maßnahmen (Art. 104 GG) = Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit <i>unerheblich: Motivation, es reicht aus: potentieller Gebrauch</i>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB</td> <td style="width: 50%;">Unterbringung § 1906 Abs. 1 BGB</td> </tr> </table>	Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB	Unterbringung § 1906 Abs. 1 BGB
Freiheitsbeschränkende Maßnahmen = Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und / oder Dauer	Freiheitsentziehende Maßnahmen (Art. 104 GG) = Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit <i>unerheblich: Motivation, es reicht aus: potentieller Gebrauch</i>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB</td> <td style="width: 50%;">Unterbringung § 1906 Abs. 1 BGB</td> </tr> </table>	Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB	Unterbringung § 1906 Abs. 1 BGB				
Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB	Unterbringung § 1906 Abs. 1 BGB						
Strafrecht StGB	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Freiheitsberaubung = wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen (Bewegungs-) Freiheit beraubt wird. (§ 239 StGB)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><i>Liegt nicht vor: Einwilligung</i> <i>Gerechtfertigt: Notstand</i></td> <td style="width: 50%;"><i>Liegt nicht vor: Einwilligung</i> <i>Gerechtfertigt: Entscheidung des Betreuers und gerichtlicher Beschluss</i></td> </tr> </table>	Freiheitsberaubung = wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen (Bewegungs-) Freiheit beraubt wird. (§ 239 StGB)		<i>Liegt nicht vor: Einwilligung</i> <i>Gerechtfertigt: Notstand</i>	<i>Liegt nicht vor: Einwilligung</i> <i>Gerechtfertigt: Entscheidung des Betreuers und gerichtlicher Beschluss</i>		
Freiheitsberaubung = wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen (Bewegungs-) Freiheit beraubt wird. (§ 239 StGB)							
<i>Liegt nicht vor: Einwilligung</i> <i>Gerechtfertigt: Notstand</i>	<i>Liegt nicht vor: Einwilligung</i> <i>Gerechtfertigt: Entscheidung des Betreuers und gerichtlicher Beschluss</i>						

Abb. 1: Rechtliche Kategorien von Freiheitseinschränkungen (1, 2)

5.1.1. Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Das Grundgesetz spricht von der Freiheit der Person, wenn es die Eingriffe in die persönliche Fortbewegungsfreiheit schützen will (Art. 2, Abs. 2 GG). Eingriffe in die freie Entfaltung der Persönlichkeit, die nicht mit Eingriffen in die Fortbewegungsfreiheit verbunden sind (Fragen der Lebensführung), sind hiervon nicht erfasst. Dieses Grundrecht steht in einer Tradition der „habeas corpus-Akte“, die eine wichtige Rolle in der bürgerlichen Emanzipationsbewegung der Aufklärung inne hatte und die Freiheit des Bürgers vom Staat in besonderer Weise dokumentiert (3). Es handelt sich in dieser Tradition um ein klassisches liberales Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates in die persönliche Freiheit insbesondere mit Blick auf Festnahmen und Haft.⁵

Spätestens durch das Betreuungsrecht wurde klargestellt, dass Eingriffe in die „Freiheit der Person“ in Krankenhäusern und Pflegeheimen den gleichen Rechtsschutz genießen.

Als freiheitseinschränkende Maßnahme wird jeder Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit gemäß Art. 2, Abs. 2 GG verstanden, auch solche, die nicht als Freiheitsentziehung zu qualifizieren sind.

Mit dem von der Leitliniengruppe gewählten Begriff der freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM) wurde ein Begriff gewählt, der jeden Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit aus Art. 2, Abs. 2 GG erfasst, unabhängig von seiner spezifischen rechtlichen Qualifizierung. In anderen Zusammenhängen wird z.B. von bewegungseinschränkenden Maßnahmen gesprochen (4), um die unter Juristen übliche Abkürzung FEM für freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden. Der exakten rechtlichen Qualifizierung der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in jedem Einzelfall kommt für die Frage der Legitimation in materieller und formeller Hinsicht entscheidende Bedeutung zu.

5.1.2. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Als freiheitsentziehende Maßnahmen werden solche bezeichnet, die zu einem dauerhaften oder zeitlich begrenzten Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit führen und eine gewisse Intensität aufweisen. Dies gilt insbesondere in zeitlicher Hinsicht. In der einfach gesetzlichen Konkretisierung dessen, was unter freiheitsentziehenden Maßnahmen im Betreuungsrecht verstanden und geregelt wird, unterscheidet der Gesetzgeber zwischen der Unterbringung (§ 1906, Abs. 1 BGB) und u n t e r b r i n g u n g s ä h n l i c h e n Maßnahmen (§ 1906, Abs. 4 BGB).

Bei der Unterbringung spielt die räumliche Komponente eine zentrale Rolle. Die Bewegungsfreiheit des Betroffenen wird auf einen bestimmten oder bestimmbaren

⁵ Siehe hierzu auch die einführende Kommentierung zu Artikel 9 UN-Zivilpakt von Manfred Nowak (1989): *Der UNO-Pakt über bürgerliche und politische Rechte und Fakultativprotokoll. CCPR-Kommentar, Kehl am Rhein, Rn. 1ff.*

Raum eingegrenzt und sein Aufenthalt überwacht (1, 5).

Eine freiheitsentziehende Maßnahme mit einer entsprechenden vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungspflicht besteht dort in jedem Fall, wenn die Freiheitsentziehung 24 Stunden andauert. Bei den unterbringungsähnlichen Maßnahmen wird die Genehmigungspflicht und damit die Qualifikation als freiheitsentziehende Maßnahme daran geknüpft, dass sie über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig erfolgt. Von unterbringungsähnlichen Maßnahmen sind insbesondere Maßnahmen erfasst, die bestimmte Bewegungen des Betroffenen einschränken. Dazu gehören sowohl körpernahe Maßnahmen als auch Bettgitter. Darüber hinaus zählen hierzu die Einschränkung bestimmter Bewegungswünsche und -absichten durch personenbezogene Interventionen (Zurückholen u. ä.).

Angesichts der potentiellen Intensität dieser Maßnahmen wird für das Vorliegen einer unterbringungsähnlichen Maßnahme nicht an die 24-Stunden-Regel angeknüpft (1). Eine unterbringungsähnliche Maßnahme liegt auch dann vor, wenn die einzelne freiheitsentziehende Maßnahme zwar nur für einen kurzen Zeitraum, aber regelmäßig etwa zur selben Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass ergriffen wird. All diese als freiheitsentziehenden Maßnahmen zu wertenden Eingriffe in die Freiheit der Person unterliegen der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungspflicht (§ 1906 BGB). Werden bei Personen, die in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht sind, darüber hinaus körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt, so wird bisweilen von „unterbringungsverschärfenden Maßnahmen“ gesprochen, für die eine zusätzliche Genehmigungspflicht strittig ist.⁶ Erfolgen die Eingriffe nicht um das Wohl des Betroffenen zu schützen sondern aufgrund von Drittinteressen, etwa um die Gefahr schwerer Unfälle im Straßenverkehrs zu vermeiden oder aggressive Angriffe gegen Mitpatienten zu unterbinden, so ergeben sich die Voraussetzungen für die Genehmigungspflicht nicht aus § 1906 BGB, sondern aus den landesrechtlichen Unterbringungsgesetzen (PsychKGs) (6). Diese regeln die Unterbringungsvoraussetzungen für den Fall, dass eine Person nicht zum „eigenen Wohl“, sondern zum Schutz Dritter untergebracht oder auf andere Weise ihrer Freiheit entzogen werden soll. Dabei werden allerdings drohende Gefahren für den Straßenverkehr durch einen Demenzkranken oder fremdaggressive Verhaltensweisen einer Pflegeheimbewohnerin etwa nicht nur als Gefährdungen Dritter, sondern zugleich auch als Selbstgefährdung interpretiert⁷, die ggf. unterbringungsähnliche Maßnahmen gemäß § 1906 BGB rechtfertigen können. Auch die Unterbringung Suizidgefährdeter erfolgt auf die „polizeirechtliche“ Weise. In diesen Fällen kommt nur eine Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern in Betracht. Dadurch wird nochmals deutlich, dass das Betreuungsrecht das Wohl und die Wünsche des Betroffenen fokussiert. Sobald Dritte (Mitbewohnerinnen, der Straßenverkehr, Pflegepersonal) geschützt werden sollen, muss geprüft werden, ob nicht das „Polizeirecht“ anzuwenden ist (7).

Grundsätzlich ist aber auch festzuhalten, dass § 1906 BGB nur in den Fällen greift, in denen Betreuer tätig werden, das PsychKG dagegen eine unmittelbare Gefahren-

⁶ Vgl. Rink in HK-BUR, § 1906 Randziffer 46.

⁷ Vgl. OLG Karlsruhe B. v. 15.7.2008 Az. Wx 36/08 in: Justiz 2009: 65ff.

lage voraussetzt. Beide Vorschriften zusammen weisen erhebliche Lücken auf, weil es Fälle geben wird, in denen gefährdete Personen nicht unter Betreuung stehen, die Einweisung in die Psychiatrie aber nicht adäquat wäre.

Hier wird es entweder darauf ankommen, ggf. eine Betreuung schnellstmöglich einzurichten oder die persönliche Einwilligung der Betroffenen zu erhalten. Anders ist hier eine freiheitseinschränkende Maßnahme nicht durchzuführen.

5.1.3. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Als freiheitsbeschränkende Maßnahmen gelten gegenüber freiheitsentziehenden Maßnahmen all diejenigen Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von nur geringer Intensität und / oder Dauer, die nicht als freiheitsentziehende Maßnahmen zu werten sind. Dazu gehören auch solche, die den Bewegungsraum in bestimmte Richtung begrenzen, etwa bestimmte Zimmer unzugänglich machen. Personen, die im Sinne des § 1906, Abs. 1 BGB untergebracht sind, denen also von vornherein nur ein begrenzter Bewegungsraum in räumlicher Hinsicht zur Verfügung steht, werden in ihrer Freiheit nicht nur „beschränkt“, sondern die Freiheit wird ihnen „entzogen“, da sie nicht nur irgendwo nicht „hin“ sondern gar nicht erst „weg“ dürfen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen bedürfen grundsätzlich auch der Legitimation. Diese setzt die Einhaltung rechtlicher Spielregeln voraus. Das Hausrecht anderer Bewohnerinnen und Bewohner oder des Heim- oder Krankenhausträgers ist einzubeziehen.

5.1.4. Neue Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wurden im In- und Ausland neue technische Überwachungssysteme entwickelt, die pflegebedürftige Personen vor Risiken schützen und ihrer „Beaufsichtigung“ dienen sollen. Dazu gehören GPS Systeme, Sensormatten, Lichtschranken oder Videoüberwachung. In den letzten Jahren haben zunehmend mehr Betreiber von Pflegeeinrichtungen elektronische Funkchips eingeführt, die von den Bewohnerinnen getragen werden sollen, damit sie die Einrichtung nicht (unbemerkt) verlassen können. Bekannt geworden sind solche Funkchips als „elektronische Fußfessel“, die im Strafrecht als Sonderform der freiheitsentziehenden Maßnahmen Haftstrafen ersetzen sollen (elektronisch überwachter Hausarrest)⁸. In der Altenpflege werden entsprechende Chips folgendermaßen eingesetzt: Die Heimbewohnerin wird mit einem Funkchip am Handgelenk, der einer Armbanduhr ähnelt, ausgestattet. Verlässt die Bewohnerin das Haus durch eine der Türen, löst dies ein Signal auf dem Diensthandy des Pflegepersonals der Station aus. Das Pflegepersonal begibt sich sodann auf die Suche nach der Bewohnerin und bewegt diese zur Rückkehr.⁹ Derzeit ist unter den Vormundschaftsgerichten umstritten, ob diese Funkchips als eine freiheitsentziehende Maßnahme zu bewerten sind.¹⁰ Letztlich sind der Funkchip und

⁸Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 22.2.2009.

⁹LG Ulm, Beschluss vom 25.6.2008, 3 T 54/08.

¹⁰Dafür: LG Ulm B.v. 25.6.2008 Az 3 T 54/08, AG Stuttgart-Bad Cannstatt, B.v. 26. November 1996, Az: XVII 101/96, AG Bielefeld, B.v. 16. September 1996, Az: 2 XVII B 32, AG Hannover, B.v. 5. Mai 1992, Az: 62; XVII L 8; dagegen: Brandenburgisches Oberlandesgericht 11. Zivilsenat, 19. Januar 2006, Az: 11 Wx 59/05; Anschluss AG Meißen, 27. April 2007, Az: 5 X 25/07.

die Reaktion des Pflegepersonals auf den Alarm darauf ausgerichtet, der betreffenden Bewohnerin über einen längeren Zeitraum die Freiheit zu entziehen.

5.1.5. Freiheitsberaubung

Von den zivilrechtlichen Begriffen der freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen ist der Begriff der Freiheitsberaubung abzugrenzen, der seine Verankerung im Strafrecht findet. Das Strafrecht knüpft an die Handlung jedes einzelnen Bürgers an und ahndet seine Verstöße gegen die Rechtsordnung, soweit für den Verstoß eine Strafe vorgesehen ist. Jeder Arzt bzw. jede Ärztin, jede Pflegeperson, jede/r Betreuer / -in aber auch jeder Richter / -in muss persönlich für Rechtsübertretungen eintreten und macht sich persönlich strafbar, wenn er oder sie mittelbar (unrechtmäßiger Unterbringungsbeschluss) oder unmittelbar (Anbringen von Gurten, Vergabe von Psychopharmaka) eine rechtswidrige Freiheitsbeschränkung zu verantworten hat. Der Tatbestand der Freiheitsberaubung ist erfüllt, wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen Bewegungsfreiheit beraubt ist (§ 239 StGB). Für die Qualifikation eines Freiheitseingriffs als Freiheitsberaubung kommt es nicht auf die Intensität an. Auch das Festhalten ein „Vater-Unser lang“ kann den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllen.¹¹

Voraussetzung ist allerdings, dass in die, sei es auch nur potenzielle, Bewegungsfreiheit eines Menschen eingegriffen wird. Das Nicht-Zugänglichmachen bestimmter Räume gehört nicht dazu, aber jedes Festhalten, Einschließen oder Anwenden von freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Jeder so geartete Eingriff in die Bewegungsfreiheit eines Menschen stellt sich nur dann nicht als eine rechtswidrige und gegebenenfalls strafbare Handlung dar, wenn er gerechtfertigt ist. Als Rechtfertigungsgründe kommen insbesondere die Notwehr oder -hilfe (Abwendung eines Angriffs einer Bewohnerin) oder der Notstand (Abwendung einer konkreten erheblichen Gefahr für die Bewohnerin selbst) in Betracht (7). Auch eine Einwilligung der Betroffenen kann die Rechtswidrigkeit des Freiheitseingriffs entfallen lassen („Ich wünsche die Aufstellung eines Bettgitters“). Eine Einwilligung muss allerdings wirksam erklärt sein. Das heißt, es muss hier in der Regel eine entsprechende Aufklärung über Sinn und Zweck, Risiken und Alternativen vorausgegangen sein. Sie kann nicht von einem Einwilligungsunfähigen erteilt werden.

Bei diesen Personen ist, solange eine Genehmigungspflicht im Sinne einer Unterbringung (§ 1906 BGB) nicht vorliegt, der gesetzliche Vertreter oder Bevollmächtigte allein verantwortlich für die Einwilligung (nicht der Angehörige als solcher). Diese

¹¹ *RG in Strafsachen, Urteil vom 28.11.1882, RGST 7: 260.*

wird in der Regel im Zusammenhang mit einer entsprechenden Pflegeplanung für bestimmte Situationen generell erteilt. Eine Einwilligung kann und darf nur dann erteilt werden, wenn sie auch fachlich als geboten und geeignet erscheint, dem Wohl des Betroffenen zu dienen (§ 1901 BGB) (8) [§ 1901 BGB, Rz. 22a].

Liegt eine Einwilligung oder Entscheidung des rechtlichen Vertreters oder Bevollmächtigten nicht vor, sind Pflegende nur befugt, Eingriffe in die Fortbewegungsfreiheit zu ergreifen, wenn diese unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstandes in einer Rechtsgüterabwägung als erforderlich gelten (§ 34 StGB). Dieses ist jedoch keine tragfähige Grundlage für das Ergreifen solcher Maßnahmen, wenn entsprechende Situationen immer wiederkehren und voraussehbar sind. Die strafrechtliche Betrachtungsweise macht deutlich, dass ärztliche und pflegfachliche Maßnahmen, die in die Freiheitsrechte von pflegebedürftigen Personen eingreifen, auch außerhalb eines vormundschaftsgerichtlichen Verfahrens, der Legitimation durch Einwilligung oder Entscheidung der hierfür Befugten bedürfen. Entweder entscheidet der Pflegebedürftige selbst - wenn er es denn kann - oder sein Bevollmächtigter oder rechtlicher Betreuer / -in. Eine Ausnahme gilt nur für akute Notstandssituationen. Dann entscheidet der Angehörige, die Pflegefachkraft oder der Arzt bzw. die Ärztin.

5.2. Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Relevanz in unterschiedlichen Rechtsgebieten

Freiheitseinschränkende Maßnahmen können in unterschiedlichen Rechtsgebieten relevant werden. Dies spiegelt die Bedeutung der Grundrechte für die gesamte Rechtsordnung und ihre Ausstrahlungswirkung in die unterschiedlichen Rechtsgebiete wider.¹² Die rechtgebietsübergreifende Betrachtungsweise macht deutlich, in welcher unterschiedlicher Weise freiheitseinschränkende Maßnahmen ihre Relevanz im deutschen Recht entfalten.

5.2.1. Betreuungsrecht

Das im Jahr 1992 in Kraft getretene Betreuungsrecht, das das alte Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht ersetzt, hat die Rechtsstellung von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen deutlich gestärkt. Dies gilt namentlich auch für die Freiheitsrechte dieser Personen, die in § 1906 BGB besonders hervorgehoben und dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung unterstellt wurden. Dabei kennt die zentrale unterbringungsrechtliche Vorschrift des Betreuungsrechtes drei unterschiedliche Unterbringungskonstellationen:

1. Die Unterbringung zur ärztlichen Diagnostik oder Durchführung einer ärztlichen Heilbehandlungsmaßnahme (§ 1906, Abs. 1, Ziff. 2 BGB)

¹² Vgl. etwa für das Haftungsrecht BGH-Urteil vom 28.04.2005 AZ III 7R 399/04 N/W 2005, 1937 ff; 14.7.2005 AZ III 7R 391/04 N/W 2005, 2613 ff.

2. Die Unterbringung in einer so genannten geschlossenen Einrichtung, sei es ein psychiatrisches Krankenhaus oder ein Pflegeheim (§ 1906 b, Abs. 1, Ziff. 1 BGB)

3. Die so genannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen (§ 1906, Abs. 4 BGB)

Die Unterbringung zur Durchführung einer ärztlichen Heilbehandlung oder ärztlichen Untersuchung unterstreicht das Selbstbestimmungsrecht von Bürgerinnen und Bürgern in Fragen ihrer körperlichen Integrität und des Umgangs mit ihrer Gesundheit. Zwangsbehandlungen sind in Deutschland nur auf diese Art und Weise zulässig: Eine ambulante Zwangsbehandlung, auch in Pflegeheimen ist regelmäßig verboten (1). Die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung (im Heimbereich auch häufig beschützend genannt) regelt den Fall, dass eine Person zu ihrem eigenen Wohl daran gehindert werden soll, einen räumlich begrenzten Bereich verlassen zu können. Dabei kann es sich sowohl um einen Wohnbereich oder eine Station handeln, ein Haus oder ein Grundstück. Es kommt bei einer Unterbringung nicht darauf an, ob das Haus als solches für alle Bewohnerinnen abgeschlossen ist, sondern ob eine betreffende Bewohnerin daran gehindert wird, den Wohnbereich, das Haus oder das Grundstück zu verlassen.¹³ Die unterbringungsähnlichen Maßnahmen betreffen körpernahe Maßnahmen wie Bettgitter, Gurte, Stecktische, Vergabe von Psychopharmaka zur Ruhigstellung etc. Diese sind dann genehmigungsfähig und genehmigungsbedürftig, wenn sie in einer Einrichtung ergriffen werden. Unterbringungsähnliche Maßnahmen, die von Familienangehörigen im Privathaushalt ergriffen werden, werden von § 1906, Abs. 4 BGB grundsätzlich nicht erfasst.¹⁴ Alle genehmigungspflichtigen Unterbringungsarten gemäß § 1906 BGB setzen voraus, dass sie zum Wohle des Betroffenen erforderlich sind. § 1906 BGB scheidet als Rechtsgrundlage für Unterbringungsmaßnahmen aus, die (allein) dem Schutze Dritter gelten (siehe oben). Die Gesetzgeber des Betreuungsrechtes gingen bei den Regelungen zum Unterbringungsrecht davon aus, dass eine staatliche Supervisionsfunktion und das Vorschreiben von Verfahren zur Überprüfung der Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zur Absenkung der in der Praxis verbreiteten Maßnahmen beitragen würden (9, 2).

5.2.2. Strafrecht

Im Strafrecht sind freiheitseinschränkende Maßnahmen als Eingriff in die persönliche Bewegungsfreiheit gegebenenfalls als Freiheitsberaubung zu bewerten und bei fehlender Rechtfertigung und schuldhafter Begehungsform strafbar. Freiheitseinschränkende Maßnahmen, die nicht die Voraussetzung der Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) erfüllen, können sich aber gegebenenfalls als nötige Handlung darstellen (§ 240 StGB) (7). Bedeutsam im Alltag der Pflege ist dabei, dass die Person, die stets

¹³ Vgl. Rink HK- BUR § 1906 Rz. 6.

¹⁴ Allerdings geht die Rechtsprechung davon aus, dass eine Ausnahme von dieser Genehmigungsfreiheit besteht, „wenn die eigene Wohnung durch Hinzuziehung fremder Pflegepersonen quasi als sonstige Einrichtung gebraucht wird.“ LG München I B. v. 7.7.1999 Az 13 T 4301/99 NJW 1999, 3642, weitergehend AG Garmisch-Partenkirchen B. 6.6.2008 Az. XVII 0231/08 bei ausschließlichen Einsatz von ambulanten Diensten.

selbst den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllt, strafrechtlich betrachtet für ihr Tun verantwortlich gemacht wird. Eine „Anordnung“ oder „Veranlassung“ von Ärztinnen und Ärzten oder Vorgesetzten, entbindet nicht davon, die Rechtmäßigkeit des eigenen Handelns bei entsprechenden offensichtlichen Zweifeln zu überprüfen (1).

Fehlt es an einer Einwilligung der Betroffenen oder einer entsprechenden Entscheidung des gesetzlichen Betreuers bzw. der Betreuerin und liegt keine akute Not-situation vor, kann das Aufstellen eines Bettgitters oder das Anlegen eines Bauchgurtes bei erkennbar fehlender Legitimation (Betreuer / -in nicht eingeschaltet, keine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung) als Freiheitsberaubung durch die handelnde Person gewertet werden, auch wenn eine dienstrechtliche Anordnung vorliegt. Dies kann sogar dann gelten, wenn eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung vorliegt, die erkennbar fehlerhaft ist oder deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Hat etwa die verantwortliche Pflegekraft eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einer Maßnahme dadurch bewirkt, dass sie die Gefährdungssituation einer Bewohnerin unrichtig dargestellt hat, Maßnahmen zur Vermeidung bewusst außer acht gelassen hat, obwohl sie möglich gewesen wären und dies bewusst getan hat, um eine schwierige Bewohnerin zu disziplinieren, käme eine persönliche Strafbarkeit in Betracht. Bei der strafrechtlichen Verantwortlichkeit ist allerdings auf die persönliche Situation der handelnden Person Rücksicht zu nehmen bzw. diese in die strafrechtliche Bewertung des Handelns mit einzubeziehen (1).

5.2.3. Haftungsrecht

Bei der haftungsrechtlichen Betrachtungsweise im Sinne des zivilrechtlichen Schadensersatzrechtes ist zwischen der so genannten deliktischen und der vertraglichen Haftung zu unterscheiden (1). Die vertragliche Haftung ist an den Vertragspartner der pflegebedürftigen Menschen adressiert, das Krankenhaus, das Pflegeheim oder den Pflegedienst. Die deliktische Haftung knüpft an die Handlungen der Pflegenden an, aber auch an die Handlungen der für die Pflegeorganisation und Pflegeprozesssteuerung verantwortlichen Personen. Bei einem Eingriff in die Freiheitsrechte der Person lösen sie gegebenenfalls einen Schadensersatzanspruch aus, auch wenn kein materieller Schaden entsteht. Die Verursachung eines immateriellen Schadens (Schmerzensgeld wegen Ehrverletzung oder körperlichen oder psychischen Schmerz) gemäß § 253 BGB reicht gegebenenfalls aus.

Die Haftung wird stets ausgelöst bei vorsätzlichem Tun ohne Rechtfertigungsgrund. Wird etwa ein Bettgitter aufgestellt oder ein Bauchgurt angelegt, handelt es sich um eine Vorsatztat. Es wird willentlich in die Freiheitsrechte der Betroffenen eingegriffen. Die Schadensersatzpflicht entfällt nur dann, wenn diese Maßnahme von der Einwilligung der Betroffenen getragen wird, ein rechtlicher Vertreter bzw. eine rechtliche Vertreterin die Entscheidung berechtigterweise getroffen hat oder auf andere Weise eine Rechtfertigung der Handlung gegeben ist. Eine solche Rechtfertigung ergibt sich nur aus dem Gesichtspunkt des Wohles der Betroffenen oder der Abwendung einer kurzfristig bestehenden Gefahr, gegebenenfalls auch für andere, die von

einigem Gewicht sein muss. Wird etwa eine Bewohnerin in der Nacht festgehalten, um zu verhindern, dass sie sich verirrt und möglicherweise erfriert, kann dies unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstandes gerechtfertigt sein. An dieser Stelle spielt Fachwissen eine zentrale Rolle, das dazu dient, die Eignung und Erforderlichkeit einer bestimmten Maßnahme einzuschätzen.

Eine Haftung unter dem Gesichtspunkt der Fahrlässigkeit, das heißt bei Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt, kommt insbesondere dann in Betracht, wenn materielle (Kosten der Heilbehandlung) und immaterielle Schäden (Schmerzensgeld) zu beklagen sind. Diese können z.B. direkte Folgen einer freiheitseinschränkenden Maßnahme sein (z.B. Strangulation) oder infolge einer unterlassenen freiheitseinschränkenden Maßnahme entstehen. Das Risiko des Sturzes und des Eintritts von Sturzfolgen rechtfertigt mitnichten die präventive Ergreifung freiheitseinschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen: Auch im Haftungsrecht wirken die Freiheitsrechte als bedeutsame Auslegungsregel. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat im Zusammenhang mit Entscheidungen zu Sturzfolgen in Pflegeheimen Grundrechten eine besondere Bedeutung im Haftungsrecht zugesprochen (7).

Exkurs: Die Rechtsprechung des BGH zu Haftungsfragen

Zwei Entscheidungen sollen hier beispielhaft referiert werden. In der ersten Entscheidung¹⁵ lehnte der BGH es ab, einer gestürzten Bewohnerin bzw. der klagenden Krankenkasse, Schadensersatz zuzusprechen, weil die Pflegekräfte keine freiheitseinschränkenden Maßnahmen angewandt hatten. Eine solche Maßnahme hätte nur dauerhaft getroffen werden können und hätte daher einer Genehmigung bedurft. Ein hinreichender Anlass für den Heimträger, von sich aus auf eine solche hinzuwirken, habe schon deshalb nicht bestanden, weil die Klägerin seit drei Jahren sturzfrei war und auch ein Gutachten des medizinischen Dienstes keinen Hinweis auf eine erhöhte Gefahr gegeben hatte. Die Obhutspflicht des Heimes zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der Bewohnerin bestünde nur in dem durch eine Abwägung im Einzelfall ermittelten Maße. Bei einer solchen müssten einerseits die Pflicht zur Wahrung der Menschenwürde und des Freiheitsrechts und auf der anderen Seite die Pflicht zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit berücksichtigt werden.

In der zweiten Entscheidung¹⁶ ging es um den nächtlichen Sturz einer Bewohnerin, an dessen Folgen diese schließlich verstarb. Auch hier legte der BGH zum einen der Klägerin (der Krankenkasse) die Beweislast für die Pflichtverletzung durch die Pflegekräfte auf, zum anderen stellte er unter Berücksichtigung der oben genannten Begründung fest, dass keine Verpflichtung bestanden habe, gegen den ausdrücklichen Willen der Bewohnerin unterbringungsähnliche Maßnahmen durchzuführen.

¹⁵ BGH, Urteil v. 28.04.2005, a.a.O.

¹⁶ BGH, Urteil v. 14.07.2005, a.a.O.

Der Befürchtung, durch die Krankenkassen regelmäßig in Regress genommen zu werden, wenn eine Bewohnerin sich etwa eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen hat, wird durch die Rechtsprechung des BGH begegnet. Bei sorgfältiger Abwägung und Aushandlung mit Bewohnerin, Ärztin bzw. Arzt, Angehörigen und Betreuer / -in ist ein (erfolgreicher) Regress nicht zu erwarten.

Für die Frage, ob eine freiheitseinschränkende Maßnahme erforderlich war, ob ihr Unterlassen oder Ergreifen den Sorgfaltspflichten der fachlichen Pflege entspricht, kommt es zentral auf den „state of the art“ an. Dieser Begriff beschreibt Wissensbestände, die z.B. in Leitlinien, Expertenstandards oder Qualitätsniveaus zusammenfassend dargestellt werden können (10). Insofern kommt Leitlinien eine wichtige Funktion zur Bestimmung von Sorgfaltspflichten für Pflegende zu, die im Haftungsrecht zur Bestimmung des Sorgfalthmaßstabs herangezogen werden. Fehlt es an entsprechenden gesicherten Wissensbeständen, sind gleichwohl alle möglichen fachlich verfügbaren Wissensbestände wie Fachliteratur und Expertenmeinungen in die Entscheidungsfindung bzw. ihre Vorbereitung einzubeziehen, um eine an dem Wohl der Betroffenen orientierte Qualität der Entscheidung zu treffen.

5.2.4. Sozialrecht

Freiheitseinschränkenden Maßnahmen kommt auch im Sozialrecht eine besondere Relevanz zu. Dies gilt zum einen hinsichtlich der Begründung von Ansprüchen auf Sozialleistungen. Dort findet sich der Anspruch auf Hilfsmittel, die dazu geeignet sein könnten, freiheitseinschränkende Maßnahmen zu reduzieren (§ 33 SGB V). Ob es sich um ein Hilfsmittel handelt, ist im Einzelfall ggf. auch unabhängig von der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis festzustellen (z.B. Krankenbetten). Bei der Begutachtung des Grades der Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 ff SGB XI kommt freiheitseinschränkenden Maßnahmen ebenso eine erhebliche Bedeutung zu. Ihr Einsatz darf nicht unter dem Gesichtspunkt der Pflege erleichternden Maßnahmen unterstellt werden und darf bei der Beurteilung nicht berücksichtigt werden (11).

Im Leistungserbringungsrecht spielen freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Bewertung der Qualität der pflegerischen Leistung eine zentrale Rolle. Die Pflege muss dem allgemein anerkannten Stand der Pflege entsprechen, Leitlinien sowie Expertenstandards einhalten und das Recht auf Selbstbestimmung und die Achtung der Würde der Pflegebedürftigen wahren (§ 2 SGB XI).

Freiheitseinschränkende Maßnahmen, die nicht erforderlich sind, stellen sich als Verstöße gegen die Vorgaben des Pflegeversicherungsrechts dar. Andererseits sind Pflegesätze, die es nachweisbar unmöglich machen, den allgemein anerkannten Stand des Wissens in der Pflege umzusetzen ggf. als nicht mehr leistungsgerecht im Sinne des § 82 SGB XI zu qualifizieren.¹⁷ Dabei ist allerdings auch die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von Maßnahmen zu berücksichtigen, die es möglich machen, auf freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten. Es sind allerdings nicht nur die Nachweise zu bringen, dass Maßnahmen wirksam sind, die auf Gefährdungssituationen reagieren und somit als „Alternativen“ zu freiheitseinschrän-

¹⁷ Vgl. Schmähing, in: LPK SGB XI § 82 Rz. 6.

kenden Maßnahmen eingesetzt werden. Es ist ebenso der Nachweis zu erbringen, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen ihrerseits wirksam sind, um den Gefährdungen (z.B. einer sturzbedingten Verletzung) zu begegnen, die ihre Anwendung in der Praxis „provizieren“ oder auslösen.

5.2.5. Heimrecht

Auch im Heimrecht wird freiheitseinschränkenden Maßnahmen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das gilt sowohl für das Bundesheimgesetz als auch für die seit 2008 bestehenden Landesheimgesetze. Sie alle betrachten die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner als wichtiges Anliegen. Fast alle Landesheimgesetze verpflichten zur Dokumentation freiheitsentziehender (jedoch nicht freiheitseinschränkender) Maßnahmen.¹⁸ In allen Gesetzen wird auf den anerkannten Stand der Fachdisziplinen, die für die Betreuung und Versorgung von Bewohnerinnen tätig sind, verwiesen. Damit werden die einschlägigen Qualitätsmaßstäbe für die Bewertung der Betreuungssituation in Heimen bestimmt.¹⁹ Etwa ärztliche Leitlinien für die Beurteilung ärztlicher Entscheidungen, pflegerische Standards und Leitlinien für die Bewertung der pflegerischen Qualität. Die Einrichtungen sind verpflichtet, ihr fachliches Handeln, nicht nur bezogen auf die Pflege sondern auch in hauswirtschaftlicher, heilpädagogischer, ernährungswissenschaftlicher und sozialarbeitswissenschaftlicher Hinsicht, am jeweils verfügbaren Stand des Wissens zu orientieren. Durch ihre Qualitätsmanagementsysteme und Qualitätssicherungsstrategien haben sie dafür Sorge zu tragen, dass die Erkenntnisse in den Einrichtungen umgesetzt und beachtet werden. Das gilt für Erkenntnisse in einem Themenfeld mit einer so hohen Relevanz für die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen, wie das der freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Hier spielt die Einhaltung konkreter rechtlicher Schutzvorkehrungen für die Bewohnerinnen eine zentrale Rolle.

5.2.6. Weitere Rechtsgebiete

Im Medizinproduktegesetz werden die Gefährdungspotenziale, etwa von Fixiergurten, unmittelbar angesprochen. Es werden allgemeine Anforderungen an den Umgang mit Medizinprodukten gestellt. Kommt es zu Zwischenfällen bei der Anwendung von Medizinprodukten (z.B. Strangulation mit Fixierbandagen und Bettgittern) werden die zuständigen Hersteller und Landesbehörden tätig, um mittels eines Maßnahmenkataloges die Sicherheit der Anwendung von z.B. Fixiergurten zu erhöhen.

Unter Unfallverhütungsgesichtspunkten bestehen ebenfalls Anforderungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege im Umgang mit sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern und der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen unter dem Aspekt des Arbeitsschutzes. Hier werden im Übrigen auch Aspekte der psychischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reflektiert.²⁰

Die Träger der Unfallversicherungen haben freiheitseinschränkende Maßnahmen in

¹⁸ Vgl. *Landesheimgesetz Baden-Württemberg § 13 Abs. 1, Ziff. 9.*

¹⁹ § 11 *HeimG.*

²⁰ *BGW-online.de, Aufbruch Pflege.*

den letzten Jahren vermehrt im Rahmen ihrer Unfallverhütungs- und Arbeitsschutzmaßnahmen unter dem Aspekt der Belastung der beruflich Pflegenden thematisiert, da das Ergreifen von Zwangsmaßnahmen nicht ohne psychische Folgen für die Pflegepersonen bleibt.

5.3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Legitimation

Ein wirksamer Grundrechtsschutz setzt rechtsschützende Verfahren voraus, die im Interaktionshandeln ggf. bedrohten Rechtsgütern Entscheidungsrelevanz garantieren sollen. Der Gesetzgeber hat Art. 104 GG ff freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Legitimation einem besonderen Verfahren unterworfen, das sowohl dem rechtlichen Betreuer oder Bevollmächtigten als auch dem Vormundschaftsgericht verbindliche Funktionen zuordnet.

Die rechtlich gültige Entscheidung über freiheitseinschränkende Maßnahmen wird nicht von Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften getroffen, sondern von rechtlichen Betreuern oder Bevollmächtigten, wenn diese vorhanden sind. Eine stellvertretende Entscheidung der Pflegenden, der Ärzte / Ärztinnen oder der Angehörigen ohne formelle Legitimation ist nach deutscher Rechtsordnung nur für Notfälle zulässig, nicht aber für regelmäßig wiederkehrende oder dauerhafte Maßnahmen.

Im Rahmen dieser Prozeduren ist notwendiger Weise das einschlägige Fachwissen über die Eignung und Erforderlichkeit von oder über Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen einzubringen. Ein Sachverständigengutachten (z.B. ein ärztliches Zeugnis) soll dieses sicherstellen. Dem Vormundschaftsgericht kommt in den gemäß §§ 70 ff FGG, ab 01.09.2009 §§ 312 ff FamFG geregelten Verfahrensschritten eine Art Supervisionsfunktion für die Beteiligten, insbesondere den rechtlichen Betreuern oder Bevollmächtigten zu. Das Vormundschaftsgericht trifft keine eigene Entscheidung im Sinne der Zweckmäßigkeit, sondern vollzieht die vorbereitete Entscheidung eines Betreuers nach und genehmigt diese. Nach § 70c FGG / § 319 FamFG ist eine persönliche Anhörung des Betroffenen, möglichst in seiner „üblichen Umgebung“ erforderlich, wobei hier mit Unterbringungsmaßnahme auch Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB gemeint sind. Im Rahmen des Verfahrens ist dem Leiter der Einrichtung, in der der Betroffene lebt, Gelegenheit zur Äußerung geben. Zudem hat das Gericht einen Arzt (der Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie hat oder Facharzt für Psychiatrie ist) mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen, das auf einer persönlichen Untersuchung basieren soll. Bei Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB reicht ein ärztliches Attest aus, in schweren Fällen wird auch hier ein schriftliches Attest erforderlich sein. Diese anspruchsvollen formellen Voraussetzungen machen deutlich, welche hohen Anforderungen der Gesetzgeber hier setzen wollte.

Grundsätzlich haben Ärztinnen, Ärzte und Pflegende den Betreuer oder Bevollmächtigten in die Entscheidungsfindung einzubinden, bevor das Vormundschafts-

gericht anzurufen ist. Sie selbst haben kein Entscheidungsrecht - von Notfallmaßnahmen und Notstandmaßnahmen abgesehen. Sie bringen ihre Fachkenntnisse in den Entscheidungsprozess ein und schlagen bestimmte Maßnahmen vor. Die Entscheidung trifft die Bewohnerin oder an ihrer Stelle der Bevollmächtigte oder Betreuer. Wenn es diesen nicht gibt, besteht die Verpflichtung, auf die Bestellung eines Betreuers durch Information des Vormundschaftsgerichtes hinzuwirken.

Bis zur Bestellung eines Betreuers entscheidet im Eilfall das Vormundschaftsgericht selbst (§ 1846 BGB), bis zur Entscheidung des Gerichts (oder Betreuers) trifft die Einrichtung alle Entscheidungen, die sie für unabwendbar hält selbst und in eigener Verantwortung.

Von diesen verfahrensrechtlichen Vorgaben wird in der Praxis nicht selten abgewichen. Sie sind auch in den Vorstellungen von sachgerechten Entscheidungen in der Pflege weniger verankert (1). Die Brüchigkeit des vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens zeigt sich in den strafrechtlichen Verfahren gegen Vormundschaftsrichter, die auch ohne persönliche Anhörung und ohne entsprechende Sachverständigenaussagen von Betreuern und Heimen vorbereitete Entscheidungen mittragen.²¹ Diese problematische Entscheidungspraxis verweist im Übrigen auf die hohe Verantwortung von Pflegekräften aber auch Betreuern, die für die fachliche Angemessenheit und die Orientierung von Entscheidungen am Wohl des Betroffenen auch bei Vorliegen vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung weiterhin die Verantwortung tragen. Die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes dient lediglich der formellen Legitimation und der Sicherstellung einer Überprüfung der Erforderlichkeit entsprechender Maßnahmen. Das bedeutet, dass die richterliche Genehmigung nicht als „Anordnung“ zu verstehen ist. Vor jeder Anwendung einer freiheitseinschränkenden Maßnahme muss deren Berechtigung durch die Pflegenden neu überprüft oder reflektiert werden. Das Vormundschaftsgericht überprüft lediglich die fachliche und rechtliche Berechtigung. Verfahrenszuständig ist der Betreuer bzw. die Betreuerin, der / die sofort auf die Maßnahme verzichten muss, wenn sie nicht mehr als erforderlich angesehen werden kann. Hält eine Pflegeperson eine freiheitseinschränkende Maßnahme in dem genehmigten Umfang nicht mehr für erforderlich, hat sie unverzüglich den Betreuer zu informieren und auf einen Verzicht der Maßnahme hinzuwirken.

Handelt es sich um eine freiheitsbeschränkende Maßnahme wie z.B. das Unzugänglichmachen eines Zimmers, so besteht die Genehmigungspflicht des Vormundschaftsgerichtes zwar nicht. Es besteht aber die Verantwortung des rechtlichen Betreuers oder Bevollmächtigten, Freiheitseingriffe zu unterlassen bzw. auf den unbedingt erforderlichen Umfang zu begrenzen. Auch wenn die Schwelle der Freiheitsentziehung nicht überschritten wurde, sind Pflegenden und Mediziner angehalten, Betreuer und Bevollmächtigte an Entscheidungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu beteiligen. Es ist praxisfern, dies für jede alltägliche Maßnahme zu erwarten oder zu verlangen. Somit erscheint die Pflegeplanung als der richtige Rahmen für entsprechende Absprachen.

Diese rechtliche Kompetenzzuordnung für Entscheidungen über Freiheitseingriffe

²¹ Kammergericht Berlin, Urteil vom 28.11.1995, 9U 6782/94.

wird man auch bei der Anwendung der Leitlinie zu beherzigen haben. Leitlinienempfehlungen sind zunächst als mögliche sachdienliche Maßnahme zu qualifizieren, über deren Auswahl und Anwendung in einem Aushandlungsgeschehen mit den Entscheidungsbefugten zu befinden ist. Beruhen die Empfehlungen für bestimmte Maßnahmen auf keiner oder nur sehr geringer Evidenz, so sind diese trotzdem für die Entscheidung heranzuziehen (12).

Sowohl die Pflegenden als auch die rechtlichen Betreuer und Bevollmächtigten haben alle in Betracht kommenden Maßnahmen in ihre Entscheidungsfindung einzubeziehen, die geeignet sein könnten, von Freiheitseingriffen abzusehen oder diese zu minimieren um das elementare Freiheitsrecht der betroffenen Person zu achten und ihrem Wohl zu dienen. Das können und müssen dann auch Maßnahmen sein, die auf der fachlichen Expertise der Pflegenden beruhen und sich als naheliegend anbieten. Es handelt sich hier vor allem um so genannte Maßnahmen nach „gesundem Pflegesachverstand“, für die es häufig keine Belege aus wissenschaftlichen Studien gibt und auch nicht zwangsläufig geben muss. Diese sind z.B. herabgesenkte Betten, Matratzenlager oder ähnliches. Liegen hierzu keine Studien vor, so können gleichwohl diese zur Anwendung kommen, wenn sie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen dienen.

Zusammenfassung

Freiheitseinschränkende Maßnahmen werden von unserer Rechtsordnung als schwerwiegende Eingriffe in die Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen gesehen. Die Charta der Rechte Pflegebedürftiger unterstreicht dieses. Der Gesetzgeber hat in Deutschland bereits im Jahre 1992 auf die praktische Bedeutung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege alter Menschen reagiert und Vorkehrungen zum Schutz der Freiheitsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner getroffen. Ein vormundschaftsgerichtliches Genehmigungsverfahren wurde verbindlich gemacht, wenn es sich bei den freiheitseinschränkenden Maßnahmen um schwerwiegende Freiheitseingriffe handelt, die im deutschen Recht unter dem besonderen Schutz der Artikel 2, 104 GG stehen und als freiheitsentziehende Maßnahmen gewertet werden. Jede freiheitseinschränkende und insbesondere -entziehende Maßnahme wird als „unerwünschter“ Freiheitseingriff angesehen. Auf sie soll in jedem Einzelfall nach Möglichkeit verzichtet werden. Freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen sind nicht nur betreuungsrechtlich relevant sondern auch strafrechtlich: Pflegende, Betreuer, Ärztinnen und Ärzte aber auch Vormundschaftsrichter/-innen machen sich persönlich strafbar, wenn sie bewusst freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen ergreifen oder genehmigen, die zum Wohle der Betroffenen nicht erforderlich wären. Auch im Haftungs-, Sozial- und im Heimrecht sind freiheitseinschränkende Maßnahmen als rechtlich maßgeblich identifiziert worden. Die Entwicklung von Wissensbeständen, die die Praxis unterstützt, auf freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten und auf Gefährdungssitua-

tionen der Bewohnerin anders fachlich zu reagieren, ist von großer Bedeutung. Hierzu leisten u. a. pflegerische Leitlinien ihren Beitrag. Aber nicht erst das Vorliegen evidenzbasierter Wissensbestände verpflichtet dazu, auf freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten. Diese Pflicht besteht grundsätzlich immer. Die Wirksamkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen als Reaktion auf Gefährdungssituationen von pflegebedürftigen Menschen ist ebenfalls nicht erwiesen.

Auch dann, wenn in der Leitlinie keine oder nur eine sehr geringe Evidenz zur Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen zur Reduktion von freiheitseinschränkenden Maßnahmen aufgezeigt werden kann, darf auf deren Einbeziehung in die Entscheidungsfindung um die Erforderlichkeit der Maßnahmen keineswegs verzichtet werden. Es sind alle anderen „vernünftigen“ und schlüssigen Maßnahmen zu ergreifen, die der Verminderung und Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen dienen können. Leitlinien tragen ihrerseits dazu bei, diese Entscheidungen zu versachlichen.



6. Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege

6. Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege

In diesem Kapitel finden Sie den **Hauptteil der Leitlinie mit den Empfehlungen der Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG)** zu verschiedenen Pflegeinterventionen um FEM zu vermeiden, geordnet nach der Stärke der Empfehlung. Die Empfehlungen sind in 24 Unterkapiteln dargestellt (6.1. - 6.24.).

Die Unterkapitel unterscheiden sich bezüglich des Umfangs, ihr Aufbau ist jedoch prinzipiell immer gleich:

1. **Hintergrund:** Hier werden wichtige Hintergrundinformationen zum Thema dargestellt.
2. **Empfehlung:** In einem Kasten findet sich die Empfehlung der LEG zur Eignung der jeweiligen Intervention, die Darstellung der Qualität der Evidenz sowie in der Regel ein Kommentar der LEG. Dieser Kommentar ist je nach Thema und Empfehlungsstärke unterschiedlich ausführlich.
3. **Darstellung der Evidenz zum Thema:** Es folgt eine ausführliche Darstellung und Diskussion der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz zur jeweiligen Intervention. Diese ist wiederum unterteilt in die Abschnitte Kurzzusammenfassung, Ergebnisse der Literaturrecherche, Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Literaturquellen finden Sie in Kapitel 8, S. 258 ff. Es ist jeweils die Anzahl der Stimmen aufgeführt, die sich je nach Anwesenheit der LEG Mitglieder auf unterschiedliche Gesamtheiten bezieht.
4. **Bewertungstabellen:** Wenn aussagekräftige, relevante Studien gefunden wurden, sind diese anschließend in Bewertungstabellen dargestellt, die genauere Informationen zu den Studien und deren Limitierungen enthalten.
5. **Evidenztabellen** (Kapitel 7.5. S. 196 ff.): Im Text wird z.T. auf Evidenztabellen zu den einzelnen Themen verwiesen. Hier werden die Ergebnisse aller eingeschlossenen Studien zu den Themen zusammenfassend dargestellt. Aus dieser Darstellung ergibt sich die Qualität der Evidenz.
6. **Suchstrategien:** In Kapitel 7.8., S. 255 ff. sind die Literatur-Suchstrategien für jede einzelne Intervention (Kapitel 6.1. - 6.24.) dargestellt.

6.1. Empfehlung - Schulungsprogramme

Hintergrund

Schulungsprogramme in der beruflichen Altenpflege sind eine mögliche Intervention zur Vermeidung bzw. Reduktion von FEM (1, 2, 3). Das Joanna-Briggs-Institut hat im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit Schulungsmaßnahmen zur Reduktion von FEM empfohlen (1). Die meisten Programme mit dem Ziel der Reduktion von FEM bestehen aus mehreren Aktivitäten, die den Bedarf an FEM reduzieren wollen und die Pflegenden motivieren wollen, diese freiheitseinschränkende Maßnahmen nicht zur Anwendung zu bringen.

Einige der gesichteten Studien richten die Intervention an die gesamte Einrichtung und weniger an eine einzelne Station oder Abteilung. Die an die gesamte Einrichtung gerichteten Ansätze gingen üblicherweise mit der Bildung eines verantwortlichen Komitees einher (4, 5), waren multidisziplinär angelegt unter Beteiligung aller in die Versorgung der Bewohnerinnen involvierten Professionen wie Pflegende, Ärzte/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Beschäftigungstherapeuten/-innen (6).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Schulungsprogramme in der beruflichen Altenpflege gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Schulungsprogramme werden empfohlen“
(8 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Mehrheit der LEG spricht sich trotz der geringen Qualität der Evidenz dafür aus, Schulungsprogramme zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege zu empfehlen, da eine vergleichsweise starke Evidenz vorliegt und tendenziell positive Effekte in den Studien nachgewiesen wurden. Auch die vorliegende Praxisleitlinie wird im Rahmen eines Schulungsprogramms implementiert. Derzeit bleibt unklar, inwiefern die Schulungsprogramme und deren Einzelkomponenten in der beruflichen Altenpflege zur Reduktion von FEM beitragen. Dies bedarf weiterer empirischer Untersuchungen.

Wirksamkeit von Schulungsprogrammen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Die Analyse der eingeschlossenen Studien zeigt eine geringe Evidenz für eine Reduktion von FEM durch Schulungsprogramme in Kombination mit einer Praxisbegleitung. Ob die alleinige Intervention Schulungsprogramm Auswirkungen auf die Reduktion bzw. Anwendung von FEM hat, bleibt unklar
- Ein standardisierter Schulungsansatz konnte nicht identifiziert werden. Sowohl die Art der Darbietung der Schulungsinhalte (z.B. Workshop, Computer-assistiertes Lernen), als auch die Intensität und Dauer der Schulungsmaßnahmen, die in den einzelnen Studien untersucht wurden, weichen voneinander ab

Ergebnisse der Literaturrecherche

Innerhalb der per Abstract ausgewählten Artikel (n= 8) befindet sich eine systematische Übersichtsarbeit (2), die Programme zur Reduktion von FEM in der Akut- und Altenpflege zusammenfasst. In der Übersichtsarbeit sind ein RCT (7), eine Kohortenstudie (8) und elf Vorher-Nachher-Studien (4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) enthalten. In den in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien konnte, bis auf eine Ausnahme, eine Reduktion von FEM nachgewiesen werden. Das RCT (7) ist in die vorliegende Analyse eingeschlossen und bewertet worden. Außerdem konnten noch zwei weitere RCTs (17, 18) als relevante Publikationen eingeschlossen werden. Ein unveröffentlichtes RCT, die „Redufix- Studie“ aus Deutschland (3), konnte nicht in die Analyse eingeschlossen werden, da bislang keine ausführlichen Ergebnisse publiziert sind und die Autoren auf Anfrage mitteilten, dass die Daten zurzeit nicht zur Verfügung gestellt werden können.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die „Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen“ (siehe Tab. 41, Anhang S. 197) fasst die Bewertung der drei eingeschlossenen RCTs zusammen (7, 17, 18). In zwei RCTs konnten Effekte gezeigt werden (7, 17) in der dritten Studie gab es keine Effekte (18). Diese Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund der methodischen Schwächen und der damit geringen Qualität der Studien interpretiert werden (siehe Bewertungstabellen S. 89 ff. und Evidenztabelle S. 197). Die Analyse der eingeschlossenen Studien zeigt eine geringe Evidenz für die Vermeidung von FEM durch Schulungsprogramme in Kombination mit einer Praxisbegleitung. Ob die Intervention Schulungsprogramm Auswirkungen auf die Reduktion bzw. Anwendung von FEM hat, bleibt somit unklar.

Die **Inhalte der Schulungen** waren unterschiedlich, folgende Inhalte fanden sich:

- Auswirkungen von FEM (5, 7, 17, 18)
- Rechte und Autonomie der Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen, ethische Implikationen (5, 16, 18)
- Mythen und Missverständnisse in Bezug auf die Anwendung von FEM (5, 16)
- Rechtliche und gesetzliche Aspekte der Anwendung und des Entzugs von FEM (5, 8, 18)
- Gefahren und unerwünschte Wirkungen infolge der Anwendung von FEM (18)
- Spezifische Verhaltensauffälligkeiten der Bewohnerinnen, die vorzugsweise zur Anwendung von FEM führen, einschließlich Agitation, aggressivem Verhalten, massiver Ablehnung einer Behandlung, Sturzgefährdung (7, 14, 18)
- Alternativen zur Anwendung von FEM (5, 7, 8, 18)
- Entscheidungsfindung im Kontext von FEM (18)
- Aspekte der Dokumentation (8)
- Sturzprävention (7)
- Medikamentöse Therapien (7)

Tabelle 4: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Evans D et al. 2002 (1)	<p>1. Bestimmung der Effektivität von Schulungsprogrammen zur Minimierung von FEM</p> <p>2. Beschreibung der Merkmale dieser Programme</p>	<p>Systematische Übersichtsarbeit Keine Meta-Analyse</p>	<p>Suchstrategie: Es wurde in den folgenden Datenbanken recherchiert: CINAHL, MEDLINE, Current Contents, Cochrane Library, PsycInfo, Embase, HealthSTAR, Expanded Academic Index. Die Referenzlisten relevanter Publikationen wurden gesichtet. Schlagworte: restrain* in ti, restraint physical [MeSH]: Publicationsbias durch Nichtberücksichtigung nicht-englisch-sprachiger Literatur und unveröffentlichter Literatur ist nicht auszuschließen.</p> <p>Vergleichbarkeit der Studien: Sowohl die Art der Schulungsinhalte als auch die Intensität und Dauer der Schulungsmaßnahmen, die in den einzelnen Studien erprobt wurden, sind höchst unterschiedlich.</p>	<p>Im Rahmen der Suche nach relevanter Literatur konnten die Autoren des Reviews 13 Studien identifizieren, die den Effekt von Programmen zur Reduktion von FEM in Alten- und Pflegeheimen evaluiert haben: elf Studien mit Vorher-Nachher-Design, eine kontrollierte Studie und ein RCT.</p> <p>Das RCT (7) untersuchte in drei US-amerikanischen Alten- und Pflegeheimen die Auswirkungen einer evaluierten Schulungsmaßnahme in Verbindung mit Besuchen durch spezialisierte Krankenschwestern im Vergleich zu alleiniger Schulung oder zu Verzicht auf Schulung und Besuche. Nach einer Beobachtungszeit von 12 Monaten war in der Studiengruppe, in der Schulung und Besuche durch die Experten angeboten wurden, eine Reduktion von FEM von 56% zu verzeichnen. Im Vergleich zur Gruppe, in der die Schulung allein angeboten wurde, mit einer Reduktion von 23%. Auch in der Kontrollgruppe, in der keine Intervention angeboten wurde, war eine Reduktion der Maßnahmen um 11% zu verzeichnen. In weiteren Analysen der Studiendaten konnte gezeigt werden, dass die Reduktion von FEM nicht zu einem Anstieg der Stürze und sturzbedingten Verletzungen führte. Auch der Verzicht auf nächtliche FEMs führte nicht zu einer erhöhten Sturzrate.</p> <p>Eine kontrollierte Studie (8) unterstützt die Effektivität der Reduktion von FEM. Die Studie zeigt, dass die intensive Schulung Pfleger im Rahmen von zehn Sitzungen wirksam war, während die einmalige Schulung über ein bis zwei Stunden einen nur marginalen Effekt hatte.</p> <p>Zehn der elf identifizierten Vorher-Nachher-Studien verweisen ebenfalls auf die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Reduktion von FEM. Allerdings sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, da sie nicht geeignet sind einen Wirksamkeitsnachweis zu erbringen und anfällig für Verzerrungen sind. Die größte Vorher-Nachher-Studie (11) hat die Effekte einer Schulungsmaßnahme untersucht. Eingeschlossen waren 2.075 Bewohnerinnen aus 16 US-amerikanischen Alten- und Pflegeheimen. Die mittlere Rate der Anwendung von FEM wurde von 41% (drei Monate vor Schulung) auf 4% (nach zwei Jahren Beobachtungszeit) reduziert. Die Ergebnisse der im Review identifizierten Beobachtungsstudien mit Vorher-Nachher-Messungen unterstützen die Ergebnisse des RCTs, indem sie keinen Anstieg der Stürze und schweren sturzbedingten Verletzungen in Folge von Interventionen zur Reduktion von FEM aufzeigen.</p>	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 5: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Schulungsinhalte	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Evans LK et al. 1997 (7)	Messung der Effekte von zwei Schulungsinterventionen auf die Reduzierung von FEM. Studiendauer: 12 Monate	RCT	3 Alten- und Pflegeheime in Philadelphia, USA (Bettenkapazität: 180-269) Pflegeheimbewohnerinnen mit kognitiven Einschränkungen Ø 83 Jahre 85 % Frauen n= 463 (643 ==> Drop- Out n = 180)	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen von FEM • Umgang mit spezifischen Verhaltensauffälligkeiten der Bewohnerinnen, die häufig zur Anwendung von FEM führen, (Agitation, aggressives Verhalten, Sturzgefährdung • Alternativen zur Anwendung von FEM • Sturzprävention • Medikamentöse Therapien <p>Die Schulungen wurden von einer GNP durchgeführt, die über einen Masterabschluss verfügt.</p>	INTERVENTION: 1. FEM-Schulung n= 152 Dauer: 6 Monate; 10 Sitzungen à 30 - 45 min. 2. FEM-Schulung wie o.a. & Praxisbegleitung n= 127 Dauer: 12 Std. pro Woche KONTROLLE: 3. Keine Schulung n= 184 ERGEBNISPARAMETER: 1. FEM ja/nein 2. FEM Prävalenz MESSZEITPUNKTE: 1. Studienbeginn 2. 6 Mon. nach Intervention 3. 9 Mon. nach Intervention 4. 12 Mon. nach Intervention	Signifikante Reduktion der Häufigkeit von FEM nach 12 Monaten um 56% in der Interventionsgruppe 2 (FEM Schulung & Praxisbegleitung) <ul style="list-style-type: none"> • Nach 9 Monaten: Reduktion von 20% • Nach 12 Monaten: Reduktion von 18% In der Interventionsgruppe 1 (FEM Schulung) konnte eine Reduktion von FEM nach 12 Monaten von 23% verzeichnet werden. Anmerkung: Bettgitter wurden als FEM in der Studie ausgeschlossen.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 6: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Schulungsinhalte	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Testad I et al. 2005 (17)	Messung der Effekte eines Schulungsprogramms und Praxisbegleitung auf die Reduzierung von FEM. Studiendauer: 7 Monate	RCT	4 Alten- und Pflegeheime in Stavanger, Norwegen Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten Ø 84 Jahre 69,5 % Frauen Demenz n= 142 (151 ==> Drop-Out n = 9)	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen von FEM • Umgang mit spezifischen Verhaltensauffälligkeiten der Bewohnerinnen, die häufig zur Anwendung von FEM führen (Demenz, Agitation, aggressives Verhalten, Sturzgefährdung) • Alternativen zur Anwendung von FEM • Entscheidungsfindungsprozess 	INTERVENTION: FEM Schulung & Praxisbegleitung n= 55 Dauer der Schulung: 6 Std. / Dauer der Praxisbegleitung: 1 Std. pro Woche/ 6 Monate KONTROLLE: Keine Schulung n= 96 (87) ERGEBNISPARAMETER: <ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit von FEM (standardisiertes Interview) • Herausforderndes Verhalten (Messinstrument BARS) 4 MESSZEITPUNKTE	Die Häufigkeit von FEM reduziert sich signifikant (54%) in der Interventionsgruppe und erhöht sich um 18% in der Kontrollgruppe.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 7: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Schulungsinhalte	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Huizing AR et al. 2008 (18)	Messung der Effekte eines Schulungsprogramms mit Praxisbegleitung auf die Reduzierung von FEM. Studiendauer: 8 Monate	Cluster RCT	15 Stationen in 7 Alten- u. Pflegeheimen in den Niederlanden Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung Ø 83 Jahre 79% Frauen Demenz n= 241 (432==> Drop-Out n = 191)	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen von FEM • Rechte u. Autonomie der Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen • Ethische Implikationen • Rechtliche und gesetzliche Aspekte der Anwendung und des Entzugs von FEM • Gefahren und unerwünschte Wirkungen infolge der Anwendung von FEM • Umgang mit spezifischen Verhaltensauffälligkeiten der Bewohnerinnen, die häufig zur Anwendung von FEM führen (Agitation, aggressives Verhalten, Sturzgefährdung) • Alternativen zur Anwendung von FEM • Entscheidungsfindung im Kontext von FEM 	INTERVENTION: FEM Schulung & Praxisbegleitung Dauer der Schulung: 2 Monate; 5 Sitzungen à 2 Std. n= 8 Stationen 43 (48) der Pflegenden besuchten alle Schulungssitzungen KONTROLLE: Keine Schulung & Standardversorgung n= 7 Stationen ERGEBNISPARAMETER: 1. FEM ja/nein 2. FEM Prävalenz 4 MESSZEITPUNKTE: 1. Studienbeginn 2. 1 Mon. nach Intervention 3. nach 4 Mon. 4. nach 8 Mon.	Keine signifikanten Effekte der Schulungsinterventionen auf die Reduktion von FEM. Anmerkung: Auswertung der Daten auf Bewohnerinnen-ebene nicht auf Cluster-ebene.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.2. Empfehlung - Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Hintergrund

Besondere Stationen oder Abteilungen zur Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz etablieren sich zunehmend in der Altenpflege in Deutschland. Darunter werden Stationen oder Bereiche verstanden, in denen Bewohnerinnen mit Demenz nach einem eigenen Konzept gepflegt bzw. versorgt werden. Dieser Betreuungsansatz basiert auf der Annahme, dass Bewohnerinnen mit Demenz besondere psychosoziale Bedürfnisse aufweisen, die eine spezielle Versorgung auf eigens dafür ausgerichteten Abteilungen („Special Care Units“) erforderlich machen (1). Das Konzept der „Special Care Unit“ (SCU) ist auch in anderen Ländern verbreitet. In den USA haben sich SCUs seit den 1980er Jahren zunehmend etabliert (2, 3).

Eine Abteilung zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz stellt eine komplexe Intervention dar, die aus verschiedenen, sich bedingenden und wechselseitig wirkenden Komponenten besteht (4).

In der Literatur werden diesen Abteilungen verschiedene Komponenten zugeschrieben (1, 2, 3, 4):

- Räumliche Abgrenzung zu anderen Abteilungen
- Besondere Anpassung des Umfelds an die Bedürfnisse von Bewohnerinnen mit dementiellen Erkrankungen (z.B. farbliche Gestaltung, verschiedene Sinne ansprechende Reize)
- Erhöhter Personalschlüssel gegenüber traditionellen Abteilungen
- Spezielle Schulung der Pflegeteams bezüglich der Bedürfnisse von Bewohnerinnen mit Demenz
- Spezielles Training und Begleitung der Pflege-Teams hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse von Bewohnerinnen mit Demenz
- Spezielle Programme zur Aktivität oder Beschäftigung der Bewohnerinnen (z.B. Tagesstrukturierende Angebote)

Welche dieser Komponenten im Einzelnen in Abteilungen mit der Bezeichnung SCU tatsächlich umgesetzt werden, ist häufig unklar (1). Bisher liegt keine einheitliche Definition vor, welche Komponenten eine SCU beinhalten muss, um für Bewohnerinnen mit Demenz eine bessere Versorgung zu gewährleisten (1, 3).

In Deutschland haben sich neben den segregativen Betreuungsformen (also Abteilungen, auf denen ausschließlich Bewohnerinnen mit Demenz leben) auch integrative Konzepte entwickelt. Bei integrativen Konzepten leben Bewohnerinnen mit und ohne Demenz in Wohnbereichen zusammen, Bewohnerinnen mit Demenz werden jedoch tagsüber für eine bestimmte Zeitspanne in einem besonderen Bereich betreut (1). Sowohl für integrative als auch segregative Konzepte werden dieselben Komponenten diskutiert.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Abteilungen zur Spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz kann in Erwägung gezogen werden“

(16 von 16 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Abteilungen zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz sollen ein besonderes Betreuungskonzept beinhalten und nicht nur aus gesonderten Räumlichkeiten bestehen. Ein solches Betreuungskonzept soll sich an den im Hintergrund aufgeführten Komponenten orientieren und grundsätzlich als **FEM-freier Raum** angelegt sein.

Eine spezifische Betreuung für Bewohnerinnen mit Demenz kann für die Betroffenen den Vorteil haben, dass sie eine an ihre spezifischen Bedürfnisse angepasste Umgebung und entsprechend geschultes Personal vorfinden. Gleichzeitig sind damit eine soziale Ausgrenzung und eine Stigmatisierung der Bewohnerinnen oder der Abteilung, beispielsweise durch eine räumliche Abtrennung, verbunden. Aus diesem Grund sprechen die Expertinnen und Experten der LEG sich **eher für integrative als für segregative Konzepte** aus.

Bei segregativen Konzepten darf die bauliche Trennung des Bereichs **keine direkte** (z.B. durch Abschließen) **oder indirekte** (durch optische oder elektronische Barrieren) Absperrung der Abteilung sein. Solche Maßnahmen stellen an sich bereits eine **freiheitseinschränkende Maßnahme** dar.

Derzeit ist unklar, welche Komponenten zu möglichen FEM- reduzierenden Effekten des Gesamtkonzepts einer SCU beitragen. Hier besteht Forschungsbedarf bezüglich der Entwicklung und Überprüfung (Evaluation) eines Konzepts für solche Abteilungen.

Weiterhin sollte untersucht werden, welche der oben genannten Komponenten zur Wirksamkeit einer Abteilung zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz beiträgt und inwieweit zusätzliche Komponenten Berücksichtigung finden müssen.

Wirksamkeit von Abteilungen zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz bezüglich der Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es gibt literaturgestützte Hinweise, dass FEM auf Abteilungen zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz in geringerem Umfang angewendet werden
- Die in einer solchen Abteilung vorgehaltenen Versorgungskomponenten scheinen sich günstig auf eine seltenere Anwendung von FEM auszuwirken
- Der Evidenzgrad zur Wirksamkeit der SCUs im Hinblick auf einen FEM-reduzierenden Effekt ist jedoch gering

Ergebnisse der Literaturrecherche

Bezüglich des primären Ergebnisparameters, Reduzierung von FEM, konnten sieben relevante Studien eingeschlossen werden. Die meisten Studien (n= 6) stammen aus dem US-amerikanischen Kontext, eine aus Deutschland. Keine dieser Studien weist ein methodisch hochwertiges Studiendesign auf. Es handelt sich in keinem Fall um ein RCT, sondern vielmehr um Querschnitt-, Vorher-Nachher- und Fall-Kontroll-Studien. Aus diesem Grund wurde die Suche um den indirekten Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten ausgeweitet und speziell nach RCTs gesucht. Die Suche blieb erfolglos, es konnte kein RCT identifiziert werden. Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung (siehe Tab. 42, Anhang S. 198) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studien zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien sind nicht einheitlich. Einige Studien zeigen einen FEM-reduzierenden Effekt von Abteilungen zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz, andere dagegen nicht. Dabei ist insbesondere bei den amerikanischen Studien mit hohen Teilnehmerinnenzahlen zu berücksichtigen, dass der Begriff SCU nicht durchgehend eine hochwertige spezifische Betreuungsform bedeutet und somit der Effekt von SCUs eventuell eher unterschätzt wird. Eine der Studien stammt aus Deutschland (1). Die Ergebnisse sind daher im Hinblick auf die Übertragbarkeit von besonderem Interesse. Hier zeigt sich eine geringere Anwendung von FEM in der Abteilung zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz im Vergleich zur traditionellen Abteilung (Fixierung mit Stecktisch oder Gurt; 7,3% (SCU) im Vergleich zu 19,1% (traditionelle Abteilung)).

Tabelle 8: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Intervention SCU	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Bianchetti et al. 1997 (5)	Kann ein SCU-Konzept die Pflegequalität für Bewohnerinnen mit Demenz verbessern und herausforderndes Verhalten verringern?	Vorher-Nachher-Studie	Bewohnerinnen mit Demenz in einem Altenheim (Italien) Alter Ø 80,9 62,5% Frauen n= 16	20 Plätze (2-Bett-Zimmer) Raum zum Herumwandern Bereich für Therapie (Beschäftigung und Aktivitäten) Türen mit Code-Schloss Orientierungshilfen Schulung des Personals (Demenz, FEM, Umgang mit herausforderndem Verhalten)	INTERVENTION: Umzug der Teilnehmerinnen in SCU ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit und Dauer von FEM (Art k. A.) MESSZEITPUNKTE: vor Umzug nach 6 Monaten	Signifikante Reduktion der mittleren Häufigkeit und Dauer von FEM.	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Buchanan et al. 2005 (6)	Vergleich von Heimbewohnerinnen mit Demenz in SCUs und in traditionellen Abteilungen.	Querschnittstudie	Bewohnerinnen mit Demenz in Altenheimen (USA) mit und ohne SCU Alter Ø 82,0 68% Frauen n= 49.627 (davon n= 11.311 28% in SCU)	Keine Angaben	ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit von FEM (Bettgitter, Stuhl- und körpernahe Fixierungen) ASSESSMENT: Minimum Data Set for Nursing Homes (MDS)	Weniger FEM bei Bewohnerinnen auf SCUs.	Geringe Qualität	Geringe Qualität
---------------------------------	---	--------------------------	---	---------------	--	---	-------------------------	-------------------------

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 9: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Intervention SCU	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Gruneir et al. 2008 (3)	Unterschiede zwischen der Versorgung von Bewohnerinnen in SCUs und traditionellen Abteilungen.	Querschnittstudie	Bewohnerinnen mit Demenz in 1896 Altenheimen (USA) Alter Ø keine Angaben 79% Frauen n= 69.131 (davon n= 28.730 (41%) in SCU)	Abteilungen, die mit dem Ziel gegründet wurden, eine demenzgerechte Versorgung der Bewohnerinnen zu gewährleisten	ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit von FEM (Bettgitter, Stuhl- und körpernahe FEM) ASSESSMENT: Minimum Data Set for NH (MDS)	Kein Unterschied bei der Anwendung von FEM zwischen SCU und Nicht- SCU. Geringere Anwendung von Bettgittern auf den SCUs (21,9% SCU vs. 36,6%).	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Phillips et al. 2000 (7)	Anwendung von körpernahen und medikamentösen FEM bei Bewohnerinnen mit Demenz.	Querschnittstudie	Bewohnerinnen mit Demenz in 841 Einrichtungen, davon 48 SCUs (USA, 4 Bundesstaaten) Alter Ø keine Angaben 73% Frauen n= 71.748 (Anteil SCU k. A.)	Keine Angaben	ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit von körpernahen FEM (Gurte, Stecktische, keine Bettgitter) und medikamentösen FEM ASSESSMENT: Minimum Data Set for NH (MDS)	Kein Unterschied bzgl. der Häufigkeit von FEM zwischen Bewohnerinnen auf SCUs und traditionellen Abteilungen.	Geringe Qualität	Geringe Qualität
--------------------------	--	-------------------	--	---------------	---	---	------------------	------------------

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 10: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Intervention SCU	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Sloane et al. 1991 (8)	Anwendung von körpernahen und medikamentösen FEM bei Bewohnerinnen mit Demenz.	Fall-Kontroll-Studie	Bewohnerinnen mit Demenz in 32 Altenheimen (USA, 5 Bundesstaaten), mit und ohne SCU Alter Ø 82,7 76% Frauen n= 625 (n= 307 SCU; n= 318 Kontrolle)	Abteilungen, in denen mind. 51% Bewohnerinnen mit Demenz leben und die 3 der folgenden Kriterien erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> • Abtrennung zu anderen Abteilungen durch verschlossene Türen • Mind. 50% des Teams mit mind. einem Jahr Erfahrung bei der Pflege geriatrischer Bewohnerinnen • Schulung des Teams zur Pflege bei Demenz • Besondere Aktivitäten für Bewohnerinnen mit Demenz 	ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit von körpernahen FEM (Gurte, Stecktische, keine Bettgitter) und medikamentösen FEM.	Geringerer Anteil von Bewohnerinnen mit FEM und geringere Häufigkeit von FEM bei Versorgung auf einer SCU.	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 11: Bewertungstabellen der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Intervention SCU	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methoden-papier
Thomas DW 1996 (9)	1. Beschreibung der spezifischen Komponenten einer SCU 2. Effekt der Einführung einer SCU auf herausforderndes Verhalten	Vorher-Nachher-Studie	Bewohnerinnen mit Demenz in einem Altenheim (USA) Alter Ø 82,3 66% Frauen n= 15	<ul style="list-style-type: none"> • Bauliche Komponenten • Verbessertes Personalschlüssel • Schulung des Personals (Demenz, Kommunikation bei kognitiv eingeschränkten Personen, Anleitung von Aktivitäten für Bewohnerinnen mit Demenz) • Programm Beschäftigung/ Aktivität (7-22 Uhr) 	INTERVENTION: 3 Monate Beobachtung, Umzug auf SCU, 3 Monate Beobachtung ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit von FEM (keine Angaben zu FEM Definition) MESSZEITPUNKTE: <ul style="list-style-type: none"> • Vor Umzug • Nach 3 Monaten 	Signifikante Reduktion der Häufigkeit von FEM nach Umzug auf SCU. (k. A. zu Effekt-Stärke)	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Weyerer S et al. 2004 (1)	Welche Unterschiede gibt es zwischen Bewohnerinnen mit Demenz in der besonderen Dementenbetreuung und einer Vergleichsgruppe in traditioneller Versorgung?	Querschnittstudie	Bewohnerinnen mit Demenz in mehreren Einrichtungen in zwei deutschen Großstädten (Hamburg, Mannheim) Alter Ø 83 85% Frauen n=903 (n= 733 Hamburg, n= 173 Mannheim)	<ul style="list-style-type: none"> • Milieutherapeutische Grundsätze • baulich-architektonische Aspekte • aktivierende Betreuungsangebote • Verbessertes Personalschlüssel • Schulung des Personals 	ERGEBNIS-PARAMETER: Häufigkeit von FEM (Gurte, Stecktische, Bettgitter) MESSZEITPUNKTE: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Studienbeginn • Nach etwa ½ Jahr 	In den SCUs waren weniger Bewohnerinnen von FEM betroffen als in der traditionellen Pflege (Stecktische/ Gurte 7,3% vs. 19,1%).	Geringe Qualität	Geringe Qualität
---------------------------	--	-------------------	---	--	---	---	------------------	------------------

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.3. Empfehlung - Personenzentrierte Pflege

Hintergrund

Pflegeorganisationskonzepte wie Bezugspflege, Primary Nursing oder Personenzentrierte Pflege gelten als eine Möglichkeit, eine individuelle und bewohnerinnengerechte Pflege zu gewährleisten. Besonders bei Bewohnerinnen mit Demenz können diese Konzepte die Qualität der Versorgung für Bewohnerinnen und Pflegenden verbessern (1, 2, 3). Der Ansatz der personenzentrierten Pflege geht zurück auf Kitwood, der wiederum Ideen von Carl Rogers aufnahm (3, 4). Nach Kitwood ist das übergeordnete Ziel der personenzentrierten Pflege, „dass Personsein von Menschen mit Demenz zu erhalten, zu fördern oder wenn nötig wiederherzustellen. Dabei wird der zugrunde liegende Personbegriff sehr umfassend definiert. Neben der Kognition beinhaltet er Gefühle, Handlung, Zugehörigkeit, Bindungen an andere Personen und Identität“ (4).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Personenzentrierte Pflege gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Personenzentrierte Pflege kann in Erwägung gezogen werden“
(9 von 16 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die LEG vertritt die Auffassung, dass einer Personenzentrierten Pflege nach normativ-ethischen Gesichtspunkten prinzipiell der Vorzug zu geben ist. Aus der ausgesprochenen Empfehlung lässt sich keine Stärkung der Funktionspflege ableiten.

Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz für eine Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege zur Reduktion von FEM vor
- Bezüglich des herausfordernden Verhaltens sind keine eindeutigen Aussagen zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege möglich, eine Studie zeigt widersprüchliche Effekte auf verschiedene herausfordernde Verhaltensweisen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege bezüglich der Reduktion von FEM vor. Die Ausweitung der Suche um den sekundären Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten ergab eine Vorher-Nachher-Studie (2). Die Evidenztafel zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege (siehe Tab. 43, Anhang S. 199) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studie zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Bezüglich der Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege zur Reduktion von FEM liegen keine Studien vor. Die Ergebnisse einer Vorher-Nachher-Studie (2) zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege zeigen keine bzw. unklare Effekte bezüglich des herausfordernden Verhaltens. Es zeigen sich keine Effekte der Intervention auf aggressives und nicht-aggressives körperliches herausforderndes Verhalten. Für das verbale herausfordernde Verhalten zeigt sich im Frühdienst eine Reduktion (erster und letzter Erhebungszeitpunkt), während im Spätdienst ein Anstieg und während der Nachtschicht kein Effekt gemessen wurde. Andere herausfordernde Verhaltensweisen zeigen ähnlich uneinheitliche Effekte. Insgesamt lassen sich auf Grundlage dieser unklaren Resultate und der geringen methodischen Qualität keine Aussagen zu einer Wirksamkeit von personenzentrierter Pflege auf die Vermeidung von FEM und herausforderndem Verhalten darstellen.

Tabelle 12: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Matthews BA et al. 1996 (2)	<p>Hat ein Wechsel von funktionsorientierter zu klientenorientierter Pflege einen Einfluss auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. herausforderndes Verhalten 2. 24-Stunden Schlaf bei dementen Bewohnerinnen 	Vorher-Nachher-Studie	<p>Bewohnerinnen mit Demenz einer Station in einem Altenheim (Australien)</p> <p>21 Frauen, 12 Männer</p> <p>Alter \bar{X} 84,2 (SD 7,8)</p> <p>n= 33</p>	<p>Wechsel von einer funktionsorientierten zu klientenorientierten Pflege</p> <p>Dauer: 16 Wochen (8 Wo. funktionsorientierte, danach 8 Wo. klientenorientierte Pflege)</p>	<p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <p>Herausfordernde Verhaltensweisen (Cohen-Mansfield agitation inventory)</p> <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <p>nach 4, 8, 12, 16 Wo. jeweils 3 Messungen/Tag (Früh-, Spät-, Nachtschicht).</p>	<p>Aggressives Verhalten und nicht-aggressive körperliche Agitation zeigten keine Veränderung. Widersprüchliche Ergebnisse zu verbalen herausfordernden Verhaltensweisen zwischen den Schichten (Reduktion in der Frühschicht, Anstieg in der Spätschicht).</p>	Geringe Qualität	<p>==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwerwiegender Limitierungen der Studienqualität (-1) 2. Indirekte Evidenz mit nennenswerter Ungewissheit (-1) <p>Gesamtbewertung:</p> <p>Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: In keiner Studie werden Nebenwirkungen berichtet.

6.4. Empfehlung - Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

Hintergrund

Der Raum- und Umgebungsgestaltung von Alten- und Pflegeheimen kommt eine zunehmende Bedeutung zu, die über rein ästhetische, dekorative und funktionale Aspekte hinausgeht. Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich von Gebäuden, auch vor dem Hintergrund des Rechts auf angemessenes Wohnen, sind von der Fachwelt anerkannte Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens und des sozialen Miteinanders von Bewohnerinnen. Seit den frühen 80er Jahren beschäftigen sich Architektinnen, Designerinnen und Vertreterinnen von Gesundheit und Pflege mit der angemessenen Gestaltung von Alten- und Pflegeheimen (1). Es wird angenommen, dass die physikalische und räumliche Umgebung bzw. Umwelt das Verhalten von Bewohnerinnen, insbesondere von dementiell erkrankten, maßgeblich beeinflusst (2). Dies betrifft sowohl die Umgebungsgestaltung im Innenbereich als auch die im Außenbereich von Alten- und Pflegeheimen. Die Erweiterung oder Veränderung der räumlichen Umgebung im Innenbereich, beispielsweise durch die Gestaltung einer häuslichen Atmosphäre oder Natur-Szenerie, will das Befinden kognitiv beeinträchtigter Menschen positiv beeinflussen (3). Im Außenbereich wollen z.B. therapeutische Gärten die Lebensqualität der Bewohnerinnen verbessern. Unklar ist, welche Wirkung Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich von Alten- und Pflegeheimen auf die Häufigkeit von FEM bzw. das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen haben.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung können in Erwägung gezogen werden“

(12 von 16 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung werden von der LEG als Maßnahmen zur Gestaltung des Innen- und Außenbereichs von Alten- und Pflegeheimen verstanden. Sie grenzen sich somit von baulich-architektonischen Merkmalen wie Beleuchtung, visuellen / optischen Barrieren und der Milieuthherapie ab. Eine trennscharfe Definition der einzelnen Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung ist nicht gegeben. Ferner bewegen sich die Maßnahmen im Spannungsfeld zwischen der uneingeschränkten Freiheit der Bewohnerinnen und einer Freiheitsbeschränkung. Bei Entscheidungen zu Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung mit dem Ziel, FEM zu vermeiden, gilt es immer auch ethische und rechtliche Aspekte zu berücksichtigen.

Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung werden seit einigen Jahren hierzulande verstärkt diskutiert, u. a. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Das KDA hat zahlreiche Publikationen zu Gestaltungsmaßnahmen im Innen- und Außenbereich stationärer Altenpflegeeinrichtungen vorgelegt mit Empfehlungen, Programmen, Fallbeispielen und Erfahrungsberichten.

Aus Sicht der LEG besteht Forschungsbedarf zum Thema. Derzeit ist unklar, inwiefern Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung in Alten- und Pflegeheimen zur Reduktion von FEM beitragen. In einem ersten Schritt bedarf es einer Benennung, Klärung und Differenzierung konkreter Maßnahmen, um ihre Wirksamkeit auf das Verhalten von Bewohnerinnen und die Anwendung von FEM untersuchen zu können.

Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor
- Die geringe Qualität der Studien und die Heterogenität der Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich erlauben keine Aussagen zu ursächlichen Zusammenhängen bzw. zu ihrer Wirksamkeit auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten
- Die gesichtete Literatur verweist auf einen tendenziell positiven Einfluss von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich von Alten- und Pflegeheimen auf das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Datenbankrecherche führte zu zehn per Abstract ausgewählten Artikeln, die einen Zusammenhang zwischen Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich und dem Verhalten von Heimbewohnerinnen im weitesten Sinne beinhalten (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Weitere drei Studien (11, 12, 13) wurden über die Referenzlisten der Artikel sowie eine Dissertation einer Architektin (14) über die Homepage von Demenz Support Stuttgart (15) gefunden. Es ließ sich keine Arbeit identifizieren, die die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten untersucht und ebenso keine systematische Übersichtsarbeit zum Thema. Es wurden elf Arbeiten (3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14) aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen: diese bezogen sich auf Wohngruppenkonzepte spezieller Dementenbetreuung (Special Care Units), Milieugestaltung, visuelle Stimuli und das Bewegungsverhalten von Bewohnerinnen und besaßen keine inhaltliche und methodische Relevanz für die Fragestellung. Ebenso wurden Arbeiten ausgeschlossen, die in der Übersichtsarbeit (1) berücksichtigt sind.

Eingeschlossen wurde eine Übersichtsarbeit (1) zum Einfluss von Design in Demenzsettings, eine Korrelationsstudie (2) zum Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und der Umgebung von Heimen sowie eine Beobachtungsstudie (8), die den Einfluss eines „wander gardens“ auf das Verhalten von Bewohnerinnen mit Demenz untersucht.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Von den in der Übersichtsarbeit (1) enthaltenen 71 methodisch sehr heterogenen Studien von überwiegend explorativem Charakter (quasi-experimentell, korrelativ, longitudinal, ethnographisch, Vorher-Nachher) mit eher kleinen Stichproben, waren 18 relevant für die Frage nach dem Einfluss von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten von Heimbewohnerinnen. Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innenbereich wurden in 16 Studien untersucht: Nur eine quasi-experimentelle Studie mit einer sehr kleinen Stichprobe (n= 10) untersuchte u.a. als primären Ergebnisparameter FEM mit dem Ergebnis, dass helles Licht (unklar, ob in Form der Beleuchtung oder Therapie) nicht zur Reduktion von FEM bzw. herausforderndem Verhalten führt. Sechs weitere Studien weisen darauf hin, dass helles Licht (sowohl in Form von Beleuchtung als auch Therapie) bzw. die Umgebung beim Baden herausforderndes Verhalten reduziert. Zwei Studien zeigen auf, dass die (nicht näher erläuterte) Umgebungsgestaltung mit herausforderndem Verhalten assoziiert ist.

Eine quasi-experimentelle Studie kommt zum Ergebnis, dass eine erweiterte Umgebung innerhalb des Gebäudes, in Form der Gestaltung und Simulation einer häuslichen bzw. der Natur ähnlichen Atmosphäre, das Verhalten und die Stimmung der Menschen mit Demenz positiv beeinflusst. Weitere drei Untersuchungen zeigen, dass unterschiedlich gestaltete visuelle Barrieren (Stoff, Spiegel etc.) das ruhelose Umherwandern („Wandering“) von Bewohnerinnen reduzieren. Weiterhin kommen drei Arbeiten zum Ergebnis, dass gestalterische und bauliche Maßnahmen mit einer verbesserten Orientierung der Bewohnerinnen assoziiert sind. Im Hinblick auf Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Außenbereich kommen zwei Beobachtungsstudien zum Ergebnis, dass eine Umgebungserweiterung im Freien, d. h. außerhalb des Gebäudes, in speziellen Einrichtungen für Menschen mit Demenz deren aggressives und herausforderndes Verhalten reduziert. Der Korrelationsstudie (2) zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und der Umgebungsgestaltung im Innenbereich einer Altenpflegeeinrichtung. Die eingeschlossene Beobachtungsstudie (8) untersucht das Verhalten und den Medikamentenverbrauch von Bewohnerinnen einer speziellen Einrichtung für Menschen mit Demenz ein Jahr vor und nach der Öffnung eines „wander gardens“. Den Ergebnissen zufolge führt der zusätzlich eingerichtete „wander garden“ zu einer Reduktion des herausfordernden Verhaltens. Aufgrund der Heterogenität der Studien und Ergebnisparameter, insbesondere die der Übersichtsarbeit (1), wurde von einer zusammenfassenden Darstellung im Rahmen einer Evidenztabelle abgesehen.

Tabelle 13: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methoden-papier
Day K et al. 2000 (1)	Frage nach empirischen Daten zu Design und Demenz bzw. therapeutischem Einfluss von Design in Demenzsettings: a) Planungsprinzipien b) Umgebungsfaktoren c) Bauorganisation d) Spezifische Räume	Übersichtsarbeit, keine systematische Übersichtsarbeit, keine Metaanalyse	<p>Suchstrategie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Stichwortsuche in Datenbanken Psych Abstracts, Medline, MAGS, CAT 2) Systematische Suche in 8 potentiellen Journals aus Gerontologie u. Design ab 1980 3) Referenzlisten <p>Einschlusskriterien: ab 1980 (1981-1996); empirische Studien; englischsprachig; Fokus auf Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und Pflegenden; Fokus auf Beziehung zwischen Design / Umgebung und Wohlbefinden ebengenannter; Definition der Umgebung: Architektur, Innenarchitektur, Umgebungsdesign; Ausschlusskriterien: Produktdesign, sensorische und soziale Umgebung.</p> <p>Vergleichbarkeit der Studien</p> <p>Heterogene Studienarten mit zumeist sehr kleinen Stichproben (max. 10 TN): Quasi-experimentelle, Vorher-Nachher-Studie, Experiment, Cross-sectional, Longitudinalstudie, Ethnographische Studie.</p> <p>Studienqualität</p> <p>Die Studien wurden keiner systematischen Validitätsprüfung unterzogen;</p> <p>Keine methodischen Angaben zur Auswertung der Studien; kleine Stichproben, fehlende o. inadäquate Vergleichsgruppen, keine angepassten Baselinecharakteristika, unterschiedliche Demenzstadien, Interrelation zwischen verschiedenen Designinterventionen.</p>	<p>Von n= 71 sind n= 16 Studien relevant bzgl. folgender Ergebnisparameter im Innenbereich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) FEM (1): Helles Licht nicht assoziiert mit Reduktion von FEM oder herausforderndem Verhalten 2) Herausforderndes Verhalten (HV) (6): Helles Licht (Beleuchtung und Therapie) (3) und Umgebung beim Baden (3) reduziert HV 3) Herausforderndes Verhalten (2): Umgebungsfaktoren sind mit HV assoziiert 4) Ruheloses Umherwandern (3): Barrieren (Stoff, Spiegel etc.) reduzieren ruheloses Umherwandern 5) Orientierung (3): Schilder, Training und Bauweise sind mit verbesserter Orientierung assoziiert 6) Verhalten und Stimmung (1): erweiterte Umgebung (Natur, Häuslichkeit) beeinflusst Verhalten und Stimmung von Heimbewohnerinnen positiv <p>Von n= 71 sind n= 2 Studien relevant bzgl. folgender Ergebnisparameter im Außenbereich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aggression (1): „exterior environment“ reduziert aggressives Verhalten von Menschen mit Demenz und Alzheimer 2) Herausforderndes Verhalten (1): freier Zugang zu „outdoor area“ von Bewohnerinnen in speziellen Einrichtungen reduziert herausforderndes Verhalten 	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 14: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Umgebungsfaktoren	Ergebnisparameter Messinstrumente	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Low LF et al. 2004 (2)	Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und der Umgebung des Heimes.	Korrelationsstudie	Bewohnerinnen aus 11 Heimen in Australien Altersdurchschnitt 82 Jahre 72,8% Frauen 57,7% mit Demenz n= 647	Keine Angaben zur Definition der Umgebung bzgl. Design, Personal, Bewohnerinnenumgebung	ERGEBNISPARAMETER: Risikoverhalten der Bewohnerinnen, das zur Selbstverletzung führt MESSINSTRUMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • Harmful Behavior Scale: uncooperativeness, active self-harm, risk-taking, passive self-harm, disorganised behaviour • Abbreviated Mental test Scale: cognitive status • Resident Classification Index: functional status; Fragebogen für Heime zur Beurteilung der Umgebung 	Hinweis auf Zusammenhang zwischen Umgebung und Verhalten der Bewohnerinnen: Assoziation zwischen unkooperativem Verhalten und Umgebung, die gekennzeichnet ist von Mehrbettzimmern und Abhängigkeit der Bewohnerinnen.	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 15: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika des Gartens	Ergebnisparameter Messinstrumente	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Detweiler MB et al. 2008 (8)	Einfluss eines zusätzlich eingerichteten „wander gardens“ auf das Verhalten von Bewohnern einer speziellen Einrichtung für Menschen mit Demenz.	Beobachtungsstudie	<p>Bewohner einer Station für Menschen mit Demenz, USA</p> <p>Ø 81 Jahre</p> <p>100% Männer</p> <p>100% mit Demenz, davon 1/3 im Rollstuhl, 2/3 mobil</p> <p>n= 34</p>	„Wander Garden“: bietet freien, sicheren Zugang zur Natur, um Bewegung zu ermöglichen und alle Sinne zu stimulieren – ausgehend vom Esszimmer, Flur; geöffnet nach dem Frühstück, geschlossen nach dem Abendbrot; geschlossen bei schlechtem Wetter.	<p>ERGEBNISPARAMETER</p> <p>1) Unangemessenes Verhalten (= verbale und physische Aggressivität)</p> <p>2) Medikamentenverbrauch</p> <p>MESSINSTRUMENTE</p> <p>1) Cohen-Mansfield Agitation Index (CMAI)</p> <p>2) Dokumentation von Vorfällen herausfordernden Verhaltens in 4 Schweregraden</p> <p>3) Dokumentation benötigter Medikamente</p> <p>4) Befragung von Personal und Angehörigen zum Verhalten der Bewohner</p> <p>BEOBACHTUNGSZEIT-RAUM:</p> <p>Beobachtung der Bewohner 1 Jahr vor und 1 Jahr nach Öffnung des Gartens</p>	<p>Nach 2 Jahren geringere CMAI-Werte (Reduktion im Mittel um 3 Punkte); Bewohner, die den Garten häufiger nutzten zeigten weniger herausforderndes Verhalten (R=-.388, P< .05), während extreme physische Aggressivität häufiger auftrat (Steigerung von 4 auf 16 Fälle).</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Der Garten hat das Verhalten der Bewohner sowohl positiv als auch negativ beeinflusst, während Personal und Angehörige übereinstimmend den Garten zur Reduktion des herausfordernden Verhaltens befürworten.</p>	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden Nebenwirkungen berichtet. Insgesamt ist ein leichter Anstieg von körperlichen Unfällen, insbesondere der mit hohem Schweregrad, nach einem Jahr zu verzeichnen.

6.5. Empfehlung - Signalsysteme

Hintergrund

Über den Einsatz von technischen Hilfsmitteln bei der Versorgung von älteren Menschen wird seit einigen Jahren viel diskutiert. Verschiedene technische Hilfsmittel scheinen zunehmend Einzug in die Altenpflege zu nehmen. So werden Systeme zur elektronischen Signalgebung bzw. Alarmierung zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung vermehrt nachgefragt und diskutiert (1). Bei technischen Hilfsmitteln kann zwischen Low Technology („Low Tec“) und High Technology („High Tec“) unterschieden werden.

Unter „Low Tec“ fallen beispielsweise Handgriffe oder Rampen. Unter „High Tec“ fallen Systeme, die auf Elektronik und Mikroelektronik basieren, wie beispielsweise Notrufsysteme oder Systeme mit Sensoren bzw. Bewegungsmeldern (1).

Im Rahmen der Leitlinie werden in erster Linie technische Systeme zur Signalgebung bzw. Alarmierung betrachtet.

Hierzu zählen:

- Systeme zur Standortbestimmung (englisch: tracking), z.B. GPS-Sender in Kleidung oder Schuhen
- Systeme zur Alarmierung (englisch: tagging). Dies sind einerseits Systeme, die zur Alarmierung bei Annäherung oder Verlassen eines bestimmten Ortes (z.B. einer Tür des Wohnbereichs) eingesetzt werden, und andererseits Systeme, die ein Signal bei Lage- oder Positionsänderung abgeben (z.B. Sensormatten oder Sender, die das Aufstehen aus dem Bett signalisieren)
- Für die Leitlinie zählen solche Systeme nicht als Signalsysteme, die durch Sensoren oder Bewegungsmelder automatische Beleuchtungen an- oder abschalten

Der Einsatz von Signalsystemen bei Bewohnerinnen mit Demenz wird kontrovers diskutiert und wirft verschiedene Fragen und Probleme auf (1, 2, 3).

Einerseits gibt es technische Probleme zu bedenken, beispielsweise die Zuverlässigkeit der Systeme (z.B. Fehllarm oder technisches Versagen), das Fehlen klarer Standards oder Kriterien für die Auswahl eines bestimmten Systems sowie die spezifische Eignung einzelner Systeme für Personen mit Demenz (1). Ein weiteres Problem stellt die Akzeptanz der Bewohnerinnen gegenüber Signalsystemen dar, denn nicht immer akzeptieren Bewohnerinnen mit Demenz das Anbringen von Sensoren oder Sendern an der Kleidung oder am Körper (so wird in verschiedenen Studien berichtet, dass Bewohnerinnen die Sensoren oder Sender entfernten bzw. nicht tragen wollten) (1, 3, 4, 5).

Zweitens sind ethische Fragen und Probleme mit dem Einsatz von Signalsystemen verbunden. Ziel der Anwendung von Signalsystemen ist es, die Sicherheit von Bewohnerinnen mit Demenz zu gewährleisten sowie die Pflegenden zu entlasten (1, 6, 7, 8). Allerdings kann der Einsatz dieser Systeme die individuelle Freiheit und Autonomie der Bewohnerinnen potentiell einschränken (1, 11). Dieses Dilemma kann nur durch ein sorgfältiges Abwägen zwischen der Verantwortung für das Wohlergehen der Beteiligten und der Wahrung von Autonomie und Freiheit der Bewohnerinnen gelöst werden (1, 9). Darüber hinaus darf der Einsatz von Signalsystemen nicht mit einer Reduktion der personellen Zuwendung einhergehen (10).

Neben diesen ethischen Problemen ergeben sich auch rechtliche Fragen zur Balance zwischen der Sicherheit der Bewohnerinnen und ihren Freiheitsrechten. Mehrere Gerichte haben sich bereits mit der Wahrung der Bewohnerinnenrechte im Zusammenhang mit dem Einsatz von Alarmsystemen befasst (11). Die bisherige Rechtsprechung legt die Grenzen des Persönlichkeitsrechts recht weit aus und beurteilt beispielsweise in der Kleidung implantierte Chips zur Standortbestimmung nicht als FEM, während ähnliche Maßnahmen bei Strafgefangenen von Gerichten als FEM gewertet werden (z.B. die elektronische Fußfessel, ebenfalls ein System zur Standortbestimmung) (11). Die Argumentation der Gerichte bezieht sich im Kern darauf, dass Signalsysteme an sich keine Einschränkung der Bewegungsfreiheit bedeuten, sondern lediglich zur Benachrichtigung der Pflegenden dienen (11). Das bedeutet, dass dem Einsatz von Signalsystemen ein Handlungskonzept zugrunde liegen muss, das festlegt, wie auf einen ausgelösten Alarm im Einzelfall reagiert wird.

Häufig sind Bewohnerinnen mit Demenz nicht mehr in der Lage, mögliche Alternativen zum Einsatz von Signalsystemen zu beurteilen bzw. die jeweiligen Folgen abzuschätzen. Auch Angehörige oder Betreuer sehen sich mit dem Prüfen von Alternativen häufig überfordert (1). Neben der technischen Funktionalität von technischen Systemen sollte deren klinischer Nutzen (z.B. die Wirksamkeit zur Reduktion von FEM) belegt sein (1). Dieses gilt auch im Hinblick auf die z.T. nicht unerheblichen Anschaffungs- und Unterhaltungskosten der Systeme.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch den Einsatz von Signalsystemen gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Signalsysteme können in Erwägung gezogen werden“
(10 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Der Einsatz von Signalsystemen zur dauerhaften Überwachung, beispielsweise durch Videokameras oder akustische Systeme (z.B. „Babyphone“ u.ä.) bei BewohnerInnen mit Demenz wird grundsätzlich abgelehnt. Systeme, die mit Hilfe von Bewegungsmeldern oder Sensoren Lampen oder Beleuchtung an- bzw. abschalten, stellen nach Meinung der LEG keine Signalsysteme dar, die potentiell als FEM gewertet werden können.

Der Einsatz von Signalsystemen tangiert die Menschenwürde der BewohnerInnen und stellt einen Eingriff in deren Intimsphäre dar. Der Einsatz ist abhängig von der Zustimmung der BewohnerInnen bzw. ihrer gesetzlichen Vertretung, die sich allein an dem Wohl der Betroffenen und ihren Wünschen zu orientieren haben. Im Vergleich zu freiheitsentziehenden Maßnahmen stellen solche Systeme möglicherweise einen geringeren Rechtseingriff für die Betroffenen dar. Es bedarf in jedem Einzelfall der Prüfung, ob die Maßnahmen geeignet und angesichts der Risiken angebracht sind, und sich als möglicherweise geringerer Grundrechtseingriff darstellen.

Der Einsatz von Signalsystemen muss immer auf einem Handlungskonzept basieren, welches festlegt, wie auf ein ausgelöstes Signal im Einzelfall reagiert wird. Außerdem ist die persönliche Einstellung der jeweiligen Bewohnerin zu solchen technischen Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Der Einsatz muss die Privat- und Intimsphäre der BewohnerInnen wahren. Die eingesetzten Signalsysteme müssen also verhältnismäßig sein. Eine individuelle differenzierte Risikoabschätzung ist erforderlich.

Eine Alternative bzw. Ergänzung zur Anwendung von Signalsystemen könnte der Einsatz von ehrenamtlichen Helfern sein. Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes von 2008 wird eine Ausweitung des Ehrenamtes auch in der Versorgung von Menschen mit Demenz explizit genannt.

Der klinische Nutzen und der mögliche Schaden von Signalsystemen und der angewendeten Handlungskonzepte bei BewohnerInnen in stationären Altenpflegeeinrichtungen muss dringend überprüft werden, auch im Hinblick auf die Reduktion von FEM.

Die Akzeptanz der Zielgruppe der älteren Menschen ist weiter zu erforschen, handelt es sich doch derzeit v.a. um Menschen, die während ihres Lebens relativ wenig Umgang mit technischen Hilfsmitteln hatten.

Wirksamkeit von Signalsystemen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Der Einsatz von Signalsystemen bei Bewohnerinnen mit Demenz wirft neben technischen auch ethische sowie menschen- und zivilrechtliche Fragen auf, die bei der Entscheidung über den Einsatz von technischen Systemen Beachtung finden müssen
- Neben dem Nachweis von technischer Funktionalität muss auch der Nachweis eines klinischen Nutzens erbracht werden, also inwieweit der Einsatz von Signalsystemen geeignet ist, FEM zu reduzieren
- Der Nachweis eines klinischen Nutzens von Signalsystemen zur Reduktion von FEM liegt derzeit nicht vor

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es konnten keine relevanten Studien ermittelt werden, die die Wirksamkeit von Signalsystemen auf FEM untersucht haben. Die Ausweitung der Suche um indirekte Ergebnisparameter ergab zwei systematische Übersichtsarbeiten, die die Wirksamkeit von Signalsystemen auf das ruhelose Umherwandern untersuchen, jedoch keine Studien mit ausreichender methodischer Qualität einschließen konnten.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Nachweis eines klinischen Nutzens von Signalsystemen zur Reduktion von FEM liegt derzeit nicht vor.

Tabelle 16: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Signalsystemen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Siders C et al. 2004 (5)	Untersuchung der wissenschaftlichen Evidenz nicht-medikamentöser Interventionen zur Reduktion von ruhelosem Herumwandern.	Systematische Übersichtsarbeit	<p>Suchstrategie Datenbanken: AGE-Line, CINAHL, COCHRANE Database of Controlled Trials, Medline, PSYInfo. Die Referenzlisten relevanter Publikationen wurden gesichtet.</p> <p>Suchbegriffe absond, ambulation, ambulatory behavior, egress, elopement, exit*, exit behavior, loco*, psychomotor agitation and walking, wandering, wayfinding, dementia, elderly</p> <p>Kriterien zur Qualitätsbewertung scheinen angemessen (nur Qualitätsmängel der eingeschlossenen Studien werden beschrieben)</p> <p>Vergleichbarkeit der Studien durch Auswertung nach Intervention</p>	<p>2 Studien wurden eingeschlossen, die sich mit der Auswirkung von Signalsystemen auf das ruhelose Umherwandern befassen. (Systeme, die einen Alarm auslösen oder ein Signal abgeben, wenn der Träger eines Senders einen bestimmten Ort erreicht, z.B. den Eingangsbereich einer Abteilung etc.).</p> <p>Schlussfolgerung Aufgrund der sehr schwerwiegenden methodischen Limitierungen (z.B. sehr geringe Stichprobengröße (n= 3 / n= 5), fehlende Kontrollgruppe) lassen sich aus den vorliegenden Studien keine Nachweise für eine Wirksamkeit von Signalsystemen zur Reduktion von ruhelosem Herumwandern ableiten.</p>	-	-

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.



Tabelle 17: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Signalsystemen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methoden-papier
Robinson L et al. 2006 (3)	Untersuchung der Effektivität, Effizienz und Akzeptanz nicht-medikamentöser Interventionen zur Vermeidung oder Reduktion des ruhelosen Herumwanderns.	Systematische Übersichtsarbeit	<p>Datenbanken Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, Social Science Citation Index, CINAHL, PsycINFO, HEED, ADEAR, National ResearchRegister, Ageline, AgeInfo., plusHandsuche.</p> <p>Suchbegriffe (Kombination aus #1, #2 und #3) #1: Dementia, delirium, Alzheimer's, Pick, Huntington, Creutzfeldt, JCD, Binswanger, Korsakoff, Wernicke, Lewy OR (cognition, memory) AND (impairment, decline, disorder, disturbance, defect, confusion) #2: Wandering, walking, pacing, ambulation, escape, elopement, orientation, agitation, restlessness, sundowning #3: Tagging, tracking, alarms, electronic, restraints, locks, Buxton chairs, barriers, cocoons, complementary therapies, snoezelen, aromatherapy, sensory therapies, music therapies, exercise, environment, smart homes, lighting, design, education, management, therapy, behaviour, activities, distraction, prevention, intervention</p> <p>Studiendesigns (Wirksamkeit) RCTs , CCTs, Vorher-Nachher-, Kohorten-, Fall-Kontroll-Studien.</p> <p>Kriterien zur Qualitätsbewertung sind adäquat an das Studiendesign angepasst.</p> <p>Vergleichbarkeit der Studien durch Auswertung nach Intervention.</p>	Es konnten keine Studien zur Wirksamkeit von technischen Systemen eingeschlossen werden. Der Nachweis der Wirksamkeit von technischen Systemen zur Reduktion von ruhelosem Herumwandern steht derzeit aus.	-	-

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.6. Empfehlung - Spezifische Beschäftigungsprogramme

Hintergrund

Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz wird als wichtiger Grund für die Anwendung von FEM genannt. Die Reduktion solcher Verhaltensweisen wirkt sich möglicherweise reduzierend auf die Anwendung von FEM aus. Ein Ansatz zur Verminderung von herausforderndem Verhalten sind Programme zur Tagesstrukturierung oder Beschäftigung (1, 2). Damit sind nicht normale, im Rahmen der alltäglichen Pflege stattfindende Beschäftigungsangebote oder tagesstrukturierende Angebote gemeint, sondern darüber hinaus gehende, zusätzliche spezifische Angebote, die von speziell ausgebildetem oder eigens dafür geschultem Personal in einer Einrichtung durchgeführt werden.

Es gibt unterschiedliche Ansätze für spezifische Beschäftigungsprogramme. Manche Programme finden z.B. für einen begrenzten Zeitraum (beispielsweise 30 Minuten täglich) statt. Andere Programme sehen ein ganztägiges Beschäftigungsangebot für Bewohnerinnen vor.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch spezifische Beschäftigungsprogramme gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Spezifische Beschäftigungsprogramme können in Erwägung gezogen werden“
(10 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Leitlinienentwicklungsgruppe ist der Ansicht, dass Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung für Bewohnerinnen im Rahmen der täglichen Standardversorgung ein notwendiges und wichtiges Angebot darstellen. Darüber hinausgehende zusätzliche spezifische Angebote zur Beschäftigung oder Tagesstrukturierung, die von speziell ausgebildetem oder eigens geschultem Personal in einer Einrichtung angeboten werden, können in Erwägung gezogen werden. Diese spezifischen Beschäftigungsangebote können für Bewohnerinnen, gerade mit Demenz, zur Tagesstrukturierung beitragen.

Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt ein schwacher Hinweis für einen reduzierenden Effekt von spezifischen Beschäftigungsprogrammen in Kleingruppen auf FEM vor
- Es liegt kein Nachweis für einen reduzierenden Effekt von spezifischen Beschäftigungsprogrammen auf herausforderndes Verhalten vor
- Die Qualität der Evidenz ist sehr gering
- Es liegt keine Evidenz zu Auswirkungen von Programmen zur Tagesstrukturierung vor

Ergebnisse der Literaturrecherche

Bezüglich des Ergebnisparameters FEM liegt eine relevante Studie vor (4). Die Ausweitung der Suche um den Ergebnisparameter „Herausforderndes Verhalten“ ergab drei weitere relevante Treffer (1, 2, 3). Eine dieser Studien (2) wurde aufgrund gravierender methodischer Limitierungen ausgeschlossen. Somit wurden insgesamt drei Studien in die vorliegende Bewertung eingeschlossen. Nur eine dieser Studien, die den Ergebnisparameter „Herausforderndes Verhalten“ untersucht, weist ein methodisch hochwertiges Studiendesign (RCT) auf (3). Bei den anderen Studien handelt es sich um Vorher-Nachher-Studien (1, 4). Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen (siehe Tab. 44, Anhang S. 200) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studien zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse einer Vorher-Nachher-Studie deuten bezüglich der Reduktion von FEM (n= 1) auf einen positiven Effekt des untersuchten spezifischen Beschäftigungsprogramms hin.

Bezüglich einer Reduktion von herausforderndem Verhalten sind die Ergebnisse widersprüchlich. Eine methodisch hochwertige Studie (3) und eine Vorher-Nachher-Studie (4) zeigen keine Effekte der untersuchten spezifischen Beschäftigungsprogramme. Eine weitere Vorher-Nachher-Studie (1) weist auf einen reduzierenden Effekt des untersuchten spezifischen Beschäftigungsprogramms auf herausforderndes Verhalten hin. Diese Ergebnisse müssen aber unter Berücksichtigung der methodischen Schwächen bewertet werden.

Tabelle 18: Bewertungstabelle der eingeschlossene Studie zur Wirksamkeit von Spezifischen Beschäftigungsprogrammen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der spezifischen Beschäftigungsprogramme	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Martichuski DK et al. 1996 (4)	Nutzen von Pflegeassistenten geleiteten Aktivitäts-Kleingruppen in spezialisierten Demenzstationen.	Vorher-Nachher-Studie	<p>Bewohnerinnen mit Demenz</p> <p>mehrere Einrichtungen (USA)</p> <p>Alter 71 bis 90</p> <p>68% Frauen</p> <p>Demenz von mittel- bis schwergradig.</p> <p>3 Gruppen (keine Unterschiede bzgl. Grad der Demenz zwischen Gruppen)</p> <p>n= 51</p>	<p>Bildung von Kleingruppen (6-8 Personen), die gemeinsam leben und gemeinsame Aktivitäten durchführen (Denkspiele, Bewegungstraining, Backen etc.).</p> <p>Dauer / Häufigkeit: 1 mal pro Woche über 12 Wochen</p>	<p>INTERVENTION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 Kleingruppen mit Beschäftigung <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FEM (Art k. A.) • Herausforderndes Verhalten • (Behavior Mapping Checklist) <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Wochen vor Implementierung der Intervention • 12 Wochen nach der Implementierung 	<p>Keine Veränderung bzgl. negativen oder positiven Verhaltens.</p> <p>Reduktion von FEM (geht jedoch auf nur eine der drei Gruppen mit starker Reduktion zurück).</p>	Geringe Qualität	<p>Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 19: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von Spezifischen Beschäftigungsprogrammen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der spezifischen Beschäftigungsprogramme	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Beck CK et al. 2002 (3)	Effekte von Interventionen bzgl. der Verminderung Herausfordernden Verhaltens bei Bewohnerinnen mit Demenz im Altenheim.	Randomisiert-kontrollierte Studie	<p>Bewohnerinnen mit Demenz in mehreren Einrichtungen (USA)</p> <p>Alter Ø 83,64</p> <p>81% Frauen</p> <p>MMSE Ø 10,55</p> <p>n= 127</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ADL-basierte Aktivitäten • Psychosoziale Aktivitäten • Kombination 	<p>INTERVENTIONEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL • Psychosoziale Aktivitäten • Kombination <p>KONTROLLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placebo • keine Intervention (usual care) <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herausforderndes Verhalten (Disruptive Behaviour Scale- DBS) 	Kein Effekt der Interventionen auf herausforderndes Verhalten.	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Indirekte Evidenz mit nennenswerter Ungewissheit (-1) <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>
Kolanowski AM et al. 2005 (1)	Effizienz eines Aktivitätsprogramms auf Herausforderndes Verhalten und Passivität bei Bewohnerinnen mit Demenz.	Vorher-Nachher-Studie	<p>4 Einrichtungen (USA) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten</p> <p>Alter Ø 82.3 (SD 7.5)</p> <p>77% Frauen</p> <p>MMSE Ø 8.6 (SD 7.2)</p> <p>n= 30</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fertigungsorientierte Aktivitäten (ADL) • Interessensorientierte Aktivitäten • Kombination <p>Dauer: 20 Min / Tag für 12 Tage</p>	<p>INTERVENTIONEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fertigungsorientierte Aktivitäten • Interessensorientierte Aktivitäten • Kombination <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herausforderndes Verhalten (CMAI) 	<p>Signifikante Reduktion des herausfordernden Verhaltens in allen Gruppen (Effektgröße k. A).</p> <p>Keine Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionen.</p>	Geringe Qualität	<p>Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Indirekte Evidenz mit nennenswerter Ungewissheit (-1) <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.7. Empfehlung - Aktive und passive Musikinterventionen

Hintergrund

Die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie definiert Musiktherapie als den „(...) gezielten Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.“ Der Begriff „Musiktherapie“ bezeichnet unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutisch zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie. Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen“ (www.musiktherapie.de). Musiktherapie kann in **Einzel- oder Gruppensitzungen** stattfinden und wird als **aktive Form (selbst musizieren und / oder singen)** oder **rezeptive / passive Form (Musik und / oder Gesang hören)** durchgeführt.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch den Einsatz von aktiver und passiver Musik gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG) folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Aktive und passive Musikinterventionen können in Erwägung gezogen werden“
(12 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Der im Rahmen der Literaturrecherche verwendete Begriff „Musiktherapie“ wurde in der LEG eingehend diskutiert. Die Rechercheergebnisse zeigen, dass der Begriff eine Vielzahl von Interventionen mit aktiven und passiven Musiktherapieelementen beinhaltet. Daher einigte sich die LEG auf den Begriff „aktive und passive Musikinterventionen“.

Bei der Anwendung von Musikinterventionen sollten persönliche Präferenzen der Bewohnerinnen bzgl. Ort, Inhalt, Dauer und Lautstärke der Musik unbedingt berücksichtigt werden. Ebenso zu beachten ist der kulturelle Hintergrund der Bewohnerinnen bei der Wahl der Musikinterventionen. Die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen hat für die LEG oberste Priorität.

Derzeit bleibt unklar, inwiefern aktive und passive Musikinterventionen in der beruflichen Altenpflege zur Reduktion von FEM beitragen können. Es bedarf weiterer Untersuchungen und der Differenzierung konkreter Musikinterventionen zur Wirksamkeit auf das Verhalten von Bewohnerinnen und die Anwendung von FEM.

Darstellung der Evidenz zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik in Bezug auf die Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Direkte Evidenz bzgl. der Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege liegt nicht vor
- Indirekte Evidenz zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik auf eine Reduktion herausfordernden Verhaltens von Menschen mit Demenz wurde in mehreren Studien berichtet
- Die geringe Qualität der Studien und die Heterogenität der Musikinterventionen erlauben nur begrenzt Aussagen über die Wirksamkeit von Musikinterventionen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Recherche zeigte, dass keine Studien vorliegen, die eine Wirksamkeit von aktiven und passiven Musikinterventionen auf FEM in der beruflichen Altenpflege untersuchen. Es liegen zwei Pilotstudien (1, 2) vor, die die Wirksamkeit von „Wunschk Musik“ bei Menschen mit FEM im Krankenhaus untersucht haben. Diese Studien wurden aber aufgrund des Settings ausgeschlossen.

Die Suche wurde auf weitere Ergebnisparameter (Demenz, Ruheloses Umherwandern („Wandering“), herausforderndes Verhalten) ausgeweitet, die im Zusammenhang mit FEM stehen können.

Von den per Abstract ausgewählten Artikeln (n= 26) konnten zwei systematische Übersichtsarbeiten mit randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) (3, 4) identifiziert werden. Der Cochrane Review (4) hat das Ziel, die Wirksamkeit von Musikinterventionen auf die Behandlung von Verhaltensproblemen (sozial, kognitiv, emotional) älterer Menschen mit Demenzerkrankung zu bewerten.

Insgesamt wurden fünf RCTs in den Cochrane Review eingeschlossen, davon drei RCTs (5, 6, 7) mit dem Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten. Diese drei RCTs sind in die vorliegende Analyse eingeschlossen und einzeln bewertet worden.

Zu den Themen Demenz und herausforderndes Verhalten konnten neben diesen drei RCTs noch zwei weitere RCTs (8, 9) als relevante Publikationen eingeschlossen werden. Die Übersichtsarbeit von Robinson (3) enthielt keine weiteren relevanten Studien. Aufgrund der unterschiedlichen Ansätze der Studien und der methodischen Schwächen wurde die Recherche auf andere Studiendesigns ausgeweitet. Es liegen drei systematische Übersichtsarbeiten über andere Studiendesigns als RCTs (10, 11, 12) und drei weitere Kohortenstudien (13, 14, 15) vor. Die Bewertung ergab, dass auch diese Studien ausgeprägte methodische Schwächen aufweisen. Die Bewertung der Evidenz wurde daher auf die in der Evidenztabelle dargestellten RCTs beschränkt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die „Evidenztabelle aktive und passive Musikinterventionen“ geben einen Überblick über die Bewertung der fünf eingeschlossenen Studien (siehe Tab. 45 u. 46, S. 201-202). Die Studien haben mehrheitlich eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens demenzkranker Menschen als Effekt in ihren Studien abbilden können. Dieses Ergebnis muss jedoch vor dem Hintergrund der methodischen Schwächen und damit der sehr geringen Qualität der Studien dargelegt werden.

Zusammenfassend erlaubt die Analyse der eingeschlossenen Studien keine Aussage über die Wirksamkeit der aktiven und passiven Musikinterventionen. Ob diese Interventionen direkte Auswirkungen auf die Reduktion bzw. Anwendung von FEM haben, bleibt unklar. Ob mit FEM assoziierte Merkmale von Menschen mit Demenz, wie herausforderndes Verhalten, mit Musikinterventionen beeinflusst werden können, kann aufgrund methodischer Schwächen und unterschiedlicher Ansätze der Studien nicht beantwortet werden. Die untersuchten Interventionen waren heterogen und bezogen in fast allen Studien sowohl rezeptive / passive (Hören von Entspannungsmusik und „Wunschmusik“) als auch aktive Einzel- oder Gruppenmusikinterventionen ein. Die Interventionen variierten von kurzzeitigen und rein rezeptiven bis mehrere Stunden umfassenden aktiven Musikinterventionen. Dies macht die Vergleichbarkeit neben den methodischen Schwächen der Studien sehr schwierig.

Tabelle 20: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Musikinterventionen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Sung HC et al. 2006 (8)	Effekte von Gruppenmusikangeboten kombiniert mit Bewegungsübungen auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	<p>1 Alten- und Pflegeheim in Taiwan (160 Betten)</p> <p>Alte, demenzkranke Menschen mit herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 77.61 Jahre</p> <p>72,2% Männer</p> <p>Demenz</p> <p>n= 36</p>	Keine detaillierten Angaben	<p>INTERVENTION: Gruppenmusik kombiniert mit Bewegungsübungen. Dauer: 30 min. zweimal die Woche (insges. 8 Sitzungen)</p> <p>KONTROLLE: Standardversorgung</p> <p>ERGEBNISPARAMETER: Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory)</p> <p>MESSZEITPUNKTE: 1. Vor Studienbeginn 2. nach 2 Wochen 3. nach 4 Wochen</p>	Herausforderndes Verhalten wurde signifikant reduziert in der Interventionsgruppe.	Geringe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2)</p> <p>2. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 21: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Musikinterventionen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Remington R 2002 (9)	Effekte von Entspannungsmusik und Handmassage auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	<p>Pflegeheime in den USA</p> <p>Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 82,4 Jahre (62-99)</p> <p>59 Frauen (87%)</p> <p>Senile Demenz</p> <p>n= 68</p>	Keine detaillierten Angaben	<p>INTERVENTIONEN: 4 Interventionsgruppen (jede Gruppe n= 17):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entspannungsmusik (CM) 2. Handmassage (HM) 3. Entspannungsmusik und Handmassage (CM & HM) 4. Keine Intervention <p>ERGEBNISPARAMETER: Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAI).</p> <p>4 MESSZEITPUNKTE</p>	<p>Die Interventionen Entspannungsmusik und Handmassage reduzierten das herausfordernde Verhalten der demenzkranken Bewohnerinnen.</p> <p>Der höchste Effekt wurde 1 Stunde nach der Intervention gemessen.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung: Sehr Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 22: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Musikinterventionen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Gerdner LA 2000 (6)	Effekte von „Wunschklassik“ und klassischer Entspannungsmusik auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT (Cross-Over Design)	Sechs Alten- u. Pflegeheime in Iowa, USA Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten. Ø 82,6 Jahre 30 Frauen u. 9 Männer Demenz n= 39 (45)	Keine detaillierten Angaben	INTERVENTIONEN: 2 Interventionsgruppen 1. „Wunschklassik“ & Klassische Entspannungsmusik (n= 16) 2. Klassische Entspannungsmusik & „Wunschklassik“ (n= 23) ERGEBNISPARAMETER: Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAI)	Frequenz von Herausforderndem Verhalten (CMAI) wurde signifikant reduziert während und nach der Intervention „Wunschklassik“.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 23: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Musikinterventionen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Clark ME et al. 1998 (5)	Effekte von „Wunschk Musik“ eingesetzt beim Baden bei Menschen mit Demenz auf Herausforderndes Verhalten.	RCT (Cross-Over Design)	<p>Vier Alten- und Pflegeheime in den USA</p> <p>Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 82,4 Jahre (62-99)</p> <p>14 Frauen u. 4 Männer</p> <p>Demenz (MMSE)</p> <p>n= 18</p>	Keine detaillierten Angaben.	<p>INTERVENTIONEN: 2 Interventionsgruppen (jede Gruppe n= 9):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Wunschk Musik“ beim Baden 2. Baden ohne „Wunschk Musik“ <p>ERGEBNISPARAMETER: Frequenz des herausfordernden, aggressiven Verhalten beobachtet und ausgezählt.</p>	Herausforderndes Verhalten wurde signifikant reduziert in der Interventionsgruppe.	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 24: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Musikinterventionen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Groene RW 1993 (7)	Effekte von Lesungen und Musiktherapie auf Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT Parrallelgruppen-Design	<p>Vier Alten- und Pflegeheime in den USA</p> <p>Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 82,4 Jahre (62-99)</p> <p>16 Frauen u. 14 Männer</p> <p>Senile Demenz</p>	Keine detaillierten Angaben.	<p>INTERVENTIONEN: 2 Interventionsgruppen:</p> <p>1. Lesung & Musiktherapie (n= 15) 2. Musiktherapie & Lesung (n= 15)</p> <p>ERGEBNISPARAMETER: Frequenz des Herumwandernden Verhaltens („Wandering“) beobachtet und ausgezählt.</p>	Ruheloses Umherwandern wurde signifikant reduziert in der Interventionsgruppe Musiktherapie.	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.8. Empfehlung - Tierkontakte

Hintergrund

Interaktionen zwischen Mensch und Tier wurden in den letzten Jahren vermehrt beforcht. Zentrale Fragen sind dabei, ob die Gesellschaft von Tieren das Wohlbefinden des Menschen verbessert oder Tiere die Kommunikation für jene Menschen ermöglichen, die auf andere Stimuli kaum ansprechen. Die therapeutischen Implikationen des Tierkontakts als psychosozialer Betreuungsansatz von Menschen mit Demenz sind ausführlich diskutiert (1). Dem Tierkontakt werden zahlreiche positive Effekte zugeschrieben wie ein günstiger Einfluss auf die klassischen Demenz-assoziierten Verhaltenssymptome. Auch Tierattrappen (automatische Tiermodelle) werden diskutiert. Recht gut belegt ist, dass dementiell bedingte Verhaltensweisen im Sinne herausfordernden Verhaltens (Agitation, ruheloses Umherwandern, Verhaltenskontrolle, Unruhe, Aggression, kognitive Einschränkungen) mit der Anwendung von FEM assoziiert sind (Kap. 3). Somit ist umgekehrt denkbar, dass a) Tierkontakte sich günstig auf herausforderndes Verhalten auswirken und b) FEM-reduzierenden Effekt haben könnten. Neben der Diskussion positiver Effekte werden auch unerwünschte Wirkungen des Tierkontaktes diskutiert wie Ansteckungsgefahr (Zoonosen) (2), Biss- und Kratzverletzungen, Grenzen des Tierkontaktes wie Angst vor Hunden, hygienische Erfordernisse sowie Aggression gegen die Tiere (3).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Tierkontakte gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Tierkontakte können in Erwägung gezogen werden“
(8 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Mehrheit der LEG spricht sich trotz der geringen Qualität der Evidenz und der unklaren Wirksamkeit auf die Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege dafür aus, Tierkontakt in Betracht zu ziehen. Tierkontakt ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis. Die Möglichkeit, ein Tier zu halten, gehört in den von Grundrechten geschützten Bereich. Menschen mit Demenz können möglicherweise nicht mehr offenkundig ihrer Präferenz Ausdruck verleihen, ob sie Kontakte mit Tieren wünschen oder ablehnen. Der Tierkontakt soll somit immer sorgfältig individuell auf Angemessenheit, Bedürfnisgerechtigkeit und Machbarkeit erwogen werden. Die Unversehrtheit von Mensch und Tier ist zu garantieren. Sehr wahrscheinlich ist Tierkontakt ohnehin immer Teil eines umfassenden, auf die psychosozialen Bedürfnisse der Bewohnerinnen mit Demenz abgestimmten Programms.

Wirksamkeit und Sicherheit von Tierkontakt zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Tierkontakte und der Einsatz von Tierattrappen zeigen positive Effekte auf die Intensität dementiell bedingter Verhaltensstörungen und legen günstige Effekte auf Agitation, Aggression und Sozialverhalten nahe
- Welche Form des Tierkontaktes unter welchen Bedingungen und für welche Zielgruppe wirksam sein könnte ist unklar
- Nebenwirkungen des Tierkontakts sind beschrieben

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es konnte keine Studie identifiziert werden, die die Wirkung des Tierkontakts auf die Anwendung von FEM untersucht hat. Somit beschränkt sich die Darstellung auf die mögliche Wirkung des Tierkontaktes auf dementiell bedingte Verhaltensweisen.

Von den mit der im Anhang (S. 276) beschriebenen Suchstrategie identifizierten Treffern wurden n= 5 als potentiell relevant erachtet. Da der identifizierte Übersichtsartikel von Filan und Llewellyn-Jones (2003) alle anderen Treffer zusammenfasst, wird ausschließlich dieser als beste verfügbare Evidenz herangezogen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Übersichtsarbeit kommt zu der Schlussfolgerung, dass die vorliegenden Untersuchungen positive Effekte der Tiertherapie auf die Intensität dementiell bedingter Verhaltensstörungen, Agitation, Aggression und Sozialverhalten nahe legen. Eine überzeugende und generalisierbare Aussage ist jedoch nicht möglich. Welche Tiertherapieform unter welchen Bedingungen wirksam sein könnte, in welchen Populationen dementiell Betroffener welche Form angemessen ist, welches die optimale Dauer und Intensität des Kontaktes ist, ist unzureichend untersucht. Die Originalstudien weisen systematische Verzerrungen auf, z.B. sind die Effekte, die der Besuch des Tierhalters in Begleitung mit seinem Hund hat, nicht klar zu trennen von dem alleinigen Einfluss des Tieres. Die Untersucher waren nicht gegen die Erhebungen verblindet. Alle Studien haben eine kleine Stichprobe unter nicht kontrollierten Bedingungen untersucht. Kausale Rückschlüsse sind somit nicht möglich.

Tabelle 25: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Tierkontakten

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methoden-papier
Filan SL & Llewellyn-Jones RH 2006 (3)	Effekte der Tiertherapie auf Demenz und insbesondere dementiell bedingte Verhaltenssymptome.	Übersichtsarbeit	<p>Medline, PsychInfo, CINAHL, 1960-2005, Benutzte Schlagworte: „animal-assisted therapy“ or „pet and dementia“ Bibliographie einer anderen Übersichtsarbeit für Publikationen zwischen 1996-2001; Referenzlisten.</p> <p>Beobachtungsstudien mit kleinen Studienpopulationen und kurzer Beobachtungszeit, diversen Interventionsformen, unterschiedlichen Ergebnisparametern und Benutzung zahlreicher Erhebungsinstrumente, publiziert zwischen 1989 bis 2004.</p> <p>Die Effekte von Tiertherapie auf Angst und Aggression hatten n= 6 Studien untersucht mit n= 169 Teilnehmern; n= 4 mit n= 61 Teilnehmern hatten das Sozialverhalten als Ergebnisparameter bestimmt, n= 1 mit n= 79 Teilnehmern den Einfluss auf Ernährung (hier nicht berücksichtigt); n= 2 mit 22 Teilnehmern hatten automatische Tieratrappen (robot dog, robot cat) mit Kuscheltieren bzw. Batterien betriebenen Spielzeughund verglichen hinsichtlich deren Wirkung auf Agitation oder Teilnahme am Geschehen.</p> <p>Die eingeschlossenen Studien wurden keiner Validitätsprüfung unterzogen.</p>	<p>Die Studien, die den Effekt von Besuchshunden (in einem Fall Katzen) auf Agitation und Aggression untersucht hatten, verweisen überwiegend auf Veränderungen in der Intensität der Verhaltensstörungen und verminderte Aggression sowie auf einen beruhigenden Effekt.</p> <p>Die Studien zum Sozialverhalten verweisen auf vermehrte soziale Interaktion und Ansprechbarkeit in der Therapie mit Katzen und Hunden. Eine Studie beobachtet 2 Bewohnerinnen mit aggressivem Verhalten gegenüber einem Hund.</p> <p>Die beiden Studien mit automatischen Tieratrappen legen nahe, dass diese Aufmerksamkeit erregen und Freude bereiten.</p> <p>Mehrere Studien verweisen darauf, dass die positive Ansprache auf Tiertherapie unabhängig von dem Demenzstadium zu sein scheint.</p>	Geringe Qualität	<p>Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr gering</p>

Nebenwirkungen: Es werden Nebenwirkungen berichtet. Eine Studie beobachtet 2 Bewohnerinnen mit aggressivem Verhalten gegenüber einem Hund. Andere Nebenwirkungen sind nicht berichtet.

6.9. Empfehlung - Spezielle Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)

Hintergrund

Beruflich Pflegende in der Altenpflege organisieren - von ehrenamtlicher Laienarbeit bis hin zu spezifischer Fachexpertise - die pflegerische Versorgung alter Menschen. Die Praxis einer erweiterten Pflege durch speziell qualifizierte Pflegende sog. (Advanced) Nurse Practitioner (ANP) ist in den angelsächsischen Ländern, Skandinavien und den Niederlanden seit Jahren etabliert (1, 2, 3). In Deutschland ist die erweiterte Pflege durch ANPs noch ein Zukunftsmodell (3).

Laut Definition des International Council of Nurses (ICN) sind unter "Nurse Practitioners" (NPs) Pflegende mit akademischer Zusatzqualifikation zu verstehen, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis (3, 4, 5, 6). NPs sind spezialisiert auf ein Teilgebiet der Pflege z.B. Geriatrie (GNPs = Gerontological Nurse Practitioner) und gehören einem interdisziplinärem Team an (7, 8).

In Deutschland gibt es auf nicht-akademischem Niveau zahlreiche Möglichkeiten zur Weiterbildung für Pflegende, z.B. den Kurs „Gerontopsychiatrische Pflege“ des „Zentralinstituts für seelische Gesundheit“. Der kostenpflichtige Kurs umfasst 400 theoretische und 320 praktische Ausbildungsstunden (www.zi-mannheim.de). Auf akademischem Niveau haben z.B. an der Universität Bremen erste Versuche zur Ausbildung von ANPs begonnen.

Es ist festzustellen, dass es derzeit in Deutschland keine allgemein anerkannte und verbindliche Qualifizierungsmaßnahme für Pflegende in der beruflichen Altenpflege gibt.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch spezielle Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.) in der beruflichen Altenpflege gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu speziellen Pflege-Qualifikationen kann keine Empfehlung getroffen werden“

(12 von 16 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Diese Empfehlung bezieht sich auf die erweiterte Pflege-Qualifikation nach dem international renommierten Advanced Nursing Practice Modell und deren mögliche Wirkung auf die Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege.

Die LEG ist der Meinung, dass eine Weiter-Qualifizierung in der beruflichen Altenpflege zu begrüßen ist, aber das ANP Modell derzeit nicht ohne weiteres auf das deutsche Pflegesystem übertragbar ist.

Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.) zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt derzeit eine sehr geringe Evidenz für eine Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege vor
- Die identifizierte US-amerikanische Vorher-Nachher-Studie (10) wurde nur bedingt berücksichtigt, da die Übertragbarkeit auf das deutsche Pflegesystem nicht gegeben erscheint

Ergebnisse der Literaturrecherche

Unter den fünf per Abstract ausgewählten Artikeln ist eine Übersichtsarbeit (9), die die spezielle pflegerische Qualifikation „Advanced Nursing Practice“ und deren Effekte in der Pflege alter Menschen zusammenfasst. Diese Übersichtsarbeit wurde lediglich als Hintergrundmaterial genutzt, da keine systematische Auswertung enthalten ist.

Die Durchsicht des Literaturverzeichnisses ergab keine relevanten Studien.

Des Weiteren konnte eine Vorher-Nachher-Studie zur Wirksamkeit von „Advanced Nursing Practice“ in der beruflichen Altenpflege auf die Reduktion von Bettgittern identifiziert werden (10).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Bezüglich der Wirksamkeit von „Advanced Nursing Practice“ zur Reduktion von FEM liegt eine aktuelle Vorher-Nachher-Studie vor, die aufgrund ihres Designs mit geringer Qualität eingestuft wurde (siehe Evidenztabelle 47, Anhang S. 203). Die Ergebnisse zeigen auf institutioneller Ebene eine Reduktion der Bewohnerinnen mit Bettgittern von 55% zu Beginn auf 50% nach einem Monat und 46% nach einem Jahr (andere FEM werden nicht berichtet). Hier sind jeweils alle Bewohnerinnen der Einrichtungen eingeschlossen d.h. die Zahlen nach einem Jahr beziehen sich auch auf neu eingezogene Bewohnerinnen. In einer weiteren Analyse wurden 251 Bewohnerinnen betrachtet, die bereits zu Beginn Bettgitter hatten. Von diesen wurden bei 130 (51%) im Verlauf keine Bettgitter mehr angewandt.

Tabelle 26: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der speziellen Pflege-Qualifikation	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Capezuti E et al. 2007 (10)	<p>Der Zweck dieser Studie ist es, den Effekt einer ANP Intervention auf die Reduktion von Bettgittern zu untersuchen.</p> <p>Eine Sekundärfrage untersucht die Verbindung zwischen der Reduktion von FEM und Sturzarten (aus dem Bett).</p>	<p>VORHER-NACHHER-STUDIE</p>	<p>4 städtische Altenheime, USA (Bettenkapazität 120-235 Betten)</p> <p>Altenheimbewohnerinnen</p> <p>Ø 84 Jahre</p> <p>75,2 % Frauen</p> <p>Demenz</p> <p>n= 251</p>	<p>Einsatz von Advanced Nurse Practitioner (ANP) mit einem Master-Abschluß.</p> <p>Die APN arbeitet eng mit dem interdisziplinären Team zusammen und führt zu jeder Bewohnerin eine interdisziplinäre Fallbesprechung durch.</p> <p>Des Weiteren schreibt sie zu jeder Bewohnerin einen Pflegeplan, zeigt dem Pflegeteam Alternativen zu FEM auf und führt Schulungen zu FEM und Sturzprävention durch.</p>	<p>INTERVENTION: Einsatz einer ANP über eine Dauer von 3-6 Monaten.</p> <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <p>Primäre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit von FEM (gemessen zwischen 21:00 u. 06:00 Uhr) mittels „Restraint Use Observation Tool“ • FEM Ja/Nein <p>Sekundäre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sturzraten / Sturzrisiko • Körperlicher Status • Mobilitätsstatus • Medikationen • Psychischer Status (inkl. Herausforderndes Verhalten) <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studienbeginn • 1 Monat nach Intervention • 1 Jahr nach Intervention 	<p>Die Ergebnisse zeigen auf institutioneller Ebene eine Reduktion der Bettgitter von 55% zu Beginn der Studie, auf 50% nach einem Monat und 46% nach einem Jahr (andere FEM werden nicht berichtet).</p> <p>Signifikante Reduktion von FEM auf Bewohnerebene um 51,4 % (n= 130).</p>	<p>Geringe Qualität</p>	<p>Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Schwerwiegende Limitierungen der Studienqualität (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.10. Empfehlung - Spezielle Wohnkonzepte

Hintergrund

Spezielle Wohnkonzepte wie Wohn- und Hausgemeinschaften oder andere Wohngruppenkonzepte für alte und pflegebedürftige Menschen stellen zunehmend alternative Formen des Wohnens, der Betreuung und Versorgung dar. Etwa seit den 80er Jahren sind sie in unterschiedlichen europäischen Ländern wie Frankreich, Holland, Schweden, der Schweiz und Großbritannien verbreitet (1). Sie intendieren, den Bewohnerinnen zu ermöglichen, ihren individuellen Alltagsgewohnheiten in größtmöglicher Selbstbestimmung in einer auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Umgebung nachgehen zu können (2). Eine klare Trennschärfe zwischen ambulanter und stationärer Betreuung ist im Rahmen dieser Konzepte nur bedingt gegeben. Die betreuten Wohngemeinschaften sind durch eine Konzeptvielfalt gekennzeichnet, je nach Zielgruppe, Personalsituation, Gruppengröße, Wohn- und Betreuungsangebot, Mitwirkungsmöglichkeit von Bewohnerinnen und Angehörigen, aber auch finanziellen und sozial- und ordnungsrechtlichen Aspekten (3). Demnach basiert der hier verwendete Begriff „spezielle Wohnkonzepte“ auf keiner wissenschaftlich fundierten Definition, sondern bezieht sich auf den in der Fachwelt geläufigen Begriff der Wohngruppen bzw. -gemeinschaften (bzw. auf Englisch „group living care / unit“) in der stationären Altenpflege. Unklar ist, ob spezielle Wohn- bzw. Wohngruppenkonzepte im Vergleich zur herkömmlichen Unterbringung im Alten- und Pflegeheim einen Einfluss auf die Häufigkeit von FEM oder indirekt Einfluss auf die Häufigkeit von herausforderndem Verhalten der Bewohnerinnen wie Agitation und ruheloses Umherwandern („Wandering“) haben.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch spezielle Wohnkonzepte gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu speziellen Wohnkonzepten kann keine Empfehlung getroffen werden“
(10 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Spezielle Wohnkonzepte bzw. das „Leben und Wohnen im Alter“ werden seit einigen Jahren hierzulande verstärkt thematisiert, u.a. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Das KDA hat zahlreiche Publikationen zu unterschiedlich konzipierten Wohn- und Hausgemeinschaften herausgegeben mit Empfehlungen, Fallbeispielen und Erfahrungen.

Aus Sicht der LEG besteht Forschungsbedarf zum Thema. Es sollte untersucht werden, inwiefern spezielle Wohnkonzepte das Verhalten und Befinden von Bewohnerinnen günstig beeinflussen und geeignet sind, FEM zu vermeiden.

Wirksamkeit von speziellen Wohnkonzepten zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit von speziellen Wohnkonzepten zur Reduktion von FEM bzw. herausforderndem Verhalten bei Bewohnerinnen in Alten- und Pflegeheimen vor
- Studien von sehr geringer Qualität deuten auf einen möglichen Einfluss von Wohngruppenkonzepten auf das Verhalten von Menschen mit Demenz hin
- Es ist nicht ausgeschlossen, dass unterschiedliche Aspekte von Wohngruppenkonzepten das Befinden von Bewohnerinnen in stationären Altenpflegeeinrichtungen positiv beeinflussen können

Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Datenbankrecherche führte zu keinen relevanten Studien, die Aussagen darüber erlauben, ob spezielle Wohnkonzepte bzw. -gruppen eine Wirksamkeit auf die Häufigkeit von FEM oder von herausforderndem Verhalten haben. Vielmehr thematisieren diverse Fach- und Erfahrungsberichte sowie vereinzelte Studien das Konzept von Wohngruppen in Bezug auf unterschiedliche Faktoren wie Lebensqualität, Zufriedenheit des Personals, Kosten oder Angehörige. Drei schwedische Publikationen (1, 4, 5), die ausschließlich deskriptiv sind und eine limitierte methodische Güte aufweisen, fokussieren den Einfluss von Wohngruppen auf verschiedene Merkmale von Menschen mit Demenz. Keine dieser Publikationen untersucht ausschließlich den Einfluss von Wohngruppen auf FEM oder das herausfordernde Verhalten von Bewohnerinnen. Studien zu speziellen Betreuungsformen für Menschen mit Demenz (SCUs) wurden ausgeschlossen, da eine gesonderte Untersuchung bereits erfolgte (siehe Kapitel 6.2., S. 93 ff.).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine Beobachtungsstudie (5) vergleicht Bewohnerinnen einer Wohngruppe (n= 46) mit Bewohnerinnen, die in einem Heim bzw. zu Hause leben (n= 62) in Bezug auf kognitive Funktionen, Aktivitäten des täglichen Lebens und Verhalten. Gravierende methodische Schwächen lassen keine nachvollziehbaren und differenzierten Schlussfolgerungen aus der Studie zu. Demnach ist die Aussagekraft ihrer Ergebnisse, dass das Setting weniger kognitive Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens, jedoch das Verhalten der Bewohnerinnen beeinflusst, stark eingeschränkt. Eine weitere Studie (4) vergleicht Bewohnerinnen einer Wohngruppe (n= 28) mit Bewohnerinnen aus der stationären Langzeitpflege (n= 29) in Bezug auf das Überleben, die Aufenthaltsdauer und den Pflegeaufwand. Auch hier lassen starke methodische Grenzen keine Aussagen zu den Auswirkungen eines Wohngruppenkonzepts zu, wenn auch die Studienergebnisse andeuten, dass Symptome von Demenz bei den Wohngruppenbewohnerinnen nach einem halben Jahr weniger stark ausgeprägt waren.

Eine weitere, methodisch stark limitierte Beobachtungsstudie (1) fokussiert die Auswirkungen des Wohngruppendesigns auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz, erlaubt jedoch keine Aussage über die Wirkung von Wohngruppen auf das Verhalten der Bewohnerinnen.

6.11. Empfehlung - Milieutherapie

Hintergrund

Der Begriff der Milieutherapie erfreut sich im Rahmen der stationären Altenpflege zunehmender Verbreitung. Auch die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (1) thematisieren Konzepte, die der gezielten Gestaltung des räumlichen und sozialen Milieus (Milieu als Synonym für Umgebung, Umfeld) von Altenpflegeeinrichtungen dienen. Milieutherapie ist ein komplexes Konzept, das sich auf die Umwelt des Menschen mit seinen räumlichen und sozial-personalen Dimensionen bezieht und schon in den 50er Jahren Anwendung in der Psychiatrie und Pädiatrie fand. Die einzelnen Komponenten dieses multidimensionalen Konzepts stehen in Wechselbeziehung zueinander (2).

Das räumliche Milieu bezieht sich auf die dingliche Umgebung des Wohn- und Lebensbereiches und beinhaltet architektonische, materielle und wohnliche Aspekte wie etwa Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung und spezifische helle Beleuchtung. Das psychosoziale Milieu bezieht sich auf die Kommunikation und Interaktion der Menschen in ihrem sozialen Kontext und beinhaltet Interventionen wie etwa Musiktherapie, Beschäftigungsprogramme, Tierkontakte und psychosoziale Interventionen wie Aromatherapie, Basale Stimulation, Validation, Snoezelen und andere mehr. Zur Gestaltung des räumlichen und sozialen Milieus bedarf es konzeptioneller Voraussetzungen, die sich auf die Personal- und Organisationsstrukturen sowie die Pflegeorganisation beziehen und auch die Haltung der Mitarbeiter bzw. Leitbilder der Institution betreffen. Dazu zählen beispielsweise die personenzentrierte Pflege, spezielle Pflegequalifikationen, spezielle Wohnkonzepte und spezielle Dementenbetreuung.

Der milieutherapeutische Ansatz spiegelt sich somit in vielfältigen architektonischen, einzel-, gruppen-, familienbezogenen, therapeutischen, prophylaktischen, rehabilitativen und personell-organisatorischen Maßnahmen wieder. Demnach ist das Konzept weder allein den psychosozialen noch den umgebungsgestaltenden Maßnahmen zuzuordnen und wird daher hinsichtlich seiner Bedeutung für die Vermeidung von FEM gesondert untersucht. Unklar ist, ob die Umsetzung von Milieutherapie einen Einfluss auf die Häufigkeit von FEM oder indirekt Einfluss auf die Häufigkeit von herausforderndem Verhalten der Bewohnerinnen hat.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Milieuthherapie gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zur Milieuthherapie kann keine Empfehlung getroffen werden“
(9 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Aus Sicht der LEG könnte das Konzept der Milieuthherapie einen Rahmen für positive Veränderungen in der Betreuung von Bewohnerinnen darstellen. Derzeit mangelt es an theoretischen und empirischen Fundierungen für die Anwendung der Milieuthherapie in der beruflichen Altenpflege.

Wirksamkeit von Milieuthherapie zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von Milieuthherapie auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor
- Es liegen keine klinischen Studien vor, die das Konzept der Milieuthherapie hinsichtlich seiner Wirkung auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten untersuchen
- Untersuchungen von sehr geringer Qualität zufolge ist ein positiver Einfluss von im Kontext der Milieuthherapie umgesetzten Maßnahmen auf das Befinden und herausfordernde Verhalten von Bewohnerinnen stationärer Altenpflegeeinrichtungen zu erkennen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Datenbankrecherche führte zu keinerlei relevanten Studien, die eine Aussage darüber machen, ob Milieuthherapie die Häufigkeit von FEM bzw. herausforderndem Verhalten wirksam reduziert. Vielmehr werden in den Publikationen verschiedene Ansätze, Konzepte, Programme und Formen von Milieuthherapie, vor allem in beschreibender Form, thematisiert. Sie beziehen sich zum großen Teil auf die Settings der Psychiatrie und Pädiatrie. Exemplarisch zur Erläuterung des Hintergrundes wurde eine pflegewissenschaftliche Bachelorarbeit (2) zur Begriffsklärung von Milieuthherapie hinzugezogen. Der Abschlussbericht (3) eines wissenschaftlich begleiteten Modellprojekts macht Aussagen über den Einfluss milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen auf herausforderndes Verhalten der Bewohnerinnen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der Milieuthherapie handelt es sich um ein multidimensionales, komplexes Konzept, das sich auf die räumlich-dingliche und sozial-personale Umgebung des Menschen in verschiedensten Dimensionen bezieht. Es wird auch als eine innere Haltung, als ein Bestandteil der Gesamtkonzeption einer Einrichtung oder als ein übergeordnetes Konzept verstanden (2). Es mangelt jedoch an empirischen und theoretischen Fundierungen für die Milieuthherapie in der Pflege. Es liegen lediglich deskriptive Studien, Erfahrungsberichte, Expertenmeinungen oder Berichte von Modellprojekten in der Praxis vor, die häufig nur Einzelaspekte des Konzepts fokussieren (2).

Die wissenschaftliche Begleitung des deutschen Modellprojekts MIDEMAS - „Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich“ (3) bediente sich beschreibender Methoden, um die Auswirkungen baulicher, organisatorischer und sozial-personeller Veränderungen auf die Bewohnerinnen und das Personal zu erfassen.

In einer Längsschnittstudie wurden 70 Bewohnerinnen von sechs Wohngruppen hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale, u.a. herausforderndem Verhalten, vor und sechs Monate nach Einzug in die Wohngruppen untersucht. Es zeigte sich im Mittel eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens der Bewohnerinnen. Dies wird angesichts der begrenzten Methodik eher als Hinweis für eine mögliche Wirksamkeit der Milieuthherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten gewertet. Die Darstellung der Ergebnisse in dem Projektbericht ist sehr begrenzt.

Aus diesem Grund wird hier auf die Erstellung von Bewertungs- und Evidenztabelle verzichtet. Auch die Autorinnen betonen, dass sich aus der Untersuchung keine eindeutigen Schlüsse zur Wirksamkeit der Milieuthherapie ziehen lassen.

Es gilt, die begrenzte Methodik kritisch zu überarbeiten und in zukünftigen Untersuchungen eine Klärung der wirksamen Komponenten des Konzepts vorzunehmen.

6.12. Empfehlung - Optische / visuelle Barrieren

Hintergrund

Der Einsatz von visuellen Barrieren vor Türen (meist das Verbergen von Türen in Form von Vorhängen und Spiegeln) wird in der Literatur beschrieben (1, 2, 3). Des Weiteren werden Bodenbeläge als visuelle Barrieren benannt (4, 5). Diese werden häufig als rutschfeste Acrylbeschichtungen oder Klebestreifen horizontal oder vertikal vor Zimmertüren und Ausgangstüren geklebt. Bodenbeläge als visuelle Barrieren und der Einsatz von Vorhängen und Spiegeln vor Türen, können das Gehen in

einer Art behindern, dass sie als passive FEM betrachtet werden könnten.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch optische / visuelle Barrieren gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu visuellen und optischen Barrieren kann keine Empfehlung getroffen werden
(10 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Diese Maßnahmen bewegen sich in einem ethischen und rechtlichen Spannungsfeld. Bei der Anwendung und bei der Entscheidung über visuelle und optische Barrieren sollte die Beschränkung der individuellen Freiheit so gering wie möglich gehalten werden. Es gilt immer zu prüfen, ob aufgestellte Barrieren nicht wieder zu entfernen sind, weil sie die Bewohnerinnen in unnötiger Weise in ihrer Bewegungsfreiheit beschränken.

Wirksamkeit von optischen / visuellen Barrieren zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- In Ermangelung relevanter Studienergebnisse kann keine Aussage über die Wirksamkeit von optischen und visuellen Barrieren in Alten- und Pflegeheimen zur Vermeidung von FEM gemacht werden

Ergebnisse der Literaturrecherche

Von den per Abstract ausgewählten Artikeln wurden elf Publikationen gesichtet, die optische Barrieren und deren Effekte in der Pflege alter Menschen zusammenfassen.

Keine der Arbeiten untersuchte FEM als primären oder sekundären Ergebnisparameter. Daher wurde die Suche auf weitere Ergebnisparameter (Demenz, herausforderndes Verhalten, Ruheloses Umherwandern („Wandering“)) ausgeweitet, die im Zusammenhang mit FEM stehen können. Hier konnte ein Cochrane Review zum Thema „Visuelle Barrieren zur Prävention von Ruhelosem Umherwandern bei kognitiv beeinträchtigten Personen“ identifiziert werden (6).

Es konnten keine hochwertigen Studien wie RCTs in diesen Cochrane Review eingeschlossen werden, so dass dieser für die vorliegende Analyse lediglich als Hintergrundmaterial und zur Optimierung der Suchstrategie genutzt werden konnte (6).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es liegen derzeit keine Studien zur Wirksamkeit von optischen / visuellen Barrieren in Alten- und Pflegeheimen vor. Es existieren jedoch Studien, die in anderen Settings durchgeführt wurden, zumeist in der Gerontopsychiatrie (4, 7, 8) und auf speziellen Demenzabteilungen (SCUs) in Gerontopsychiatrischen Einrichtungen (2, 5, 9, 10) und in einer Tages-Pflege-Einrichtung (3). Diese sehr heterogenen Studien weisen einen überwiegend explorativen Charakter (Fall-Kontroll-Studien, Vorher- Nachher- Studien) mit eher kleinen Stichproben (n= 4 - 30) und dem indirekten Ergebnisparameter „Ruheloses Umherwandern“ bei Menschen mit Demenz auf.

Alle diese Studien wurden aufgrund des Settings für die vorliegende Analyse ausgeschlossen. In Ermangelung relevanter Studienergebnisse kann keine Aussage über die Wirksamkeit von optischen und visuellen Barrieren in Alten- und Pflegeheimen zur Vermeidung von FEM gemacht werden.

6.13. Empfehlung - Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen

Hintergrund

Das Grundkonzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege besteht v.a. in der Aktivierung älterer Menschen mit dem Ziel, alle Aktivitäten des täglichen Lebens so lange und so weit wie möglich selbst zu übernehmen (1). In einigen Studien zeigen sich Hinweise für eine Bedeutung leichter sportlicher Betätigung auf Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen (2, 3). Diese positive Tendenz gilt bis zum so genannten „dritten Lebensalter“, für das „vierte Lebensalter“ ab 80 Jahren fehlt es an empirischen Untersuchungen. Auch für die Bedeutung von Bewegungstrainings in Pflege-situationen mangelt es an Erkenntnissen (1, 3).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch den Einsatz geriatrisch rehabilitativer Maßnahmen (Bewegungsübungen, Krafttrainings u.ä.) in der Altenpflege gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen kann keine Empfehlung getroffen werden“
(9 von 16 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Mobilität und Bewegung spielen eine zentrale Rolle in der persönlichen Lebensgestaltung älterer Menschen und sollten unter Berücksichtigung biographischer

Gesichtspunkte im Dialog mit den Betroffenen abgewogen werden. Das Recht auf Bewegung sollte im Vordergrund der Betreuung von alten Menschen in der Altenpflege stehen.

Die LEG vertritt die Auffassung, dass es nicht zwingend spezifischer Bewegungsprogramme zur Mobilitätsförderung in stationären Altenpflegeeinrichtungen bedarf, um dem Recht auf Mobilität und Bewegung von Menschen in Alten- und Pflegeheimen gerecht zu werden. Die Evidenz zur Sturzprävention ist hierbei zu berücksichtigen, da der Einsatz von FEM häufig mit der Sturzprävention begründet wird und Bewegungsprogramme sowie Trainingsinterventionen ebenfalls zur Sturzprävention eingesetzt werden (4, 5, 6; siehe auch Kap. 3.7., S. 60 ff.). Derzeit bleibt unklar, inwiefern geriatrisch rehabilitative Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege zur Reduktion von FEM beitragen. Dies bedarf weiterer Untersuchungen. Des Weiteren müssen verstärkt solche sportlichen Angebote entwickelt werden, die gezielt auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sind. Hierzu bedarf es wissenschaftlich fundierter Bedarfsanalysen, die geschlechts- und kohortenspezifisch verschiedene Bedürfnislagen identifizieren und auf diese Weise eine adressatengerechte Planung von Angebotsstrukturen ermöglichen.

Wirksamkeit von geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen (Bewegungsübungen, Krafttrainings u.ä.) zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Direkte Evidenz, die den Effekt auf die Reduktion von FEM und herausforderndem Verhalten als primären Ergebnisparameter in der beruflichen Altenpflege untersucht, liegt nicht vor
- Indirekte Evidenz zur Wirksamkeit von Bewegungstrainings auf eine Reduktion herausfordernden Verhaltens demenzkranker Menschen konnte als Effekt abgebildet werden
- Insgesamt lassen sich auf Grundlage der unklaren Ergebnisse keine Aussagen zur Wirksamkeit von geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen wie Bewegungstrainings auf FEM treffen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Von den per Abstract ausgewählten Artikeln (n= 11), untersuchten sechs Publikationen geriatrisch rehabilitative Maßnahmen (Bewegungsübungen, Krafttraining) und deren Effekte in der Pflege alter Menschen. Überwiegend wurden die Endpunkte Mobilität und Verbesserung der körperlichen Funktionen alter Menschen im Pflegeheim untersucht (7, 8). Keine der Arbeiten untersuchte FEM als primären oder sekundären Endpunkt. Daher wurde die Suche auf weitere Endpunkte (herausforderndes Verhalten, Ruheloses Umherwandern („Wandering“) ausgeweitet, die im Zusammenhang mit FEM stehen können.

Von den per Abstract ausgewählten Artikeln (n= 28) waren vier relevant. Es handelt sich um eine Meta-Analyse (9), eine Übersichtsarbeit (10) und zwei RCTs (11, 12).

Die RCTs haben die Wirksamkeit von Bewegungstrainings bei Menschen mit Demenz bzw. Inkontinenz auf herausforderndes Verhalten lediglich als sekundären Ergebnisparameter untersucht. Die Meta-Analyse (9) hat Publikationen zur Wirksamkeit von Bewegungstrainings von demenzkranken Menschen des Zeitraums 1970 bis 2003 eingeschlossen und bewertet. Hier wurden diverse Ergebnisparameter (u.a. herausforderndes Verhalten) und Settings eingeschlossen, so dass die Arbeit lediglich auf relevante Primärstudien durchsucht wurde. Es konnten jedoch keine zusätzlichen relevanten Publikationen identifiziert werden.

Zwei Protokolle geplanter Cochrane Reviews zur „Rehabilitation älterer Menschen im Pflegeheim“ (13) und „Körperlichen Bewegungsprogrammen für Menschen mit Demenz“ (14) wurden als Hintergrundmaterial und zur Optimierung der Suchstrategie genutzt und ebenfalls auf relevante Publikationen durchsucht.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Übersichtsarbeit (10) schloss andere Studiendesigns als RCTs zur Wirksamkeit von nicht-pharmakologischen Interventionen, wie Bewegungstrainings, auf die Reduktion von Ruhelosem Umherwandern bei demenzkranken Menschen ein. Es zeigte sich eine Wirksamkeit von Bewegungstrainings zur Reduktion von Ruhelosem Umherwandern, wobei dieses Ergebnis unter Einbezug der methodischen Schwächen bewertet werden muss und daher hier als nicht relevant betrachtet wird. Es liegen keine Studien vor, die den Effekt von Bewegungstrainings auf die Reduktion von FEM und herausforderndem Verhalten als primären Ergebnisparameter untersucht haben. Die Evidenztabelle (siehe Tab. 48 Anhang, S. 204) und die Bewertungstabellen geben einen Überblick über die Bewertung der zwei eingeschlossenen RCTs, die den Effekt von Bewegungstrainings auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten als sekundären Ergebnisparameter untersucht haben. Diese zwei Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. In der methodisch hochwertigen Studie von Rolland et al. (11) konnte keine Reduktion von herausforderndem Verhalten demenzkranker Menschen gezeigt werden. In der Studie von Alessi et al. (9) konnte eine Reduktion von herausforderndem Verhalten inkontinenter Pflegeheimbewohnerinnen gezeigt werden. Diese Studie weist aber neben einer sehr kleinen Stichprobe (Interventionsgruppe n= 15, Kontrollgruppe n= 14), diverse methodische Schwächen auf. Insgesamt lassen sich auf Grundlage dieser unklaren Ergebnisse keine Aussagen zur Wirksamkeit von geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen treffen.

Tabelle 27: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Rolland Y et al. 2007 (11)	Effekte eines Bewegungsprogramms auf die Ergebnisparameter: ADLs, körperliche Leistungsfähigkeit, Ernährungsstatus und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Studiendauer: 12 Monate	RCT	5 Alten- und Pflegeheime in Toulouse, Frankreich Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung Ø 83 Jahre (62-103) 75,3 % Frauen Demenz n= 134	Das Bewegungsprogramm setzt sich zusammen aus: 1. Gehtraining 2. Krafttraining 3. Balancetraining 4. Beweglichkeitstraining Dauer der Intervention: 2 mal die Woche 1 Std. Nachmittags (88 Trainingseinheiten pro Bewohnerin).	INTERVENTIONEN: Bewegungsprogramm (Trainingsgruppe setzt sich aus 2 bis 7 Personen zusammen (n= 67)). KONTROLLE Kein Bewegungsprogramm (Standardversorgung) (n= 67) ERGEBNISPARAMETER: Messung der Effekte auf den Primären Ergebnisparameter: ADLs und die Sekundären: körperliche Leistungsfähigkeit, Ernährungsstatus, Reduktion von herausforderndem Verhalten und Depressionen. MESSZEITPUNKTE: 5. Studienbeginn 6. 6 Mon. nach Intervention 7. 12 Mon. nach Intervention	In der Interventionsgruppe konnte kein Effekt auf herausforderndes Verhalten, Depressionen und Ernährungsstatus gemessen werden.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 28: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der geriatrisch rehabilitativen Maßnahmen	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Alessi CA et al. 1999 (12)	Effekte des Bewegungsprogramms FIT (functional incidental training) und einem spez. Nachtprogramm auf die Ergebnisparameter: Körperliche Funktionen, Schlafdauer und Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	<p>1 Alten- und Pflegeheim in Los Angeles, USA</p> <p>Pflegeheimbewohnerinnen mit Inkontinenz</p> <p>Ø 88, 3 Jahre</p> <p>90 % Frauen</p> <p>Diverse Alterserkrankungen wie Demenz, Parkinson, Diabetes etc.</p> <p>n = 58 (Analyse basiert auf n= 29 Bewohnerinnen)</p>	<p>Das Bewegungsprogramm („functional incidental training“ = FIT) setzt sich zusammen aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Armübungen 2. Beinübungen 3. Gehtraining 4. spezifischen Bewegungsübungen im Rollstuhl <p>Dauer der Intervention: Pro Bewohnerin max. vier FIT- Trainingsstunden pro Tag über einen Zeitraum von 2 Wochen</p>	<p>INTERVENTION: Bewegungsprogramm („functional incidental training“ = FIT) (n= 15) Im Anschluss an das zweiwöchige FIT-Programm wurde ein spez. Nacht-Programm durchgeführt, Dauer 5 Tage</p> <p>KONTROLLE: Spez. Nachtprogramm (Vermeidung von Lärm, Licht u. Schlafunterbrechungen durch die Pflegenden) & kein Bewegungsprogramm (n= 14).</p> <p>ERGEBNISPARAMETER Messung der Effekte des Bewegungsprogramms und des spez. Nachtprogramms auf die primären Ergebnisparameter: körperliche Funktionen und Schlafdauer sowie auf den sekundären Ergebnisparameter: Reduktion von herausforderndem Verhalten.</p> <p>MESSZEITPUNKTE: 1. Studienbeginn 2. 14 Tage nach Intervention</p>	In der Interventionsgruppe konnte ein Effekt auf herausforderndes Verhalten gemessen werden.	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.14. Empfehlung - Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung

Hintergrund

Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung stellen eine Form der Intervention bei Bewohnerinnen mit Demenz mit einem veränderten Tag- und Nachtrhythmus dar (1). Darunter werden bestimmte Orte oder Räumlichkeiten innerhalb eines Wohnbereichs oder der Einrichtung verstanden, an dem Bewohnerinnen mit Demenz, die nachts nicht schlafen und aktiv sind, sich aufhalten können und betreut werden. Eine Form eines solchen Angebots ist beispielsweise das Nachtcafé, in dem aktive Bewohnerinnen nachts etwas zu trinken oder zu essen bekommen können.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu spezifischen institutionellen Angeboten zur Nachtgestaltung kann keine Empfehlung getroffen werden“
(9 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Möglichkeit, nachts einen Ort aufsuchen zu können, an dem man sich aufhalten kann, ohne andere Personen zu stören, sollte nach Meinung der LEG zur Normalität gehören. Manche Bewohnerinnen sind auch oder vor allem nachts wach und aktiv. Für diese Menschen soll ein Ort zu Verfügung gestellt werden, an dem sie sich aufhalten und beschäftigen können, ohne andere in ihrer Nachtruhe zu stören. Die Betreuung dieser Bewohnerinnen durch qualifiziertes Personal muss auch nachts sichergestellt sein.

Wirksamkeit von spezifischen institutionellen Angeboten zur Nachtgestaltung zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz vor, ob spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung die Anwendung von FEM reduzieren können

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es liegen derzeit keine Studien zur Wirksamkeit von spezifischen institutionellen Angeboten zur Nachtgestaltung auf die Reduzierung von FEM oder von herausforderndem Verhalten vor.

6.15. Empfehlung - Individuell geplante Toilettengänge

Hintergrund

Menschen mit Demenz leiden häufig unter Harn- und / oder Stuhlinkontinenz (1). Die Ursache der Inkontinenz bei Menschen mit Demenz liegt nicht ausschließlich in Veränderungen der ableitenden Harnwege, auch psychosoziale Gründe sind von hoher Bedeutung. Aus diesem Grund ist der Begriff Inkontinenz in diesem Zusammenhang umstritten. So bringen Menschen mit Demenz häufig das Gefühl des Harndrangs nicht mit der Notwendigkeit des Gangs zur Toilette in Zusammenhang oder sie erkennen, finden bzw. erreichen die Toilette nicht. Weiterhin sind sie durch ihre dementielle Erkrankung nicht immer in der Lage, die Toilette adäquat zu benutzen (1).

Auch die Anwendung von FEM kann zu einer Inkontinenz führen (1). Es hat sich gezeigt, dass Inkontinenz mit der Anwendung von FEM in Altenheimen assoziiert ist (2, 3), in welche Richtung dieser Zusammenhang geht, was also Ursache und was Wirkung ist, ist jedoch unklar.

Eine mögliche Intervention bei Inkontinenz sind individuell geplante Toilettengänge. Darunter wird die regelmäßige Anregung für Bewohnerinnen verstanden, die Toilette aufzusuchen (4). So werden Bewohnerinnen beispielsweise in bestimmten Intervallen aufgefordert, zur Toilette zu gehen oder dorthin begleitet. Inwieweit solche individuell geplanten Toilettengänge bei Bewohnerinnen mit Demenz und einer bestehenden Inkontinenz FEM reduzieren können, ist im Rahmen der Leitlinienentwicklung ein relevantes Thema.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch individuell geplante Toilettengänge gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu individuell geplanten Toilettengängen kann keine Empfehlung getroffen werden“

(9 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Eine bedarfsgerechte Unterstützung beim Aufsuchen der Toilette stellt eine grundlegende pflegerische Unterstützung für alle Bewohnerinnen in stationären Altenpflegeeinrichtungen dar. Weiterhin ist eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Kontinenzversorgung notwendig. Solche individuell geplanten Toilettengänge dürfen keinen starren Zeitschemata folgen, sondern müssen vielmehr den individuellen Anforderungen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen angepasst sein. Es sei darauf hingewiesen, dass ein Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vorliegt.

Wirksamkeit von individuell geplanten Toilettengängen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt kein Nachweis über die Wirksamkeit von individuell geplanten Toilettengängen zur Reduktion von FEM vor

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es konnten keine Studien zur Wirksamkeit von individuell geplanten Toilettengängen auf die Vermeidung von FEM oder zur Reduzierung von herausfordernden Verhaltensweisen ermittelt werden.

6.16. Spezifische Berührung und Massage

Hintergrund

Menschen kommunizieren auf unterschiedliche Arten. Eine wichtige non-verbale Art der Kommunikation stellen Berührungen und Körperkontakt dar. Körperkontakt ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Der Berührung (z.B. durch Massage) wird daher eine bedeutende Rolle als nicht-pharmakologische Intervention bei Menschen mit Demenz zuerkannt (1). Unter dem Oberbegriff „Spezifische Berührung und Massage“ sind hier verschiedene Arten des spezifischen Körperkontaktes zusammengefasst. Es gibt eine Reihe verschiedener (neuro-) physiologischer Modelle, die die potentiellen positiven Auswirkungen von Berührung und Massage zu erklären versuchen. Ein Modell beruht z.B. auf der Beobachtung, dass Berührung oder körperliche Nähe eine beruhigende Wirkung auf Menschen hat, welche z.B. auf die Ausschüttung körpereigener Substanzen wie Oxytocin zurückzuführen ist. Diese Reaktion könnte demnach mit Demenz zusammenhängende Symptome wie Unwohlsein und Agitation lindern (1). Aus diesem Grunde werden hier die Interventionen spezifische Massage und spezifische Berührung zusammengefasst.

Im Rahmen der Leitlinie wird die **Akupressur** als eine Form der spezifischen Berührung angesehen. Die Akupressur ist eine besondere Form der Akupunktur, deren Erklärungsmodelle sich aus der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) herleiten. Die Akupressur wird durch geschulte Therapeuten, durch die Betroffenen selbst oder durch spezielle Akupressur-Armbänder durchgeführt. Traditioneller Weise werden, wie bei der Akupunktur, bestimmte „Akupunkte“ durch Drücken oder langsames Bewegen von Gliedmaßen oder Gelenken stimuliert, damit die „Lebensenergie“ („Chi“) fließen kann (8). Zur Linderung von Schmerzen und Übelkeit wird die Akupressur

auch in Deutschland propagiert, die Anwendung bei Demenz ist hierzulande bislang eher unbekannt.

Als eine weitere Art der spezifischen Berührung wird hier der Ansatz des „**therapeutic touch**“ betrachtet. Diese ist eine in Deutschland wenig bekannte Art des therapeutischen „Handauflegens“, wobei es allerdings oft nicht zum Körperkontakt kommt. Das besonders in Nordamerika verbreitete Konzept nach Krieger (2, 3) beruht auf dem Erkennen von „Energiefeldern“. In vier Schritten: Zentrieren („centering“), Erfassen („assessing“), Intervenieren („intervention“) und Evaluieren („evaluation / closure“) sollen die gestörten Energiefelder der Menschen erkannt und wiederhergestellt werden.

Die „Basale Stimulation in der Pflege“, deren Wirkmechanismus hauptsächlich auf der Kommunikation über Berührungen bzw. Körperkontakt beruhen soll, wird wegen der speziellen Bedeutung und weiten Verbreitung in Deutschland gesondert betrachtet (siehe Kapitel 6.18, S. 56 ff.).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung von spezifischer Berührung und Massage gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zur spezifischen Berührung und Massage kann keine Empfehlung getroffen werden“
(12 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Gewünschte Zuwendung und Körperkontakt sind eine Selbstverständlichkeit im Rahmen der pflegerischen Standardversorgung. Die hier dargestellten, darüber hinaus gehenden Arten von „spezifischer Berührung und Massage“ sind in Deutschland wenig verbreitet. Die LEG sieht die Übertragbarkeit der Studienergebnisse als stark eingeschränkt an.

Wirksamkeit von spezifischer Berührung und Massage zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden drei Übersichtsarbeiten und ein weiteres RCT identifiziert
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor
- Drei sehr unterschiedliche Interventionen zeigen jeweils gewisse positive Effekte

der Anwendung von spezifischer Berührung bzw. Massage auf herausforderndes Verhalten

Ergebnisse der Literaturrecherche

Übersichtsarbeiten

Es wurden drei Übersichtsarbeiten identifiziert (1, 4, 5). Das Cochrane Review (1) schließt zwei RCTs ein, von denen eines (6) den Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten adressiert. Bharani & Snowdon (4) schließen eine zusätzliche Studie (7) ein. Die Übersichtsarbeit von Bush (5) erbrachte keine zusätzlichen relevanten Treffer.

Aktuellere RCTs

Mit der Studie von Yang et al. (8) wurde ein weiteres RCT identifiziert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die drei sehr unterschiedlichen Interventionen zeigen jeweils gewisse positive Effekte bezüglich des herausfordernden Verhaltens von Bewohnerinnen. FEM werden in keiner der Arbeiten als Ergebnisparameter untersucht. Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer Berührung und Massage (siehe Tab. 49, Anhang S. 205) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studien zusammen.

Tabelle 29: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur spezifischen Berührung und Massage

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der spezifischen Berührung bzw. Massage	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Remington R 2002 (6)	Effekte von Entspannungsmusik und Handmassage auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	<p>Vier Alten- und Pflegeheime in den USA</p> <p>Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 82,4 Jahre (62-99)</p> <p>87% Frauen</p> <p>Senile Demenz</p> <p>n= 68</p>	Keine detaillierten Angaben.	<p>INTERVENTION:</p> <p>1. Entspannungsmusik (n= 17)</p> <p>2. Handmassage (n= 17)</p> <p>3. Entspannungsmusik und Handmassage (n= 17)</p> <p>KONTROLLE:</p> <p>4. Keine Intervention (n= 17)</p> <p>ERGEBNIS-PARAMETER:</p> <p>Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAI)</p> <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <p>4 Messzeitpunkte</p>	<p>Die Interventionen Entspannungsmusik und Handmassage reduzierten das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen im Vergleich zur Standardpflege.</p> <p>Der höchste Effekt wurde 1 Stunde nach der Intervention gemessen.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2)</p> <p>2. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 30: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur spezifischen Berührung und Massage

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der spezifischen Berührung bzw. Massage	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Woods D et al. 2005 (7)	Effekte von „Therapeutic touch“ auf die Häufigkeit und Ausprägung auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	<p>3 Special Care Units (SCU) in Kanada</p> <p>Bewohnerinnen von SCUs mit herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 81 Jahre (67 – 93)</p> <p>81% Frauen</p> <p>Demenz und Herausforderndes Verhalten</p> <p>n= 57</p>	<p>INTERVENTION:</p> <p>4 Phasen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mentale Einstimmung und Beruhigung 2. Fokussierung auf den Klienten 3. Ruhige, streichelnde Bewegungen an Schultern, Rücken, Hals und Ohren mit einer Hand, die andere Hand ruhig auf der Stirn des Klienten 4. Abschluss mit stabilisierenden Gedanken <p>PLACEBO:</p> <p>Berührung und Streicheln ohne „mentale Einstimmung“.</p>	<p>INTERVENTION:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Therapeutic touch“ (3 Tage, 2x für 5-7 Minuten) <p>KONTROLLE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Placebo Berührung (3 Tage, 2x für 5-7 Minuten) 3. Standardversorgung <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <p>Herausforderndes Verhalten (Direkte Beobachtung mit modifizierter „Agitated Behaviour Rating Scale“).</p> <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <p>Beobachtung für je 10 Stunden an 3 Tagen direkt vor (baseline) und direkt nach den 3 Tagen Intervention (follow-up).</p>	<p>Keine Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Placebo-gruppe.</p> <p>Signifikante Verbesserung gegenüber der Standardversorgung.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung:</p> <p>Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 31: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur spezifischen Berührung und Massage

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der spezifischen Berührung bzw. Massage	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Yang MH et al. 2007 (8)	Effekte von Akupressur auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	Cross-over Studie	<p>1 Altenheim in China</p> <p>Bewohnerinnen eines Heimes für Menschen mit Demenz</p> <p>Ø 74,2 Jahre</p> <p>65% Männer</p> <p>Demenz und Herausforderndes Verhalten</p> <p>n= 20 ausgewertet (von 31 Eingeschlossenen)</p>	Fünf Akupressurpunkte an Kopf, Arm und Bein wurden von einer speziell ausgebildeten Pflegenden behandelt.	<p>INTERVENTION: Akupressur (15 Minuten pro Tag an 5 Tagen/Woche für 4 Wochen)</p> <p>KONTROLLE: Standardversorgung</p> <p>ERGEBNISPARAMETER: Herausforderndes Verhalten (CMAI vor und nach der 4-wöchigen Intervention).</p> <p>Tägliche Dokumentation von Herausforderndem Verhalten.</p> <p>MESSZEITPUNKTE: Der CMAI wurde vor und nach der Intervention über je 7 Tage erhoben.</p>	Signifikante Reduktion von Herausforderndem Verhalten bei Anwendung von Akupressur.	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.17. Empfehlung - Aromatherapie

Hintergrund

Die Aromatherapie ist eine der so genannten komplementären Therapien und erfreut sich wie viele dieser „Alternativtherapien“ zunehmender Beliebtheit (1). Die Aromatherapie gehört zur Gruppe der sog. „Phytotherapien“, also dem Einsatz von ganzen Pflanzen oder Pflanzenteilen für medizinische Zwecke. Es handelt sich nicht um eine klar abgrenzbare Therapieform, sondern eher um einen Sammelbegriff für unterschiedliche Anwendungen verschiedener ätherischer Öle und Essenzen bei verschiedenen Prozessen bzw. Erkrankungen. Auch die Anwendungsarten sind sehr unterschiedlich, am häufigsten findet sich der Einsatz von Duftlampen, der Zusatz ätherischer Öle zum Badewasser oder die Einreibung bzw. Massage mit ätherischen Ölen (1). Trotz der weiten Verbreitung fehlt der Aromatherapie ein profunder theoretischer Hintergrund (z.B. bzgl. des Wirkmechanismus), der über anekdotische Berichte hinausgeht (1). Aromatherapie wird im Rahmen komplexer Interventionen (z.B. Snoezelen) oder auch als Einzelintervention angewandt. Es gibt eine Reihe kleinerer Untersuchungen mit bis zu 15 Teilnehmerinnen zur Aromatherapie bei Menschen mit Demenz, die kein RCT - Design gewählt haben und die in der Mehrzahl keine Verbesserung des herausfordernden Verhaltens zeigen konnten, was angesichts der geringen Stichproben nicht verwundert. Thorgrimsen et al. (1) berichten von 10 Untersuchungen bis 2002. Bezüglich möglicher Nebenwirkungen gibt es Hinweise aus Tierversuchen zu möglichen toxischen Wirkungen von Aromatherapeutika (1).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung von Aromatherapie gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zur Aromatherapie kann keine Empfehlung getroffen werden“
(8 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Mittel

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die hier dargestellte Evidenz bezieht sich lediglich auf eine Studie, die eine bestimmte Art der Anwendung (Einreibung bzw. Massage) und ein bestimmtes Aromatherapeutikum (Melissenöl 10%) untersucht und gewisse positive Effekte auf herausforderndes Verhalten zeigt.

Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich weder eine klare Aussage bzgl. der Wirksamkeit dieser Art der Aromatherapie noch der Aromatherapie im Allgemeinen schließen. Die begrenzte Evidenz sollte keineswegs zum breiten und unreflektierten Einsatz einer bestimmten Art der Aromatherapie und einer bestimmten Art der Anwendung führen.

Bei der Anwendung von ätherischen Ölen im Rahmen der Aromatherapie gilt es unbedingt die Präferenzen und Wünsche der Bewohnerinnen zu beachten. Außerdem sind Nebenwirkungen und Allergien auf Aromaöle bzw. Essenzen zu berücksichtigen.

Mögliche Geruchsbelästigungen anderer Bewohnerinnen müssen beim Einsatz bedacht und vermieden werden.

Wirksamkeit von Aromatherapie zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurde eine systematische Übersichtsarbeit zu Aromatherapie bei Menschen mit Demenz identifiziert
- Lediglich ein RCT untersucht angemessen die Wirksamkeit von Aromatherapie auf herausforderndes Verhalten
- Hier zeigt sich eine Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen durch die topische Anwendung von Melissenöl (10%)
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurde eine systematische Übersichtsarbeit zur Aromatherapie bei Menschen mit Demenz identifiziert (1). Hier wurden zwei RCTs eingeschlossen, wovon eines die Wirksamkeit von Aromatherapie bei Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeheimen beschreibt (2). Nach Veröffentlichung des Cochrane-Reviews (1) sind noch eine Reihe weiterer Studien zur Wirksamkeit der Aromatherapie erschienen, jedoch nur eine in der stationären Altenpflege. In der Arbeit von Snow et al. (3) zeigte sich kein Effekt der Anwendung von Lavendel bzw. Thymianöl auf das Auftreten von herausforderndem Verhalten bei sieben Menschen mit Demenz. Wegen der sehr geringen Aussagekraft dieser Arbeit wurde lediglich das RCT von Ballard et al. (2) in die Analyse aufgenommen. Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Aromatherapie (siehe Tab. 50, Anhang S. 206) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studie zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Das RCT von Ballard et al. (2) zeigte positive Effekte bei der topischen Anwendung von Aromatherapie (Melisse 10%) gegenüber Placebo (Sonnenblumenöl) bzgl. des Auftretens von herausforderndem Verhalten bei Altenheimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Es traten keine Nebenwirkungen auf. Die Aussagekraft der Studie wird durch einige methodische Probleme jedoch eingeschränkt, so wurden die Heime randomisiert (Cluster-Randomisierung), aber die Ergebnisse auf Bewohnerinnenebene ausgewertet.

Außerdem erhielten die Bewohnerinnen eine Reihe verschiedener psychotroper Medikationen, die auch während der Studienlaufzeit z.T. umgestellt wurden, so dass ein Einfluss der Medikation nicht auszuschließen ist. Nichtsdestotrotz liegt eine (vergleichsweise) hochwertige Arbeit vor, die auf eine Wirksamkeit einer aromatherapeutischen Intervention bzgl. herausfordernden Verhaltens hinweist. Zur Wirksamkeit auf die Anwendung von FEM liegen keine Hinweise vor.

Tabelle 32: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Aromatherapie

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der aromatherapeutischen Intervention	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Ballard C et al. 2002 (2)	Effekte der Aromatherapie mit Melissenöl auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	Cluster-RCT (Auswertung nicht cluster-adjustiert)	<p>Acht Alten- und Pflegeheime in Großbritannien</p> <p>Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung und herausforderndem Verhalten</p> <p>Ø 79 Jahre</p> <p>60% Frauen</p> <p>Demenz und Herausforderndes Verhalten</p> <p>n= 72</p>	<p>Gesicht und Arme der Bewohnerinnen wurden zweimal täglich von einer Pflegenden mit Melissenöl bzw. Sonnenblumenöl einge-rieben. Der Vorgang dauerte 1-2 Minuten. Die tägliche Menge lag bei 200g Öl.</p>	<p>INTERVENTION: Tägliche Einreibung mit Melissenöl (10%) für 4 Wochen.</p> <p>KONTROLLE: Tägliche Einreibung mit Sonnenblumenöl für 4 Wochen.</p> <p>ERGEBNIS-PARAMETER: Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels CMAI und NPI) nach vierwöchiger Intervention.</p> <p>MESSZEITPUNKTE: - Vor Beginn der Intervention - Nach Beginn der Intervention (nach 4 Wochen)</p>	<p>Signifikante Verbesserungen des Herausfordernden Verhaltens in allen Subskalen des NPI und CMAI (außer CMAI- verbal aggression und physical aggression).</p> <p>Keine adversen Effekte.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbeurteilung: Mittlere Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.18. Empfehlung - Basale Stimulation®

Hintergrund

Die Basale Stimulation ist ein Konzept, das vor allem in Deutschland bekannt und weit verbreitet ist, um Menschen mit Wahrnehmungsproblemen zu begegnen. Es ist sowohl eine Art „Pflegephilosophie“, die moralisch-ethische Grundsätze der Pflege beschreibt, beinhaltet aber auch spezielle Interventionen (z.B. die „Atemstimulierende Einreibung“).

Die Basale Stimulation ist demnach keine kurzfristige, abgrenzbare Einzelintervention, sondern vielmehr eine „komplexe Intervention“ verschiedener möglicher Komponenten aus unterschiedlichen Bereichen der Kommunikation und Kontaktaufnahme.

Das Konzept soll der Kommunikation und Interaktion mit schwer wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen dienen. Dem Konzept liegt ein humanistisch geprägtes Menschenbild und pädagogisches Verständnis zugrunde. Das Konzept ist inzwischen in vielen Bereichen der Pflege bekannt. Es wird für alle Menschen propagiert, die in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind, z.B. durch Bewusstlosigkeit oder Desorientierung, außerdem für Menschen, die in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt sind.

Das Konzept geht davon aus, dass auch Menschen mit schweren Wahrnehmungsstörungen etwas wahrnehmen können, selbst wenn Außenstehende (Angehörige, Pflegende, Therapeuten) keine sichtbaren Reaktionen feststellen können (1). Es beruht auf der Annahme, dass jeder Mensch, bewusst oder unbewusst, nach Eigenständigkeit strebt und die Fähigkeit besitzt, wahrzunehmen, solange er lebt. So ist jeder Mensch in jeder Lebenssituation ein soziales Wesen mit Interesse am Gegenüber im Rahmen einer Kommunikation und Interaktion (2). Daher, so die Grundannahme des Konzeptes brauchen bewußtseinsgestörte Menschen „elementare Anregungen“, d.h. gezielte und systematische Informationen (Stimulation) über sich selbst und ihre Umwelt. Diesbezüglich beschreibt „basal“ einfache Sinnesreize, die keine Vorkenntnisse erfordern. Der Begriff „Stimulation“ beinhaltet wahrnehmungsfördernde Angebote.

Ein wichtiger Bereich des Konzeptes ist die „Erfahrbarmachung des Körpers“ (3) z.B. durch Einreibungen und spezielle Techniken bei Ganz- oder Teilwaschungen. Des Weiteren gehören sensorische Angebote über Geruch, Geschmack, Sehen und Hören zu einzelnen möglichen Komponenten. Darüber hinaus ist auch ein grundsätzliches „pflegeethisches“ Handeln Teil der Basalen Stimulation. Hierzu zählt die Vermeidung unnötiger, unangenehmer Geräusche oder die Kontaktaufnahme über eine Initialberührung.

Die „Rahmenempfehlungen (RE) zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (3) bezeichnen die Basale Stimulation zusammenfassend als eine Art von „Berührung als Begegnungsform“ und empfehlen die Basale Stimulation zum Umgang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung Basaler Stimulation gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zur Basalen Stimulation kann keine Empfehlung getroffen werden“
(15 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Bei dem potentiell sehr „nahen“ Kontakt zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen müssen Präferenzen und Wünsche der Bewohnerinnen unbedingt beachtet werden.

Die Rahmenempfehlungen bewerten die Basale Stimulation für Menschen mit herausforderndem Verhalten positiv. Diese Einschätzung wird mit der guten Übertragbarkeit der Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung begründet, auch wenn „eine breite wissenschaftliche Bearbeitung in der Pflege“ aussteht (1).

Letzteres begründet, dass die LEG im Unterschied zu den Rahmenempfehlungen keine Empfehlung für die Basale Stimulation treffen kann.

Vor einer weitreichenden Einführung des Konzepts und der Schulung von Pflegepersonal bedarf es dringend methodisch angemessener Studien mit relevanten Ergebnisparametern. Angesichts der nicht vorhandenen Evidenz besteht Forschungsbedarf zur Wirksamkeit der Basalen Stimulation zur Reduktion von FEM und herausforderndem Verhalten.

Wirksamkeit von Basaler Stimulation zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz vor

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden keine relevanten Studien zur Wirksamkeit der Basalen Stimulation identifiziert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Empfehlung der Rahmenempfehlungen (3) für die Bedeutung der Basalen Stimulation im Umgang mit herausforderndem Verhalten und für die Fortbildung von Pflegenden begründet sich ausschließlich auf Expertenansichten. Es liegt keinerlei relevante Evidenz aus dem Bereich der Betreuung von Menschen mit Demenz vor.

6.19. Validation

Hintergrund

Die Validationstherapie nach Naomi Feil erfreut sich großer Beliebtheit in der Altenpflege, sie gehört zum Standard der Altenpflegeausbildung in Deutschland. Durch die Anwendung dieses Konzepts soll Menschen mit Demenz ein Gefühl der Wertschätzung entgegengebracht werden (1). Hieraus soll sich z.B. eine Reduktion von herausforderndem Verhalten ergeben. Auch eine Reduktion von FEM wird von Feil als Folge der Validation in Aussicht gestellt (2). Die „Rahmenempfehlungen (RE) zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (3) empfehlen als „Basis für die Arbeit und Kommunikation [...] eine validierende, wertschätzende Grundhaltung“. Hier wird angesichts der mangelnden Evidenz für einen Nutzen der Methode eher der Wert der Validation als Teil komplexer pflegerischer Interventionen herausgestellt. Besondere Erwähnung findet die „integrative Validation“ nach Nicole Richards.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung von Validation gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zur Validation kann keine Empfehlung getroffen werden“
(13 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die menschlichen und pflegerischen Grundwerte, die sich in dem Konzept der Validation ausdrücken, beschreiben eine selbstverständlich zu fordernde Grundhaltung in der beruflichen Altenpflege. Trotz der weiten Verbreitung mangelt es dem Konzept an einer theoretischen Fundierung und einer nachvollziehbaren konzeptionellen Grundlage. Bei der Einführung eines Konzepts der Validation ist zu bedenken, dass diese mit einer aufwändigen und relativ kostenintensiven Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbunden ist. Angesichts der weiten Verbreitung des Konzepts in der deutschen Altenhilfe bedarf es für die Validation dringend weiterer methodisch angemessener Studien mit relevanten Ergebnisparametern. Dieses gilt auch bezüglich der ver-

muteten Wirksamkeit der Validation auf die Reduktion von FEM.

Wirksamkeit von Validation zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden drei Übersichtsarbeiten und zwei weitere RCTs eingeschlossen
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor
- Nur eins von fünf RCTs zeigte bei einer sehr kleinen Teilnehmerinnenzahl (n= 22) gewisse positive Effekte der Validation auf herausforderndes Verhalten
- Die vier übrigen Studien zeigen keinen Unterschied

Ergebnisse der Literaturrecherche

Übersichtsarbeiten

Es wurden drei systematische Übersichtsarbeiten identifiziert, die sich ausschließlich (4) oder neben anderen Interventionen (5, 6) mit der Wirksamkeit der Validation bei Menschen mit Demenz befassen. Keine der Arbeiten fasst die Ergebnisse in einer Meta-Analyse zusammen. Aufgrund der hohen methodischen Güte des Cochrane-Reviews (4) wurde in den beiden weiteren Übersichtsarbeiten nach zusätzlichen, aktuelleren RCTs bzw. RCTs zum Ergebnisparameter FEM gesucht. Es wurden jedoch keine weiteren RCTs identifiziert.

Aktuelle RCTs

Es wurden drei aktuellere kontrollierte Studien identifiziert, die nicht in den o.g. Übersichtsarbeiten berücksichtigt wurden. Die Arbeit von Tondi et al. (7) ist kein RCT und wurde daher ausgeschlossen, die Arbeiten von Deponte & Missan 2007 (8) und Finnema et al. 2005 (9) sind (zumindest im weiteren Sinne) RCTs und wurden daher in die Analyse aufgenommen. Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Validation (siehe Tab. 51, Anhang S. 207) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studien zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die eingeschlossenen Studien untersuchen verschiedene Arten der Validation bzw. „gefühlsorientierten Pflege“ mit unterschiedlicher Intensität, Dauer der Beobachtung und unterschiedlicher Dauer der Anwendung. Es werden jeweils mehrere Ergebnisparameter untersucht, was bei meist kleinen Stichproben zu einer geringen Power führt. Die größte und methodisch beste Studie zeigt positive Effekte bzgl. der Gefühle weniger stark von Demenz betroffener Bewohnerinnen und der Belastbarkeit der Pflegenden, jedoch keinen Unterschied bzgl. herausfordernden Verhaltens. Ein Einfluss auf die Anwendung von FEM wird in keiner der Arbeiten untersucht.

Tabelle 33: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Validation

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Neal M & Barton Wright P 2003 (4)	Wirksamkeit der Validation bei Menschen mit Demenz oder mit kognitiver Beeinträchtigung.	systematische Übersichtsarbeit Keine Meta-Analyse	<p>SUCHSTRATEGIE: Suche nach den Standards der Cochrane Collaboration.</p> <p>VERGLEICHBARKEIT: Verschiedene Outcome-Instrumente zum Verhalten: CMAI, MSBS, BAT. Unterschiedliche Kontrollinterventionen (jedoch alle mit Standardversorgung). Unterschiedliche Interventionsdauer (täglich-einmal/Woche; 6 Wochen-1 Jahr).</p> <p>STUDIENQUALITÄT: Alle Studien waren mit schwerwiegenden Limitierungen der Studienqualität verbunden.</p>	<p>Es konnte lediglich in einer Studie ein signifikanter Unterschied bezüglich des Verhaltens gefunden werden.</p> <p>Peoples et al. fanden eine signifikante Verbesserung bei den 11 Teilnehmerinnen in der IG gegenüber 11 KG Teilnehmerinnen nach 6 Wochen.</p> <p>In den übrigen Studien wurden keine Unterschiede gefunden.</p> <p>Zu den weiteren Ergebnisparametern wurden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede gefunden.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 34: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Validation

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Validations-Intervention	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Deponte A & Missan R 2007 (8)	Effekte von Validationstherapie in der Gruppe auf Kognition, ADLs und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	1 Altenheim in Italien Bewohnerinnen mit Demenz 87 Jahre Geschlecht unklar Demenz n= 30	Validation (nach Feil) in der Gruppe zweimal pro Woche (je 45-60 min) über einen Zeitraum von 3 Monaten.	INTERVENTION: Validation 2x/Woche (n= 10) Reminiscence (n= 10) KONTROLLE: Standardversorgung (n= 10) ERGEBNISPARAMETER: • Verhalten (NPI) • Kognitiver Status • Status bzgl. „Lebensaktivitäten“ MESSZEITPUNKTE: nach 3 Monaten	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. herausfordernden Verhaltens.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.



Tabelle 35: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Validation

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Validations-Intervention	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Finnema E et al. 2005 (9)	Effekte „integrierter gefühlsorientierter Pflege“ auf die Stimmung und das Verhalten von Bewohnerinnen mit Demenz (und Pflegenden).	Cluster- RCT	<p>16 Wohnbereiche in 14 Altenheimen in Holland</p> <p>Menschen mit Demenz</p> <p>84 Jahre</p> <p>81% Frauen</p> <p>Demenz</p> <p>n= 146</p>	<p>Alle an der Pflege Beteiligten erhielten eine Basis-Schulung in gefühlsorientierter Pflege (lt. Autoren vgl. die Validation nach Feil).</p> <p>Fünf Pflegende pro Wohnbereich wurden intensiv geschult.</p> <p>Ein Pflegender pro Wohnbereich wurde als „Coach“ geschult.</p> <p>Die gefühlsorientierte Pflege sollte in die normalen Pflegeabläufe integriert werden.</p>	<p>INTERVENTION: Validation (Emotion oriented care) plus “Model-care plan” (n= 67).</p> <p>KONTROLLE: Optimierte Standardversorgung (“Model-care plan”) (n= 79).</p> <p>ERGEBNISPARAMETER: Verhalten (gemessen mittels CMAI & BIP) Stimmung.</p> <p>MESSZEITPUNKTE: Vor Beginn der Intervention und nach 9 Monaten.</p>	<p>Kein Unterschied bezüglich herausforderndem Verhalten.</p> <p>Gewisse positive Effekte bei weniger schwer betroffenen Bewohnerinnen in zwei Stimmungskategorien.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.20. Empfehlung - Snoezelen

Hintergrund

Wie die Basale Stimulation wurde auch das Snoezelen ursprünglich als therapeutische Maßnahme für geistig behinderte Menschen entwickelt (1, 2). Auch hier wird versucht, den Verlust von Sinnesreizen (Deprivation) durch unterschiedliche Stimuli zu beeinflussen bzw. zu verhindern, daher auch der englische Begriff „multi-sensory stimulation bzw. multi-sensory environment“. Durch unterschiedliche Arten der „multisensorischen Stimulation“ bzw. der „multisensorischen Umgebung“ sollen verschiedene positive Effekte bzgl. des Verhaltens und der Kommunikation bei Menschen mit Demenz erreicht werden (3). Snoezelen ist eine Kombination der niederländischen Wörter Snuffelen (Schnuppern) und Doezen (Dösen). Die „Deutsche Snoezelen-Stiftung“ definiert Snoezelen als „ausgewogen gestaltete Räumlichkeit, in der durch harmonisch aufeinander abgestimmte multisensorische Reize Wohlbefinden und Selbstregulationsprozesse bei den Anwesenden ausgelöst werden.“ (4) Diese Definition bezieht sich auf sogenannte Snoezelen-Räume, in denen verschiedene sensorische Reize angeboten werden z.B. durch Vibrationsbetten, weiche Kissen, Duftlampen, farbige Lichtquellen, Spiegel und / oder Musik (5). Das Verfahren kann entweder einzeln oder für Gruppen in Snoezelen-Räumen angeboten werden oder als „integriertes Snoezelen“ in den Alltag der Menschen integriert werden (5). Vor allem seit Beginn der neunziger Jahre wurden eine Reihe von Studien zum Snoezelen bei verschiedenen Personengruppen mit verschiedenen Stimulationsmethoden durchgeführt (6).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung von Snoezelen gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu Snoezelen kann keine Empfehlung getroffen werden“
(13 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die geringe Evidenz bezieht sich lediglich auf eine Untersuchung, die eine individuell abgestimmte Snoezelen-Intervention untersucht hat. Die Aussagekraft der Ergebnisse für die Wirksamkeit der komplexen und inkonsistenten Intervention Snoezelen ist gering.

Angesichts der weiten Verbreitung des Konzepts in der deutschen Altenhilfe bedarf es dringend weiterer methodisch angemessener Studien mit relevanten Ergebnisparametern. Diese Studien sollten auch die weit verbreitete Anwendung von Snoezelen-Räumen adressieren.

Wirksamkeit von Snoezelen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden fünf Übersichtsarbeiten identifiziert
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor
- Nur ein RCT untersuchte die Auswirkungen von Snoezelen auf herausforderndes Verhalten bei Bewohnerinnen in Alten- und Pflegeheimen. Hier konnten keine Unterschiede gezeigt werden

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden fünf relevante Übersichtsarbeiten identifiziert (1, 2, 6, 7, 8). Der aktuelle Cochrane-Review (2) schließt zwei RCTs ein, wovon nur eines Bewohnerinnen von Pflegeheimen adressiert (9, 10). Die weiteren in der Übersichtsarbeit identifizierten Studien (n= 21) sind entweder nicht im Heimbereich angesiedelt, vergleichen verschiedene Interventionen oder sind nicht-randomisierte Studien. Die Übersichtsarbeit von Verkaik et al. (6) schließt darüber hinaus drei weitere Studien aus den neunziger Jahren ein, die jedoch nicht herausforderndes Verhalten sondern Apathie bzw. Depressionen als Ergebnisparameter untersuchten. Die nicht-systematische Übersichtsarbeit von Reuschenbach & Mallau (1) kontrastiert ebenso wie Bartholomeyczik et al. (3) die mangelnde Evidenz für eine Wirksamkeit sowie die mangelnde theoretische Grundlage des Snoezelen gegenüber der (welt-) weiten Verbreitung des Konzepts. Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Snoezelen (siehe Tab. 52, Anhang S. 208) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studie zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Studie von Van Weert et al. (9, 10) ist die einzige hochwertige Untersuchung aus dem Heimbereich, die eine Snoezelenintervention angemessen in Bezug auf herausforderndes Verhalten untersucht hat.

Es wurden hier zwölf Wohnbereiche in sechs Einrichtungen zufällig einer Snoezelenintervention oder Standardpflege zugeteilt. Bewohnerinnen mit mittlerer bis starker Demenz wurden eingeschlossen. Die Intervention bestand aus der Integration stimulierender Handlungen in die tägliche Pflege. Diese wurden individualisiert nach einer vorangegangenen Erhebung der „Stimuluspräferenzen“ der Bewohnerinnen für mindestens drei Monate angewendet. Es gab verschiedene Messzeitpunkte und Ergebnisparameter. Die Langzeitwirkung bzgl. herausfordernden Verhaltens wurde nach 18 Monaten mittels Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) erfasst. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Anwendung von FEM wurde nicht erfasst.

Tabelle 36: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von Snoezelen

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Snoezelen-Intervention	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
van Weert J 2005a (9) van Weert J 2005b (10)	Effekte von Snoezelen auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	Cluster-RCT	<p>12 Wohnbereiche in Alten- und Pflegeheimen in Holland</p> <p>Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung</p> <p>Ø 83 Jahre</p> <p>81% Frauen</p> <p>Mittelschwere oder schwere Demenz</p> <p>n= 128</p>	Individualisiertes Snoezelen als Teil der geplanten Pflege.	<p>INTERVENTION:</p> <p>1. Snoezelen (n= 66)</p> <p>KONTROLLE:</p> <p>2. Keine Intervention (n= 62)</p> <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <p>Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAI).</p> <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <p>Langzeitevaluation nach 18 Monaten.</p>	<p>Der Einbezug von Snoezelen in die Pflegeroutine zeigte kurzfristige Verbesserungen während der Pflegethandlungen (z.B. morgendliche Pflege).</p> <p>Ein Langzeiteffekt im Vergleich zur Standardpflege bzgl. HV auf der CMAI konnte nicht gezeigt werden.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1)</p> <p>2. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbewertung:</p> <p>Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.21. Empfehlung - Realitätsorientierende Therapie und kognitive Stimulation

Hintergrund

Bereits seit den fünfziger Jahren gibt es Programme zur kognitiven Stimulation von Menschen mit Demenz. Die ersten Programme versuchten durch Orientierung der Betroffenen in der Realität („Realitäts-Orientierung“) das Fortschreiten des kognitiven Abbaus zu verlangsamen (1). Die Systematische Übersichtsarbeit von Spector et al. (2) schließt fünf Studien zur Orientierung von Menschen mit Demenz ein. Diese Übersichtsarbeit wurde zurückgezogen, da die Autorinnen eine Ausweitung auf andere Methoden zur kognitiven Stimulation angesichts neuerer Forschungsarbeiten für geboten hielten. Hierzu liegt ein Protokoll der gleichen Autorinnen für ein Cochrane-Review vor (1).

Eine eindeutige Definition und eine klare Abgrenzung der hier eingeschlossenen Interventionen erscheint schwierig. Die Autorinnen des Protokolls unterscheiden bei „Interventionen mit kognitivem Fokus“ grundsätzlich (1):

- „Kognitive Stimulation“: Aktivitäten und Diskussionen (zumeist in Gruppen)
- „Kognitives Training“: Angeleitete Übungen an standardisierten Aufgaben verschiedener Schwierigkeitsgrade häufig mit Computern oder Arbeitsblättern (individuell oder in Gruppen)
- „Kognitive Rehabilitation“: Individuell abgestimmte Ansätze mit der Bestimmung persönlicher Ziele. Die Therapeutin arbeitet mit den Betroffenen an Strategien zur Erreichung persönlicher Ziele. Hierbei ist das Ziel demnach weniger die Verbesserung oder Erhaltung der Kognition sondern v.a. die Bewältigung des Alltags

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (3) unterscheidet das „Kognitive Training“ von der „Realitätsorientierung“ bzw. dem „Realitätsorientierungstraining (ROT)“. Hinter dem Realitätsorientierungstraining verbirgt sich ein in jüngster Zeit häufig erwähntes Konzept mit zwei prinzipiellen Ansätzen, die einzeln oder kombiniert eingesetzt werden (3):

- Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende Informationen, die Personen, Zeit und Ort betreffen stets aufs Neue wiederholt
- Das andere Modell bietet den Bewohnerinnen „Realitätsanker“, wann immer möglich. Diese werden im persönlichen Gespräch und als „optische oder akustische Orientierungshilfen“ angeboten

Kognitive Stimulation wird eher für frühe Stadien der Demenz empfohlen, während der Einsatz in späteren Stadien, anders als bei der Realitätsorientierung, wegen der Gefahr einer „Überforderung“ als problematisch erachtet wird (3).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung von Realitätsorientierender Therapie und kognitiver Stimulation gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG

„Zur Realitätsorientierenden Therapie und kognitiven Stimulation kann keine Empfehlung getroffen werden“
(13 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Keine Evidenz

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Kognitive Stimulation und Orientierungstraining werden hier angesichts der nicht vorhandenen Evidenz zusammengefasst, es gilt jedoch die Unterschiede zwischen verschiedenen Interventionen und deren Eignung für Menschen in verschiedenen Stadien der Demenz zu beachten. Bei der Betrachtung der Erfolge von Interventionen in Bezug auf kognitive Leistungen und Orientierung sollte die Relevanz dieser Ergebnisse für die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen unbedingt beachtet werden.

Angesichts der weiten Verbreitung sollten aussagekräftige Studien durchgeführt werden, die auch Ergebnisparameter wie Lebensqualität und herausforderndes Verhalten betrachten.

Wirksamkeit von Realitätsorientierender Therapie und kognitiver Stimulation zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden drei Übersichtsarbeiten und zwei weitere RCTs identifiziert
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM oder zur Reduktion von herausforderndem Verhalten vor

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden drei systematische Übersichtsarbeiten (2, 4, 5) sowie zwei RCTs (6, 7) identifiziert, die Untersuchungen bzw. Interventionen zur kognitiven Stimulation bzw. zur Realitätsorientierung einschließen. Keine der Arbeiten enthält Aussagen zum herausfordernden Verhalten oder zu FEM bei Altenheimbewohnerinnen.

Ein RCT (7), das ein Orientierungstraining in der geriatrischen Rehabilitation untersuchte, deutet darauf hin, dass eine Verbesserung der Orientierung mit verstärktem herausforderndem Verhalten verbunden sein kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Angebot von Realitätsorientierung bzw. kognitiver Stimulation scheint positive Effekte hinsichtlich der Verzögerung des Fortschreitens des kognitiven Abbaus bei Menschen mit Demenz zu haben. Über die Wirksamkeit bzgl. der Anwendung von FEM und / oder des Auftretens von herausforderndem Verhalten kann jedoch derzeit keine Aussage getroffen werden.

Studien, die Interventionen zur Realitätsorientierung und zur kognitiven Stimulation untersuchen, haben hauptsächlich die Verbesserung der kognitiven Leistungen als Ergebnisparameter betrachtet. Bezüglich des Realitätsorientierungstrainings wird die tatsächliche Relevanz der Ergebnisse angezweifelt, da unklar bleibt, ob es einen Einfluss auf das Wohlbefinden hat, wenn eine Bewohnerin aufgrund des Trainings z.B. um den aktuellen Wochentag weiß (1). Aufgrund geringer Evidenz bleibt unklar, ob gewisse kognitive Verbesserungen mit negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität verbunden sind (1). So führte z.B. ein Orientierungstraining in einer kleineren Untersuchung mit Menschen in der geriatrischen Rehabilitation dazu, dass Menschen zwar besser den Weg fanden, allerdings war dies verbunden mit verstärktem herausforderndem Verhalten (7).

6.22. Empfehlung - Biographieorientierte Interventionen

Hintergrund

Der Oberbegriff „Biographieorientierte Interventionen“ fasst Interventionen zusammen, die sich der Biographie bzw. der Erinnerung von älteren Menschen (im Besonderen Menschen mit Demenz) bedienen, um durch Anknüpfung an die Biographie und die Erinnerung an Zurückliegendes u.a. das Wohlbefinden der Menschen zu fördern. Es finden sich verschiedene Interventionen, die z.B. mit Begriffen wie Erinnerungspflege, Reminiszenz oder Biographiearbeit beschrieben werden. Auch das „Psychobiographische Pflegemodell“ nach Erwin Böhm (1) ist hier zu verorten. Eine Abgrenzung der einzelnen Konzepte ist kaum möglich. Mit dem Begriff der „Biographieorientierten Interventionen“ wird daher versucht, alle Möglichkeiten der Interventionen von Gruppenaktivierung über Einzelinterventionen bis zum Einbezug einzelner Elemente der Biographie bzw. Erinnerung in der tägliche Pflege von Menschen mit Demenz zu erfassen. Bartholomeyczik et al. (2) übersetzten die international als „Reminiscence“ oder „Life Review“ bekannte Biographieorientierte Interventionen mit Erinnerungspflege. Zu möglichen Interventionen zählen z.B. das Sprechen über Kindheitserinnerungen oder das Singen von alten Liedern im Rahmen von Gruppeninterventionen. Im Rahmen von Einzelinterventionen kann gezielt auf biographische Aspekte der Bewohnerinnen eingegangen werden. Hierbei können auch Gegenstände aus der Biographie der Bewohnerinnen zum Einsatz kommen. Ein Beispiel für den Einbezug in die tägliche Praxis ist z.B. das Waschen mit Kernseife (2).

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch die Anwendung von biographieorientierten Interventionen gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Zu biographieorientierten Interventionen kann keine Empfehlung getroffen werden“
(14 von 14 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Sehr gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Auseinandersetzung mit der Biographie der Bewohnerinnen ist ein zentrales Element im Pflegeprozess und unabdingbar für eine menschenwürdige Pflege. Professionelle Pflege muss grundsätzlich auf der Biographie der Bewohnerinnen basieren.

Der zusätzliche Nutzen spezieller biographieorientierter Interventionen zur Vermeidung bzw. Reduktion von herausforderndem Verhalten oder FEM ist unklar. Auch mögliche Nebenwirkungen wie z.B. eine „Re-Traumatisierung“ sind zu bedenken.

Wirksamkeit von „Biographieorientierten Interventionen“ zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden drei Übersichtsarbeiten und zwei weitere RCTs identifiziert
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor
- Nur ein RCT adressierte bei einer sehr kleinen Teilnehmerinnenzahl (n= 30) den Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten, hier zeigte sich kein Unterschied zur Kontrollgruppe
- „Biographieorientierte Interventionen“ scheinen einen gewissen positiven Einfluss auf die Stimmung älterer Menschen zu haben, bzgl. FEM und herausforderndem Verhalten ist jedoch keine Aussage möglich

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden drei systematische Übersichtsarbeiten identifiziert, die Arbeiten zu „Biographieorientierten Interventionen“ einschließen (3, 4, 5). Das Cochrane-Review (3) schließt fünf RCTs ein, von denen keines den Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten adressiert.

Verkaik et al. (4) schließen eine weitere Arbeit ein (6), diese adressiert jedoch ebenfalls nicht den Ergebnisparameter herausforderndes Verhalten, sondern „Apathie“.

Die Arbeit von Livingston et al. (5) schließt ebenfalls fünf Arbeiten ein, wovon wiederum drei nicht in den übrigen Reviews enthalten sind, hier findet sich ebenfalls keine relevante Arbeit. Darüber hinaus wurden zwei RCTs identifiziert (7, 8). Ito et al. (7) wählen ebenfalls herausforderndes Verhalten nicht als Ergebnisparameter, so dass lediglich die Arbeit von Deponte & Missan (8) eingeschlossen werden konnte. Die Evidenztabelle (siehe Tab. 53, Anhang S. 209) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studie zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Arbeit von Deponte & Missan (8) zeigt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. herausforderndem Verhalten, gemessen mittels „Neuro-psychiatric Inventory (NPI), bei einer geringen Teilnehmerinnenzahl. Da das Ziel der „Biographieorientierten Interventionen“ eher in der Verbesserung von Kognition und Stimmung von Menschen mit Demenz gesehen wird, finden sich trotz der Vielzahl hochwertigerer Forschungsarbeiten keine weiteren mit dem Ergebnisparameter FEM oder herausforderndes Verhalten. Auch die in Bartholomeyczik et al. (2) eingeschlossenen weiteren Arbeiten niedrigerer Evidenzstärke liefern hierzu keine Erkenntnisse. Die vorliegenden Arbeiten zur „Biographieorientierten Intervention“ deuten auf positive Effekte zumindest bzgl. der Stimmung von Menschen mit Demenz hin. Auch diese Aussage beruht jedoch auf Studien mit geringer Qualität und kleinen Stichproben (2, 3).

Tabelle 37: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit „Biographieorientierter Interventionen“

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Biographieorientierten Intervention	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Deponte A & Missan R 2007 (8)	Effekte von „Sensorischer Reminiscence“ in der Gruppe auf Kognition, ADLs und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.	RCT	1 Altenheim in Italien Bewohnerinnen mit Demenz 87 Jahre Geschlecht unklar Demenz n= 30	„Sensorische Reminiscence“ (keine genaue Beschreibung) in der Gruppe zweimal pro Woche (je 45-60 min) über einen Zeitraum von 3 Monaten.	INTERVENTION: Reminiscence (n= 10) Validation 2x / Woche (n= 10) KONTROLLE: Standardversorgung (n= 10) ERGEBNISPARAMETER: Verhalten (NPI), Kognitiver Status, Status bzgl. „Lebensaktivitäten“ MESSZEITPUNKTE: nach 3 Monaten	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. herausfordernden Verhaltens.	Hohe Qualität	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Sehr Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

6.23. Empfehlung - Spezifische helle Beleuchtung

Hintergrund

Die Beleuchtung gewinnt an Bedeutung im Rahmen der Umfeldgestaltung in der stationären Altenpflege. Zahlreiche Modellprojekte und Untersuchungen widmen sich dem Thema Licht bzw. der gezielten oder – wie von der LEG formuliert – spezifischen hellen Beleuchtung.

In Deutschland liegen dazu zwei rechtliche Rahmenbedingungen in Hamburg (Behörde für Soziales und Familie) und Baden-Württemberg (Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege) vor, die eine angemessene Beleuchtung („500 Lux in Augenhöhe“), basierend auf Erfahrungen aus Modellprojekten und aus dem Bereich der Arbeitssicherheit, vorgeben.

Diese festgelegte Richtgröße von 500 Lux basiert nicht auf empirisch nachgewiesenen Erkenntnissen (1). Das Licht bzw. die Art der Beleuchtung hat als ein wichtiger Bestandteil der Umgebungsgestaltung Einfluss auf das Wohlbefinden älterer Menschen und hat möglicherweise einen günstigen Einfluss auf die generelle Sehbeeinträchtigung, den zirkadianen Rhythmus und die Unfallverhütung (1).

Unklar ist, ob Licht bzw. eine spezifische helle Beleuchtung Einfluss auf die Häufigkeit von FEM bzw. herausforderndem Verhalten der Bewohnerinnen hat.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch eine spezifische helle Beleuchtung gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:

EMPFEHLUNG:



„Spezifische helle Beleuchtung kann nicht empfohlen werden“
(10 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Mittel

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Empfehlung der LEG bezieht sich auf eine spezifische helle Beleuchtung von 500 Lux. Eine ausreichend orientierende und gute Beleuchtung ist in Alten- und Pflegeheimen immer zu gewährleisten, da sie zur Grundausstattung gehört.

Aspekte der Beleuchtung im Rahmen der Umgebungsgestaltung von stationären Altenpflegeeinrichtungen werden seit einigen Jahren in der Fachwelt verstärkt diskutiert.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und die Verbraucherzentrale haben dazu Empfehlungen formuliert. Ebenso empfiehlt der Hamburger Rahmenvertrag zur stationären Dementenbetreuung eine Beleuchtungsstärke von 500 Lux.

Die Studie, die dieser Empfehlung zugrunde liegt, weist auf die positiven Nebenwirkungen von heller Beleuchtung hin. Demnach verbessert eine helle Beleuchtung (± 1000 Lux) Symptome wie Reizbarkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Obstipation und Schlaflosigkeit, eine Evidenz zur Wirksamkeit auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten liegt jedoch nicht vor.

Wirksamkeit von spezifischer heller Beleuchtung zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von spezifischer heller Beleuchtung auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor
- Es liegt eine randomisiert-kontrollierte Studie vor, die die Wirksamkeit von hellem Licht in Kombination mit Melatonin auf die Reduktion herausfordernden Verhaltens - neben weiteren Faktoren - bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege untersucht und keinen Effekt von hellem Licht auf die Reduktion herausfordernden Verhaltens nachweist

Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der Datenbankrecherche (vgl. Suchstrategie zu Lichttherapie, Anhang Kap. 7.8, S. 284) wurde keine Studie identifiziert, die etwas über die Wirksamkeit von (spezifischer heller) Beleuchtung auf die Reduktion von FEM bzw. herausforderndem Verhalten bei Bewohnerinnen im stationären Bereich aussagt. Es ließ sich nur eine aktuelle randomisiert-kontrollierte Studie (2) zur Wirksamkeit von heller Beleuchtung in Kombination mit Melatonin auf kognitive und nicht-kognitive Symptome von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege finden. Die Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer heller Beleuchtung (siehe Tab. 54, Anhang S. 210) fasst die Bewertung der eingeschlossenen Studie zusammen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine randomisiert-kontrollierte Studie mit 189 Teilnehmerinnen (2) und hoher methodischer Qualität untersuchte in einem 2x2 faktoriellen Design die Wirksamkeit von hellem Licht, sowohl individuell als auch in Kombination mit Melatonin, auf Kognition, Stimmung, Verhalten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Schlaf und Nebenwirkungen. Den Studienergebnissen zufolge hat helles Licht keinen statistisch signifikanten und klinisch relevanten Effekt auf die Reduktion herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 38: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Studie zur Wirksamkeit von spezifischer heller Beleuchtung

Referenz	Forschungsfragen	Design	Charakteristika der Teilnehmerinnen	Charakteristika der Intervention	Intervention und Kontrolle Ergebnisparameter Messzeitpunkte	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methodenpapier
Riemersma-van der Lek RF et al. 2008 (2)	Verbessert sich die fortschreitende Verschlechterung kognitiver und nicht-kognitiver Symptome bei Bewohnerinnen durch individuelle oder kombinierte Langzeit-Anwendung von hellem Licht und Melatonin.	RCT	<p>Bewohnerinnen aus 12 Altenheimen (Niederlande)</p> <p>Alter Ø 85,8</p> <p>90% Frauen</p> <p>87 % mit Demenz</p> <p>n= 189</p>	<p>Melatonin</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2,5 mg, Terafarm, Brielle, Niederlande - Auflösung der Tbl. in Wasser 1 Std. - Verabreichung ca. 1 Std. vor dem Schlafgehen von einer Pflegenden, die die Einnahme verfolgte <p>Licht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deckenlicht (Philips TLD 840 und 940) im gemeinsamen Wohnzimmer - täglich 9.00 – 18.00 Uhr - ± 1000 lux auf Augenhöhe in Blickrichtung 	<p>INTERVENTIONEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ganztägliches helles Licht (± 1000 lux) (n= 98) 2) Abendliches Melatonin (2,5 mg) (n= 95) <p>KONTROLLE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ganztägliches trübes Licht (± 300 lux) (n= 91) 2) Abendliches Placebo (n= 94) <p>2x2 faktorielles Design: n= 49 Licht, n= 46 Melatonin, n= 49 Licht+Melatonin, n= 45 weder Licht noch Melatonin</p> <p>ERGEBNISPARAMETER:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kognitive und nicht-kognitive (u.a. Herausforderndes Verhalten) Symptome 2) Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens 3) Nebenwirkungen <p>MESSZEITPUNKTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle 6 Monate über 3,5 Jahre (1999-2004) 	<p>Effekt von Licht auf herausforderndes Verhalten:</p> <p>Kein statistisch signifikanter Effekt von hellem Licht auf herausforderndes Verhalten (um 1,61 Punkte (95% CI, 1.60-4,82) auf Cohen-Mansfield Agitation Index, CMAI, p=0,33).</p> <p>Effekt von Licht und Melatonin:</p> <p>Kombination aus hellem Licht und Melatonin hat herausforderndes Verhalten um 3,9 Punkte (95% CI, 0,88-6,92) bzw. 9% auf dem CMAI reduziert.</p> <p>Gesamtschlussfolgerung:</p> <p>Licht hat einen mäßig verbessernden Einfluss auf einige kognitive und nicht-kognitive Symptome bei Demenz. Um Nebenwirkungen von Melatonin auf die Stimmung entgegenzuwirken, wird es nur in Kombination mit Licht empfohlen.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität => Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Indirekte Evidenz mit resultierender nennenswerter Ungewissheit bezüglich des tatsächlichen Effekts (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Mittlere Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen beobachtet, im Gegenteil hat Licht Reizbarkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Obstipation, Schlaflosigkeit eher verbessert

6.24. Empfehlung - Lichttherapie

Hintergrund

Lichttherapie hat als therapeutische Komponente bei Bewohnerinnen mit Demenz in der stationären Altenpflege an Bedeutung gewonnen. Menschen mit Demenz weisen kognitive Beeinträchtigungen sowie Schlaf- und Verhaltensstörungen auf. Diese sind auf neuro-physiologische Veränderungen bzw. Veränderungen des zirkadianen Rhythmus zurückzuführen (1). Studien mit Tieren haben gezeigt, dass der zirkadiane Rhythmus mit künstlicher Lichtzufuhr positiv beeinflussbar ist. Es wird angenommen, dass dies ebenso bei Menschen mit Demenz wirkt, die darüber hinaus eine verringerte Lichtsensibilität haben und dem Licht weniger ausgesetzt sind als jüngere Menschen. Lichttherapie unterschiedlichen Ausmaßes und unterschiedlicher Intensität, so mehrere Untersuchungen, kann bei Menschen mit Demenz Störungen von Schlaf, Verhalten, Stimmung und Kognition günstig beeinflussen (1). Unklar ist jedoch, ob der Effekt der Lichttherapie auf das Verhalten von Bewohnerinnen der stationären Altenpflege bzw. auf die Vermeidung von FEM wissenschaftlich belegt ist.

Bezüglich der Vermeidung von FEM durch Lichttherapie gibt die Leitlinienentwicklungsgruppe folgende Empfehlung ab:



EMPFEHLUNG:

„Lichttherapie kann nicht empfohlen werden“
(8 von 15 Stimmen)

QUALITÄT DER EVIDENZ: Gering

Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Empfehlung bezieht sich auf Lichttherapien mit einer Stärke von über 2000 Lux. Die Definition der Richtgröße ab 2000 Lux orientiert sich an den in den Studien verwendeten Richtgrößen. Die Studienlage zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf das herausfordernde Verhalten bei Bewohnerinnen der stationären Altenpflege ist uneinheitlich und widersprüchlich. Relevante Ergebnisse zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf die Reduktion von FEM liegen derzeit nicht vor.

Wirksamkeit von Lichttherapie zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Direkte Evidenz zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf die Häufigkeit von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegt nicht vor
- Drei nicht-randomisiert-kontrollierten Studien zufolge beeinflusst Lichttherapie das herausfordernde Verhalten von Heimbewohnerinnen positiv

- Es liegen zwei randomisiert-kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit von Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten – neben anderen Faktoren – bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege untersuchen und keinen positiven Effekt nachweisen
- Es liegen widersprüchliche Ergebnisse - abhängig vom Studiendesign - hinsichtlich der Wirksamkeit von Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten vor, wobei die Studien von höherer methodischer Qualität eine fehlende Wirksamkeit nahelegen

Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Datenbankrecherche führte zu vier aufgrund der Abstracts ausgewählten Publikationen (1, 2, 3, 4), die die Auswirkungen von Lichttherapie bzw. -behandlung auf das Verhalten von Menschen mit Demenz im stationären Setting untersuchen. Nicht berücksichtigt wurden Studien, deren Ergebnisparameter ausschließlich Schlaf und Depression untersuchen. Eingeschlossen wurde eine systematische Übersichtsarbeit (Cochrane Review) (1), die die Wirksamkeit von Lichttherapie auf Schlaf, Verhalten und Stimmung von Menschen mit Demenz untersucht. Ebenso wurde eine Übersichtsarbeit (4) zur Wirksamkeit, der Praktikabilität und Sicherheit von Lichttherapie in Bezug auf verhaltensbedingte und psychologische Symptome von Menschen mit Demenz einbezogen, die v. a. nicht-randomisiert-kontrollierte Studien einschließt. Eine Beobachtungsstudie (2) und eine randomisiert-kontrollierte Studie (3) waren bereits in den beiden Übersichtsarbeiten (1, 4) berücksichtigt und wurden nicht gesondert ausgewertet.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Übersichtsarbeit (4) zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf sozial-psychologische Symptome (Psychosen, Depression, Schlaf- und zirkadiane Rhythmusstörungen, Agitation) von Menschen mit Demenz umfasst sechs randomisiert-kontrollierte (RCTs) und 15 nicht-randomisiert-kontrollierte (nRCTs) Studien mit kleinen Stichproben von 4-71 Teilnehmerinnen. Die Güte der Studien wird nicht systematisch beurteilt. Von 21 Studien untersuchen zwei RCTs und drei nRCTs die Wirksamkeit von Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten: Die Ergebnisse der zwei RCTs (eines im Cochrane Review eingeschlossen, das andere ausgeschlossen) zeigen keine positiven Effekte der Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten, während den drei nRCTs zufolge Lichttherapie herausforderndes Verhalten positiv beeinflusst.

Das Cochrane Review (1) zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf Schlaf-, Verhaltens-, Stimmungs- und kognitive Störungen bei Menschen mit Demenz schließt drei RCTs in die Analyse ein. Davon untersuchen zwei RCTs (mit 13 bzw. 92 Teilnehmerinnen) von eingeschränkter methodischer Qualität die Wirksamkeit von Lichttherapie auf u.a. herausforderndes Verhalten mit verschiedenen Messinstrumenten. Hier führt die Lichttherapie bei Bewohnerinnen mit Demenz nicht zur Reduktion von herausforderndem Verhalten.

Die Evidenztabelle (siehe Tab. 55, S. 211) fasst die Evidenz der eingeschlossenen Studien zusammen.

Tabelle 39: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Lichttherapie

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methoden-papier
Skjerve A et al. 2004 (4)	Frage nach Wirksamkeit, klinischer Praktikabilität und Sicherheit von Lichtbehandlungen auf verhaltensbedingte und psychologische Symptome von Menschen mit Demenz.	Übersichtsarbeit, keine systematische Übersichtsarbeit, keine Metaanalyse	<p>Suchstrategie Datenbankrecherche (Medline, PsychINFO, Cochrane), 1/1980-9/2003, Referenzlisten; Einschlusskriterien: Englischsprachige Studien mit Abstract; Teilnehmerinnen mit Diagnose Demenz; Lichttherapie (LT) mit künstlichem Licht (Lichtbox o. Alternativen); Effekte von Lichttherapie auf verhaltens- u. psychologisch bedingte Symptome (Psychosen, Depression, Schlafstörungen, zirkadiane Rhythmusstörungen, Agitation).</p> <p>Vergleichbarkeit der Studien Nicht beurteilbar auf Basis der Übersichtsarbeit; nur Anmerkung, dass verschiedene Behandlungsverfahren eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschweren.</p> <p>Studienqualität Beurteilung der Studienqualität wird nicht vorgenommen. Es geht aus der Übersichtsarbeit nur hervor, dass es sich um kleine Stichproben (n= 4-71) handelt.</p>	<p>Studien (n= 21, davon n= 6 RCTs, 15 nicht- RCTs; mit 4-71 TN)</p> <p>RCTs fokussieren v. a. Schlafstörungen und zirkadiane Rhythmusstörungen</p> <p>2 RCTs zufolge (1 im Cochrane Review eingeschlossen, 1 ausgeschlossen) hat LT keinen Effekt auf Agitation (keine konkreten Messwerte aufgeführt)</p> <p>Von n= 15 nicht- RCTs (Kohorten u. Fallserien) untersuchen n= 3 den Einfluss von Licht auf Agitation, alle mit einem positiven Effekt</p> <p>Praktikabilität & Sicherheit der Behandlungen kaum untersucht</p> <p>Aufgrund mangelnder Studienlage u. -güte sind keine Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf Agitation möglich.</p>	Geringe Qualität	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 40: Bewertungstabelle der eingeschlossenen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Lichttherapie

Referenz	Forschungsfragen	Design	Suchstrategie Vergleichbarkeit der Studien Studienqualität	Ergebnisse	Qualität der Evidenz nach Studien-Design	Qualität der Evidenz nach Methoden-papier
Forbes D et al. 2004 (1)	Wirksamkeit von Lichttherapie (BLT = bright light therapy) auf das Management von Schlaf-, Verhaltens-, Stimmungs- und kognitiven Störungen bei Menschen mit Demenz.	Systematische Übersichtsarbeit (Cochrane Review)	<p>Suchstrategie Datenbankrecherche: Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (beinhaltet 19 Datenbanken bzw. -quellen); Referenzlisten; Kontaktaufnahme mit Forscherinnen.</p> <p>Vergleichbarkeit der Studien Aufgrund mangelnder Homogenität der Studien wurden ihre Ergebnisse nicht in einer Metaanalyse zusammengefasst (Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen, Interventionen, Messinstrumenten).</p> <p>Studienqualität der Studien Einschränkungen bei den 2 RCT's: Ausfallrate der TN, Compliance, Verblindung, zu geringe Stichprobengröße.</p>	<p>5 RCTs von insgesamt 52 Publikationen erfüllen die Einschlusskriterien, davon sind 3 in die Analyse eingegangen (Ausschluss: unzureichende Berichterstattung).</p> <p>Ergebnis für Fragestellung: 2 RCTs (USA, n= 92; CH, n= 13), die keinen Effekt von BLT auf das Verhalten nachweisen bzw. Agitation reduzieren.</p> <p>Ergebnis des Reviews: Unzureichende Evidenz für die Wirksamkeit von BLT, um Schlaf-, Verhaltens-, Stimmungs- und kognitive Störungen zu bewältigen => begrenzte methodische Qualität der vorliegenden Studien erlaubt keine Evidenz, dass BLT effektiv ist.</p>	Hohe Qualität	<p>Hohe Qualität =>Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) Unpräzise Ergebnisse (-1) <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.





Available online at www.sciencedirect.com



www.elsevier.de/zefq

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 102 (2008) 45–53

Methodik

Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheits-einschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege

Sascha Köpke^{1,*}, Gabriele Meyer², Antonie Haut², Anja Gerlach¹

¹Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Fachwissenschaft Gesundheit, Arbeitskreis Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg

²Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung 3: Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap), Arbeitskreis Prof. Dr. Gabriele Meyer, Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Zusammenfassung

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) werden regelmäßig in Alten- und Pflegeheimen angewendet. Bettgitter werden bei mindestens jedem vierten Bewohner angewandt, Gurte, Stecktische im Stuhl und andere Maßnahmen sind vergleichsweise selten. Ein Nutzen von FEM ist nicht belegt, ein Schaden hingegen sehr wahrscheinlich. Eine kürzlich abgeschlossene Beobachtungsstudie in 30 Hamburger Pflegeheimen hat große Variationen zwischen den Zentren in der Häufigkeit der Anwendung von FEM belegt. Eine Evidenz-basierte Praxisleitlinie könnte ein geeignetes Instrument zur Reduktion von FEM und zur Überwindung der Zentrumsvariationen sein. Evidenz-basierte Leitlinien stehen nicht nur zu diesem The-

ma sondern grundsätzlich für die Pflege in Deutschland aus. Die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vorgelegten „Nationalen Expertenstandards“ grenzen sich bewusst von „medizinischen“ Leitlinien ab. Mit einem vom BMBF geförderten Projekt zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege wird erstmalig in Deutschland eine pflegerische Leitlinie nach den derzeit international diskutierten methodischen Vorgaben erstellt. Der vorliegende Beitrag skizziert die methodischen Rahmenbedingungen, die Instrumente und Prozesse der Leitlinienentwicklung.

Schlüsselwörter: Leitlinien, freiheitseinschränkende Maßnahmen, Altenpflege, Qualität in der Pflege, evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Patientenbeteiligung

Methods Paper on the Development of a Practice Guideline for the Avoidance of Physical Restraints in Nursing Homes

Summary

Physical restraints are routinely used in nursing home residents in Germany. Bedrails are applied to at least one of four residents. Belts, fixed

tables and other measures are less frequent but are still used as routine measures. So far, beneficial effects of the use of physical restraints have

*Korrespondenzadresse: Dr. phil. Sascha Köpke, Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Fachwissenschaft Gesundheit, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg.

Tel.: +49 40/42838 7224; fax: +49 40/42838 3732.

E-Mail: Sascha.Koepke@uni-hamburg.de (S. Köpke).



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)
doi:10.1016/j.zgesun.2007.12.003

ZEFQ 45

not been shown, negative effects are likely. A recently completed observational study in 30 nursing homes in Hamburg showed great variations between centres concerning the frequency of restraint use. An evidence-based practice guideline could be the appropriate measure to reduce physical restraints and overcome centre variations. Currently, there are no evidence-based practice guidelines for the avoidance of physical restraints in nursing homes. This applies to nursing practice in Germany in general. The "German Network for Quality Development in Nursing (DNQP)"

deliberately distinguishes their so-called "national expert standards" from "medical" practice guidelines. Funded by the German Ministry of Education and Science, a project aiming to develop an evidence-based practice guideline on the avoidance of physical restraints in nursing homes, for the first time applies internationally discussed methods to a nursing guideline in Germany. This article describes the methodological framework, instruments and processes of the guideline's development.

Key words: practice guidelines, restraints, physical nursing homes, quality of healthcare, evidence-based medicine, patient participation

Einleitung

Die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen (FEM) in Pflegeheimen ist in den letzten Jahren zu einem viel diskutierten Thema in Wissenschaft, Politik, fachlichen Gremien und Medien in Deutschland geworden. In einer eigenen, kürzlich abgeschlossenen Untersuchung mit 2.367 Bewohnern aus 30 Hamburger Pflegeheimen haben wir gezeigt, dass mechanische FEM routinemäßig angewendet werden. In der Querschnittstudie zeigte sich, dass ca. ein Viertel der Bewohner mindestens einmal am Tag eine mechanische FEM erhalten hatten. Mehrheitlich kamen Bettgitter zur Anwendung, Gurte und Stühle mit Tisch waren vergleichsweise selten. Während der 12-monatigen Beobachtungszeit wurden hingegen bei ca. einem von zehn Bewohnern mindestens einmal ein Gurt und/oder ein Stuhl mit Stecktisch angewendet [1]. Diese Versorgungspraxis mit routinemäßiger Anwendung von Bettgittern und anderen FEM steht im Widerspruch zu der international verfügbaren wissenschaftlichen Beweislage zu ihrer fehlenden Wirksamkeit und den zu erwartenden direkten und indirekten unerwünschten Wirkungen. Unsere Untersuchung hat ausgeprägte Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung von FEM zwischen den Einrichtungen gezeigt [1]. In der Assoziationsanalyse konnte kein Zusammenhang gefunden werden zwischen objektiv erfassbaren Einrichtungsmerkmalen, wie Fachkraftquote, Trägerschaft oder Personal-Bewohner-Quotient und der Anzahl von Bewohnern mit mindestens einer FEM am Stichtag bzw. über die zwölfmonatige Beobachtungszeit [1]. Die Standardversorgung in Pflegeheimen muss keine FEM beinhalten, wie die Heime mit geringer Häufigkeit in

unserer Untersuchung belegen. Eine Evidenz-basierte Praxisleitlinie könnte ein wirkungsvolles Instrument zur Überwindung von Praxisvariationen und zur Förderung wissenschaftsbasierter Versorgungsprozesse sein [2]. In Deutschland liegen für die Pflege bislang keine Evidenz-basierten Praxisleitlinien vor. Die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebenen „Nationalen Expertenstandards“ erfüllen nicht die international diskutierten Anforderungen an Evidenz-basierte Praxisleitlinien und grenzen sich explizit von diesen ab [3,4]. Das kürzlich vom DNQP erstmalig vorgelegte, umfassende Methodenpapier greift die mehrfach geübte Kritik an den Expertenstandards auf [3,4], skizziert jedoch weiterhin eine in entscheidenden Punkten von internationalen methodischen Ansprüchen der Leitlinienentwicklung abweichende Methodik [5]. Die Entwicklung von Leitlinien, die die Entscheidungsprozesse gegen die Anwendung von FEM unterstützen, wird nachdrücklich gefordert [6]. In einem Editorial [7] wird die Direktive für das hier beschriebene Projekt formuliert: "(...) it may not be enough to 'encourage' health care professionals not to use physical restraints. Rather, a restraint-free environment should be held up as the standard of care, and anything less is substandard". Der vorliegende Beitrag skizziert die methodischen Rahmenbedingungen, Instrumente und Prozesse der Leitlinienentwicklung und gibt einen kurzen Ausblick auf die geplante Überprüfung der Wirksamkeit der Leitlinie.

Ziel und Reichweite

Ziel des Projektes ist die Entwicklung einer Evidenz-basierten Praxisleitlinie,

die nachhaltig wirksam und sicher FEM reduzieren kann und die derzeit vorhandenen ausgeprägten Zentrumsunterschiede wirksam zu reduzieren vermag. Die Leitlinie bezieht sich ausschließlich auf die Anwendung von FEM in der institutionellen beruflichen Altenpflege. Das Projekt wird bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und dem Guidelines International Network (GIN) angemeldet. Die geplante Cluster-randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeitsprüfung der Leitlinie wird in einem internationalen Studienregister verzeichnet.

Methoden

Dieser Artikel beruht auf einer systematischen Recherche der derzeit national und international aktuellen vorliegenden Literatur über das Vorgehen bei der Entwicklung von Leitlinien. Die Grundlage bilden v. a. das Leitlinienmanual von ÄZQ und AWMF [8], der Methodenreport des deutschen Programms für Nationale Versorgungsleitlinien [9], das DELBI-Instrument [10], das Handbuch des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) zur systematischen Leitlinienentwicklung [11], Arbeiten der GRADE-Working Group sowie die Arbeiten der WHO Advisory Committee on Health Research in der Zeitschrift „Health Research Policy and Systems“ (2006). Der Artikel stellt das geplante methodische Vorgehen bei der Entwicklung der Leitlinie kurz und nachvollziehbar dar. Ziel ist es, den Entwicklungsprozess für Beteiligte und Außenstehende gleichermaßen transparent zu machen. Auf einen grundsätzlichen Diskurs zu theoretischen Grundlagen von Leitlinien und Begründungen

methodologischer Aspekte wird an dieser Stelle verzichtet.

Vorarbeiten

Recherche nach verfügbaren Leitlinien

Vor Beantragung des Projektes wurde mittels einer systematischen Suche ausgeschlossen, dass bereits bestehende methodisch angemessene Leitlinien national oder international das gewählte Thema adressieren. Kürzlich wurde eine neuerliche umfassende systematische Literaturrecherche in relevanten Datenbanken, bei Leitlinien-Organisationen sowie anhand von Internet-Suchmaschinen durchgeführt, um die international zugänglichen Leitlinien zum Thema zu erfassen und in einer systematischen Übersichtsarbeit darzustellen und zu bewerten. Eine Publikation hierzu ist in Vorbereitung.

Einbezug der Betroffenenpräferenzen

Die Ermittlung und der Einbezug von Betroffenenpräferenzen sind von entscheidender Bedeutung bei der Entwicklung einer Praxisleitlinie [12]. Verschiedene Maßnahmen sollen einen größtmöglichen Einbezug gewährleisten. In einem ersten Schritt wurde die internationale Literatur zu Haltungen von Betroffenen, Angehörigen und Pflegenden gesichtet und publiziert [13]. Eine Befragung von Betroffenenverbänden schloss sich an: acht deutsche Organisationen wurden anhand eines Fragebogens um Auskunft gebeten, welche Aspekte und Empfehlungen die Leitlinie beinhalten müsse. Die Antworten wurden zusammengefasst und den Teilnehmern der LEG vor dem ersten Treffen zur Verfügung gestellt. Des Weiteren konnte eine Vertreterin einer Selbsthilfe-Vereinigung von Angehörigen dementiell Betroffener als Mitglied der multidisziplinären Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG) rekrutiert werden. Auf Anregung der LEG wurde darüber hinaus eine Vertreterin von Pflegeheimbewohnern als externe Begleiterin gewonnen. Nach Erstellung wird die erste Version der Leitlinie von

Betroffenen und Anwendern in zwei Fokusgruppen strukturiert diskutiert. Die Anregungen und Vorschläge werden in die endgültige Leitlinien-Version einfließen.

Besetzung der Leitlinienentwicklungsgruppe

Die LEG wurde mit Vertretern der relevanten Schlüsselgruppen und -disziplinen besetzt. Auf Basis der vorliegenden Literatur zu FEM wurden von der Koordinationsgruppe (KG, bestehend aus den Vertretern der Universitäten Hamburg und Bremen: SK, GM, AH, AG) neben der Betroffenenvertretung folgende Disziplinen bzw. Berufsgruppen als relevant festgelegt: Pflegewissenschaftler, Pflegenden, Geriater, Allgemeinmediziner, Juristen, Betreuer, Ethiker bzw. Menschenrechtler, Leistungserbringer, Kostenträger, Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Vertreter der Heimaufsicht. Die Mitglieder der KG haben unter Beteiligung anerkannter deutscher Experten auf dem Gebiet Vertreter der genannten Disziplinen um Teilnahme gebeten. Außerdem wurden die Mitglieder der LEG zu möglichen fehlenden Personen bzw. Disziplinen befragt. Ein neutraler Moderator leitet die Sitzungen der LEG (siehe unten). Insgesamt besteht die LEG inklusive der Mitglieder der KG und der Moderatorin aus 16 Personen.

Interessenkonflikte

Die Mitglieder der LEG müssen anhand eines Formblatts mögliche Interessenkonflikte darlegen. Die Erklärung betrifft finanzielle und kommerzielle Gegebenheiten sowie Interessen der Mitglieder selbst. Die Erklärungen der Mitglieder der LEG werden im Leitlinienreport dokumentiert, auf Wunsch werden nur allgemeine Angaben veröffentlicht und über Details der Erklärung Vertraulichkeit gewahrt. Die vollständigen Angaben werden bei der Moderatorin der LEG hinterlegt und dort aufbewahrt.

Externe Begleitung

Zum Zwecke der Begleitung und Beratung des Leitlinienentwicklungsprozesses konnte ein besonders ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der Leitlinien-Entwicklung gewonnen werden. Die externe Begleitung ist ein gefordertes Mittel zur Qualitätssicherung des Prozesses [14]. Dem Begleiter wurden vorbereitend das Studienprotokoll und das Methodenpapier vorgelegt. Die Sitzungsprotokolle und der Leitlinienreport werden ebenfalls nach Erstellung zur Verfügung gestellt. Der Begleiter kommentiert jeweils kurz schriftlich den Prozess, weist ggf. auf Probleme hin und gibt Verbesserungsvorschläge. Bei Bedarf erfolgen persönliche Beratungen. Auf Anraten der LEG wurde eine Betroffenenvertreterin als weitere externe Begleiterin gewonnen. Die Sitzungsprotokolle und der Leitlinienreport werden dieser ebenfalls zur Begutachtung vorgelegt. Die Hinweise und Vorschläge der externen Begleiter werden in der LEG beraten.

Erstellung der Leitlinie

Die LEG kommt zu vier ein- bis zweitägigen Sitzungen persönlich zusammen. Die Formulierung der relevanten Fragestellungen und ggf. die Ergänzung der inhaltlichen Schwerpunkte sowie die Feststellung des Bedarfs an systematischen Evidenzrecherchen erfolgen im informellen Konsens der Leitliniengruppe (moderierte Diskussion). Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Gruppenarbeit sind hierbei ein effektiver Gruppenleiter bzw. Moderator, kompetente Gruppenmitglieder und wenn nötig die Bildung von Kleingruppen zur Bearbeitung bestimmter Bereiche [14].

Leitlinienreport

Begleitend zum Erstellungsprozess erfolgt die Erstellung eines Leitlinienreports in dem das methodische Vorgehen hinsichtlich der Recherche sowie der Auswahl und Bewertung der Evidenz detailliert dargelegt wird. Hierbei haben die Grundsätze des Methodenpapiers allgemeine Gültigkeit. Sollten

grundsätzliche Abweichungen vom hier dargelegten Vorgehen auftreten, sind diese begründet im Leitlinienreport darzulegen.

Moderation

Der Moderator der LEG soll in der Lage sein, die Gruppe durch die Arbeitsaufträge und den Prozess zu leiten. Er soll v. a. dafür sorgen, dass die Beiträge der Mitglieder der LEG ausgewogen und angemessen verteilt sind und nicht einzelne Teilnehmer den Entwicklungsprozess dominieren [14]. Der Moderator ist genau mit dem geplanten Vorgehen vertraut und erhält und kommentiert die angefertigten Protokolle der Sitzungen.

Training/Unterstützung zu Methode und Prozess

Einige Gruppenmitglieder sind nicht mit den Methoden der Evidenz-basierten Pflege bzw. Gesundheitsversorgung, dem Vorgehen der Leitlinien-Entwicklung und der Erstellung von Empfehlungen vertraut. Daher haben die Mitglieder der LEG vor Beginn der ersten Sitzung vorbereitende Materialien in Form eines Lehrbuches für Evidenz-basierte Pflege [15], Auszüge aus einem Lehrbuch für Evidenz-basierte Medizin [16] und einen Methodenartikel zu Leitlinien [3] erhalten. Auf Basis dieser wird beim ersten Treffen der LEG eine 1,5-tägige Schulungseinheit zu Methoden der Evidenz-basierten Gesundheitsversorgung und den Grundprinzipien der Leitlinienerstellung durchgeführt. Weitergehender Bedarf einzelner Teilnehmer wird hier und im Laufe des Erstellungsprozesses identifiziert. Diesem wird ggf. mit individuell abgestimmten Informations- und Schulungsangeboten begegnet.

Bildung von Subgruppen zu festzulegenden Themenkomplexen

Während der Sitzungen wird der Bedarf für die Bildung von Subgruppen zur Behandlung bestimmter Fragestellungen ermittelt. Bei Bedarf werden Mitglieder hierfür ausgewählt, die sich dann zusammen mit mindestens einem

Mitglied der KG in den Kleingruppen zusammenfinden. Die Ergebnisse werden der LEG zur Diskussion vorgelegt.

Festlegung der relevanten Zielparameter und Formulierung von Schlüsselfragen

Die relevanten Zielparameter werden entsprechend der Vorschläge der GRADE-Working Group [17] zu Beginn des Entwicklungsprozesses von der LEG festgelegt und hierarchisch geordnet dargestellt, von „klinisch unbedeutend“ bis „von höchster klinischer Bedeutsamkeit“. Der Prozess der Festlegung wird dokumentiert, die Gründe für die Entscheidungen werden protokolliert und im Leitlinienreport dokumentiert. Die Festlegung erfolgt fragegeleitet („Was ist wichtig?“), nicht datengeleitet („Welche Daten stehen zur Verfügung?“) [18]. Es werden Schlüsselfragen formuliert, die die Grundlage für die Literatursuche bilden. Es gilt, die Fragen für die Situationen zu formulieren, für die Pflegenden eine Empfehlung über den aktuellen Standard der Versorgung benötigen und bei denen sie eine Standardsetzung als hilfreiche Orientierung empfinden [18]. Fragen nach Bewohner-relevanten, „harten“ Endpunkten stehen im Vordergrund der Betrachtung. Die oben bereits beschriebene Befragung von Betroffenenverbänden wird hierbei als zentraler Bestandteil einbezogen.

Erwünschte und unerwünschte Effekte

Die LEG formuliert Schlüsselfragen zu relevanten Aspekten. Hierzu gehören z. B. Fragen nach dem klinischen Nutzen von Interventionen, nach der Verringerung von physischer, psychischer oder auch juristischer Belastung der Bewohner bzw. der Pflegenden oder nach möglichen Einsparungen. Ebenso werden Fragen zu möglichen Nebenwirkungen formuliert. Hierzu zählen unter anderem körperliche Schädigungen (Mortalität, Morbidität), verstärkte Belastungen und Kosten.

Einbezug ethischer Problematiken

Ethische Problematiken sind bei der Bestimmung der Zielparameter unbedingt zu berücksichtigen [18]. Hier nimmt das Mitglied der LEG aus dem Bereich der Ethik eine zentrale Rolle ein. Der Betreffende erstellt wenn nötig zu identifizierten Fragestellungen einen kurzen Kommentar aus ethischer Sicht und schlägt ggf. Modifikationen oder Erweiterungen vor, die dann der LEG vorgelegt werden.

Festlegung der Evidenz und Auswahl der Studiendesigns

Die bedeutsamste einzuschließende Evidenz ist Evidenz über die direkten Auswirkungen bestimmter Optionen (also in der Regel von Interventionen) [19]. Gerade im hier adressierten Themenbereich ist es jedoch wahrscheinlich, dass diese Evidenz nicht oder nur in unzureichendem Maße vorliegt. Die Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien und der Art der einzubeziehenden wissenschaftlichen Evidenz richtet sich nach der Art der Fragestellung bzw. der in Frage stehenden Intervention und nach der vorliegenden Evidenz. Die Mitglieder der KG legen der LEG oder gegebenenfalls der Subgruppe zu jeder Schlüsselfrage einen Vorschlag für Ein- und Ausschlusskriterien vor, dem die LEG zustimmt oder Veränderungen einfordert. In der Regel werden systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen die höchste Priorität haben, gefolgt von randomisiert-kontrollierten Studien [17]. Für jede Fragestellung wird in einem abgestuften Verfahren von jeweils zwei Mitgliedern der KG unabhängig voneinander entschieden, ob anhand der ausgewählten Evidenz die Frage zufrieden stellend beantwortet wird (siehe Abb. 1). Die Entscheidung für die jeweilige Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien und die Auswahl einzuschließender Studiendesigns und deren Begründung werden in den Evidenztabelle(n) (siehe unten) dokumentiert und ausführlich im Leitlinienreport dargestellt. Expertenmeinungen sind keine Art von Studiendesign und somit keine Evidenz. Es gilt gegebenenfalls

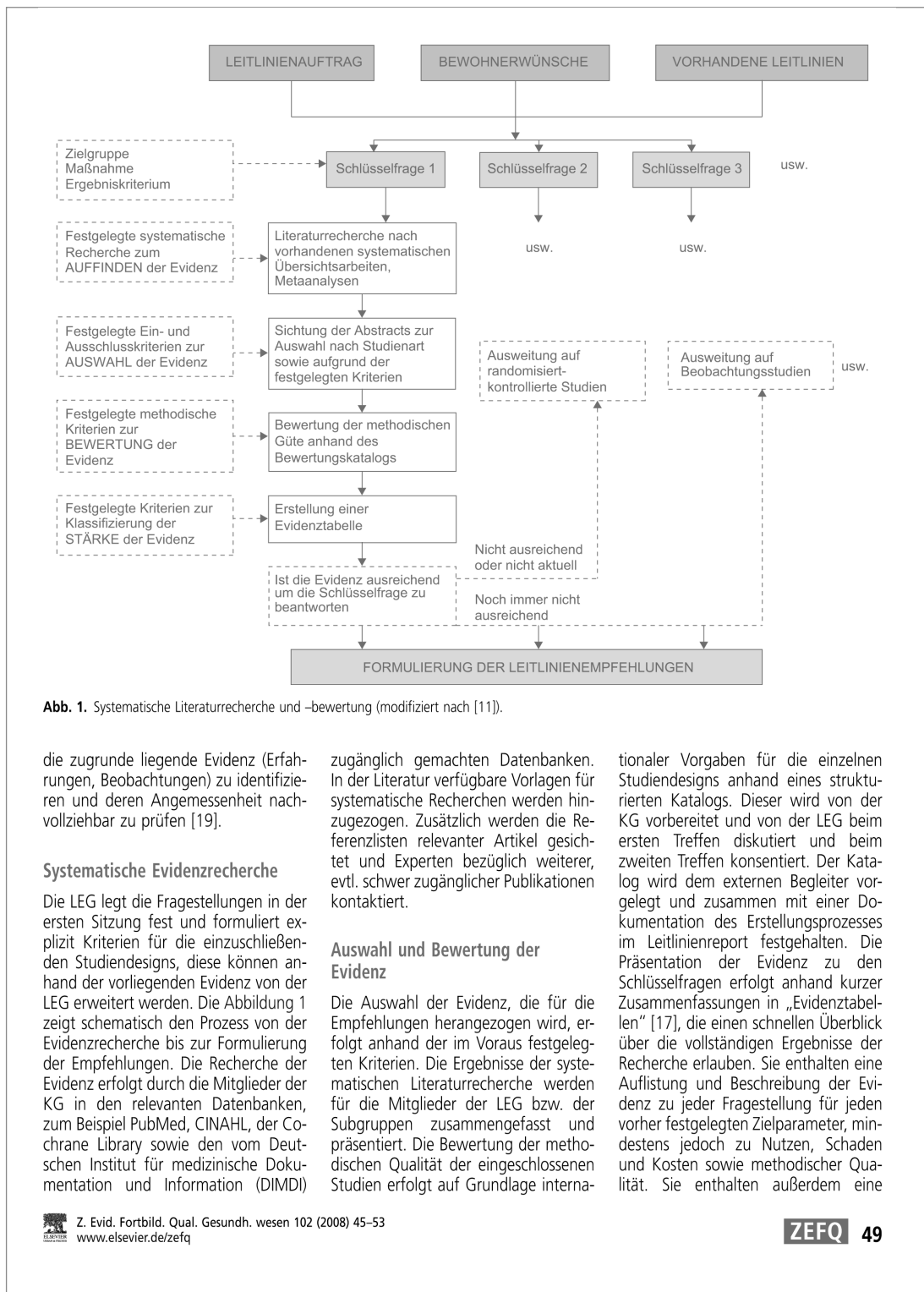


Abb. 1. Systematische Literaturrecherche und -bewertung (modifiziert nach [11]).

die zugrunde liegende Evidenz (Erfahrungen, Beobachtungen) zu identifizieren und deren Angemessenheit nachvollziehbar zu prüfen [19].

Systematische Evidenzrecherche

Die LEG legt die Fragestellungen in der ersten Sitzung fest und formuliert explizit Kriterien für die einzuschließenden Studiendesigns, diese können anhand der vorliegenden Evidenz von der LEG erweitert werden. Die Abbildung 1 zeigt schematisch den Prozess von der Evidenzrecherche bis zur Formulierung der Empfehlungen. Die Recherche der Evidenz erfolgt durch die Mitglieder der KG in den relevanten Datenbanken, zum Beispiel PubMed, CINAHL, der Cochrane Library sowie den vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

zugänglich gemachten Datenbanken. In der Literatur verfügbare Vorlagen für systematische Recherchen werden hinzugezogen. Zusätzlich werden die Referenzlisten relevanter Artikel gesichtet und Experten bezüglich weiterer, evtl. schwer zugänglicher Publikationen kontaktiert.

Auswahl und Bewertung der Evidenz

Die Auswahl der Evidenz, die für die Empfehlungen herangezogen wird, erfolgt anhand der im Voraus festgelegten Kriterien. Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche werden für die Mitglieder der LEG bzw. der Subgruppen zusammengefasst und präsentiert. Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien erfolgt auf Grundlage interna-

tionaler Vorgaben für die einzelnen Studiendesigns anhand eines strukturierten Katalogs. Dieser wird von der KG vorbereitet und von der LEG beim ersten Treffen diskutiert und beim zweiten Treffen konsentiert. Der Katalog wird dem externen Begleiter vorgelegt und zusammen mit einer Dokumentation des Erstellungsprozesses im Leitlinienreport festgehalten. Die Präsentation der Evidenz zu den Schlüsselfragen erfolgt anhand kurzer Zusammenfassungen in „Evidenztabellen“ [17], die einen schnellen Überblick über die vollständigen Ergebnisse der Recherche erlauben. Sie enthalten eine Auflistung und Beschreibung der Evidenz zu jeder Fragestellung für jeden vorher festgelegten Zielparameter, mindestens jedoch zu Nutzen, Schaden und Kosten sowie methodischer Qualität. Sie enthalten außerdem eine

Tabelle 1. Anpassung der Qualitätsbewertung (modifiziert nach [17]).**Qualitätsbewertung herunterstufen**

Die Basiseinstufung wird bei den folgenden Bedingungen um eine (-1) oder zwei (-2) Stufen herabgestuft.

- Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1)
- Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2)
- Wichtige Inkonsistenz der Ergebnisse (-1)
- Indirekte Evidenz mit resultierender nennenswerter Ungewissheit (-1) oder erheblicher Ungewissheit (-2) bezüglich des tatsächlichen Effekts
- Unpräzise Ergebnisse, d.h. z. B. weite Konfidenzintervalle (-1)
- Hohe Wahrscheinlichkeit eines Publikationsbias (-1)

Qualitätsbewertung heraufstufen

Die Basiseinstufung wird bei den folgenden Bedingungen um eine (+1) oder zwei (+2) Stufen heraufgestuft.

- Große, konsistente Effekte bei direkter Evidenz - z. B. ein signifikantes relatives Risiko von >2 bzw. <0,5 ohne plausible Confounder und mit konsistenten Ergebnissen (+1)
- Sehr große, konsistente Effekte - z. B. ein signifikantes relatives Risiko von >5 bzw. <0,2 ohne plausible Confounder und mit konsistenten Ergebnissen (+2)
- Alle verbleibenden, plausiblen Confounder haben den beobachteten Effekt wahrscheinlich reduziert (+1)
- Nachweis einer „Dosis-Wirkung“-Beziehung, also z. B. eine Steigerung des Effekts bei mehrfacher Durchführung einer Maßnahme (+1)

Auflistung der ein- und ausgeschlossenen Studien, sowie deren methodischer Qualität. Die Darstellung der Ergebnisse unterscheidet zwischen Abwesenheit von Evidenz, Evidenz für fehlenden Nutzen und Unsicherheit bezüglich des Nutzens [19]. Die Erstellung der Evidenztabelle erfolgt durch zwei unabhängige Mitglieder der KG. Bei Dissens werden die Mitglieder der zuständigen Subgruppe beziehungsweise die LEG einbezogen. Die Bewertung der Evidenz und die Stärke der Empfehlung erfolgt auf Basis des GRADE-Ansatzes [17]. Es wird zwischen hoher, mittlerer, geringer und sehr geringer Qualität unterschieden. Hohe Qualität bedeutet, dass die Einschätzung höchstwahrscheinlich nicht durch neue Forschungsergebnisse verändert wird und sehr geringe Qualität bedeutet, dass jegliche Einschätzung des Effekts sehr unsicher ist [17].

Die Art der Evidenz bestimmt die grundlegende Einordnung:

- randomisiert-kontrollierte Studie (hohe Qualität),
- Beobachtungsstudien (geringe Qualität),
- andere Evidenz z. B. Fallstudien und -serien (sehr geringe Qualität).

Die Bewertung wird angelehnt an die Vorschläge der GRADE-Working-Group herunter- oder heraufgestuft (siehe Tabelle 1).

Qualitätsbewertung bei Fragen, die andere Studiendesigns verlangen

Das GRADE-Schema ist derzeit ausschließlich für die Bewertung von Fragestellungen ausgelegt, die mit randomisiert-kontrollierten Studien zu beantworten sind, also vor allem Fragen zu Interventionen, Diagnostik und Prävention. Es gibt jedoch, in vielen Bereichen und besonders in der Pflegewissenschaft, eine Reihe von Fragestellungen, die andere Studiendesigns verlangen, z. B. Fragen zu Einstellungen von Pflegenden oder Empfindungen von Betroffenen, aber auch z. B. zu seltenen Nebenwirkungen. Für diese Fragestellungen wird ein modifizierter Ansatz gewählt. Die KG schlägt der LEG bzw. der entsprechenden Subgruppe Fragestellungen vor, für die eine Modifikation in Frage kommt und schlägt das für diese Fragestellung angemessene Studiendesign vor, welches dann, nach Konsultierung durch die LEG, als „hohe Qualität“ gewertet wird. Die oben beschriebenen Auf- und Abstufungen gelten, wenn geeignet, analog. Die Beurteilung der Studienqualität qualitativer Studien erfolgt in Anlehnung an die Checkliste des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [20] und wird von der LEG konsentiert. Das von der LEG bestimmte „angemessene Studiendesign“ geht explizit aus der Evidenztabelle hervor. Der Entscheidungsprozess wird im Leitlinienreport dokumentiert.

Empfehlungen

Die Schlüsselfragen und die hierzu berichtete Evidenz bilden den aktuellen Wissenstand ab. Nicht alle beantworteten Schlüsselfragen münden automatisch in eine Handlungsempfehlung. Im Gegensatz zu handlungsleitenden Fragen, die Empfehlungen verlangen, wird für „Statements“ zum Beispiel zur Prävalenz von FEM, zu Schweregraden von Erkrankungen, zu Einstellungen nur die Evidenzstufe, nicht aber eine Empfehlungsstärke (siehe unten) benannt. Die LEG legt fest, welche Fragestellungen in Handlungsempfehlungen münden sollen.

Formulierung der Empfehlungen

Die Abwägung zwischen Nutzen und Schaden der Maßnahmen durch die LEG führt zur Formulierung der Empfehlungen. Abbildung 2 gibt einen Überblick über den Prozess.

Die Empfehlungen spiegeln die erwünschten und unerwünschten Effekte sowie die Qualität der wissenschaftlichen Evidenz wieder. Hierbei sind alle oben aufgeführten Kriterien zu berücksichtigen, wichtige Punkte sind vor allem:

- die Qualität der Evidenz,
- das Ausmaß und die Genauigkeit der Effekte für die wesentlichen Zielkriterien,
- die Relevanz der Zielkriterien,

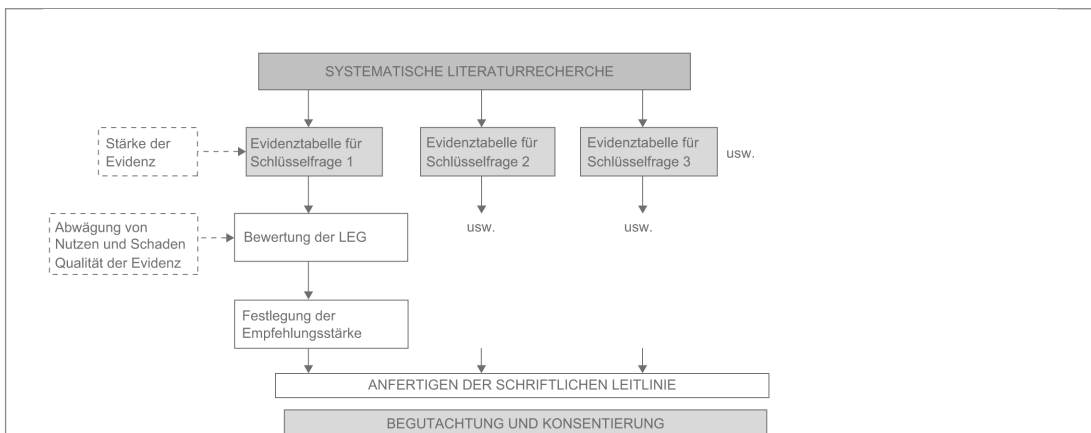


Abb. 2. Formulierung der Empfehlungen (modifiziert nach [11]).

- wichtige Faktoren, die die Umsetzung der Evidenz in spezifische Praxis-situationen verändern können,
- Unsicherheiten bzgl. der Werte und der Präferenzen sowie des Grundrisikos der Zielpopulation,
- die Kosten der Maßnahme [21].

Orientiert an den Vorschlägen der GRADE-Working-Group [17] werden jeweils zwei Empfehlungsstärken für oder gegen eine Maßnahme festgelegt:

- **starke Empfehlung:** diese bezeichnet eine Entscheidung, die die meisten gut informierten Betroffenen erwartungsgemäß treffen würden, das heißt die erwünschten Effekte überwiegen die unerwünschten deutlich,
- **abgeschwächte Empfehlung:** diese bezeichnet eine Entscheidung, die die Mehrheit der gut informierten Bewohner erwartungsgemäß treffen würde, eine deutliche Minderheit jedoch nicht, das heißt die erwünschten Effekte überwiegen wahrscheinlich die unerwünschten, dieses kann jedoch nicht sicher gesagt werden. Anders gesagt: Viele Bewohner werden von der Empfehlung profitieren, viele andere aber nicht.

Darstellung der Qualität der Empfehlungsstärken und der Evidenz

Die Empfehlungen werden mit der jeweiligen Empfehlungsstärke, gefolgt

Tabelle 2. Darstellung der Empfehlungsstärken und der Qualität der Evidenz (modifiziert nach [17]).

<p>Empfehlungsstärken</p> <p>↑ starke Empfehlung für die Maßnahme ↑? abgeschwächte Empfehlung für die Maßnahme ↓? abgeschwächte Empfehlung gegen die Maßnahme ↓ starke Empfehlung gegen die Maßnahme</p> <p>Qualität der Evidenz</p> <p>A hoch B mittel C niedrig D sehr niedrig</p>
--

Tabelle 3. Technik des Nominalen Gruppenprozesses.

Die Teilnehmer treffen sich persönlich, die Gruppe wird durch einen unabhängigen, geschulten Moderator unterstützt. In einer Stillarbeitsphase formuliert jeder Teilnehmer seinen Standpunkt zunächst schriftlich. In weiteren Schritten werden alle Beiträge im Einzelumlaufverfahren registriert, der Gruppe dargelegt, begründet, unklare Punkte erörtert und Doppelmeldungen eliminiert. Dann wird ein Trend ermittelt, erst danach diskutiert und endgültig abgestimmt.

von der Qualität der Evidenz dargestellt. Die Darstellung wird durch Symbole beziehungsweise Buchstaben unterstützt (siehe Tabelle 2).

Konsentierung der Empfehlungen

Die Verabschiedung und Graduierung von Empfehlungen erfolgt im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens der Mitglieder der LEG. Der Konsens findet durch Gruppenentscheidungen im Rahmen einer strukturierten Interaktion statt. Es wird dabei die Technik

des Nominalen Gruppenprozesses verwandt (siehe Tabelle 3).

Ergänzend können formalisierte schriftliche Abstimmungsverfahren wie die Delphi-Technik eingesetzt werden. Am Konsensprozess nehmen alle Mitglieder der LEG teil. Jeder Teilnehmer hat im Abstimmungsverfahren jeweils eine Stimme. Der Abstimmungsprozess wird durch die neutrale Moderatorin geleitet. Grundlage des Verfahrens sind die Evidenztabelle zu den einzelnen Schlüsselfragen und ggf. die Empfehlungen der Subgruppen.

Dokumentation des Entwicklungsprozesses

Der Ablauf und die Ergebnisse des Verfahrens, Abweichungen zwischen Evidenz- und Empfehlungsstärke sowie die Bereiche, in denen kein Konsens erzielt wurde und ggf. Minderheitsmeinungen werden mit entsprechenden Begründungen im Leitlinienreport dargelegt. Der vollständige Ablauf der einzelnen Treffen und der Konsensbildung wird mit allen inhaltlichen Beiträgen in Protokollen festgehalten. Das gesamte Vorgehen wird von einem Mitglied der KG dokumentiert und den Teilnehmern der LEG, dem Moderator sowie dem externen Begleiter vorgelegt.

Begutachtung der Leitlinie und abschließende Konsentierung

Auf Basis der Ergebnisse des Konsensprozesses wird von der KG eine schriftliche Leitlinie angefertigt, die der LEG zur abschließenden Begutachtung vorgelegt wird. Diese erste schriftliche Leitlinienversion durchläuft ein mehrstufiges Begutachtungsverfahren.

Schriftliche Gutachten durch vier externe Experten

Die LEG schlägt vier, nicht an der Erstellung der Leitlinie beteiligte Experten für die schriftliche Begutachtung der Leitlinie vor. Die Begutachtung erfolgt anhand von methodischen und inhaltlichen Leitfragen.

Durchführung von Fokusgruppen

Je 12 Betroffenenvertreter und Anwenderinnen werden durch die KG für zwei Fokusgruppen gewonnen. Die zentralen Aussagen der Leitlinie werden den

Gruppen präsentiert und in einem moderierten Gespräch diskutiert. Die Ergebnisse werden von der KG zusammengefasst und den Mitgliedern der Fokusgruppen vorgelegt.

Überarbeitung der Leitlinie gemäß der Hinweise

Die schriftliche Fassung der Leitlinie wird anhand der Begutachtungsergebnisse durch die KG überarbeitet und der LEG vorgelegt. Ein Protokoll, das alle Veränderungen und deren Begründung enthält, wird durch die KG erstellt und der LEG ebenfalls bereitgestellt.

Konsentierung der modifizierten Leitlinienversion

Die Konsentierung der modifizierten Leitlinie erfolgt im Delphiverfahren. Von der LEG wird eine schriftliche Rückmeldung zu den Änderungen eingeholt. Die Anmerkungen und Änderungswünsche werden von der KG zusammengefasst und der LEG zurückgemeldet. Die Befragungsrunden werden bis zum Erreichen eines Gruppenkonsensus fortgeführt.

Vorgehen im Anschluss an die Leitlinienerstellung

Für die erfolgreiche Implementierung der Leitlinie in die pflegerische Versorgungspraxis bedarf es neben einer methodisch angemessenen Entwicklung der Leitlinie weiterer Schritte, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Entwicklung von Implementierungshilfen

Parallel zur Entwicklung der Leitlinie werden durch die KG erste Entwürfe für Implementierungshilfen entwickelt.

Geplant sind die Entwicklung folgender Programme und Materialien: strukturierte Schulung für Pflegende, Informationsprogramm für Betreuer, Ärzte und andere Beteiligte, Entscheidungs- und Informationshilfe für Pflegende, Erstellung einer Betroffenenversion. Die KG informiert die Mitglieder der LEG über die Entwürfe, die diese informell diskutiert und kommentiert. Die LEG kann hierzu Veränderungsvorschläge unterbreiten. Die endgültigen Versionen werden den Mitgliedern der LEG übermittelt.

Evaluation der Wirksamkeit

Die geplanten Schritte des Evaluationsprozesses der Leitlinie sind in der (Tabelle 4) dargestellt. Das Studienprotokoll wird von der KG erstellt, der zuständigen Ethikkommission vorgelegt, publiziert und in einem internationalen Studienregister eingetragen.

Implementierung und Verbreitung

Sollte die Cluster-randomisierte kontrollierte Studie die Wirksamkeit der Leitlinie belegen, wird es verschiedene Bemühungen zur Verbreitung und Implementierung der Leitlinie geben. Diese werden zur gegebenen Zeit von der KG spezifiziert und umfassen unter anderem die Publikation der Leitlinie und der Evaluationsergebnisse sowie die kostenlose Bereitstellung der Leitlinie (inklusive einer Kurzfassung und Betroffenenversion) und der Implementierungshilfen im Internet, die Entwicklung und Bereitstellung von Auditinstrumenten sowie die Bekanntmachung der Leitlinie durch Publikationen und Vorträge.

Tabelle 4. Evaluation der Wirksamkeit der Leitlinie.

1. Erstellung eines Studienprotokolls
2. Vorlage des Protokolls bei der Ethikkommission
3. Erstellen der Erhebungsinstrumente
4. Pilotierung der Einführung der Leitlinie in zwei Einrichtungen hinsichtlich Praktikabilität, Akzeptanz und Barrieren
5. Gegebenenfalls Modifikation der Leitlinie, der Implementierungshilfen und/oder der Erhebungsinstrumente
6. Zwölfmonatige Cluster-randomisierte kontrollierte Studie in 36 Pflegeheimen zur Evaluation der Wirksamkeit der Leitlinie. Primärer Endpunkt: Anzahl der Bewohner mit mindestens einer FEM ein Jahr nach Implementierung

Pflege und Aktualisierung der Leitlinie

Die Mitglieder der KG beziehungsweise die beteiligten Arbeitsgruppen sind verantwortlich für die regelmäßige Aktualisierung der Leitlinienempfehlungen. Ein Konzept hierfür wird zusammen mit der Veröffentlichung der Leitlinie vorgelegt.

Schlussfolgerungen

- Freiheitseinschränkende Maßnahmen werden in deutschen Pflegeheimen regelmäßig angewendet ohne dass ein Nutzen belegt ist. Die Häufigkeit der Anwendung variiert zwischen den Heimen.
- Evidenz-basierte Praxisleitlinien können wirkungsvoll wissenschaftsbasierte Versorgungsprozesse etablieren und helfen Praxisvariationen zu überwinden.
- Der Beitrag beschreibt das methodische Vorgehen bei der Entwicklung einer Evidenz-basierte Praxisleitlinie zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen in Pflegeheimen.
- Hiermit wird erstmal in Deutschland eine pflegerische Leitlinie auf höchstem methodischen Niveau entwickelt.
- Die Evaluation der Wirksamkeit der Leitlinie erfolgt mit einer Cluster-randomisierten Studie. Ziel der Leitlinie ist die sichere und nachhaltige Reduzierung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in Pflegeheimen.

Finanzierung

Das Vorhaben wird im Rahmen der zweiten Förderphase des Pflegeforschungsverbundes Nord durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Die Autoren haben keinen Interessenskonflikt zu designieren.

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Mitgliedern der LEG: Dr. Valentin Aichele (Berlin), Prof. Dr. Doris Bredthauer (Frankfurt), Uwe Brucker (Essen), Gunter Cröß-

mann (Gießen), Renate Demski (Hamm), Dr. Hanna Kaduszkiewicz (Hamburg), Andreas Klein (Freiburg), Prof. Dr. Thomas Klie (Freiburg), Hardy Müller (Hamburg), Arne Petersen (Hamburg), Verena Rußek (Hamburg), Jens Stappenbeck (Hamburg), außerdem bei der Moderatorin Dr. Anke Steckelberg (Hamburg) und dem externen Begleiter Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger (Berlin).

Hinweis

Die Vorlagen zur Erklärung zum Interessenskonflikt der LEG-Mitglieder, zur Vereinbarung über die Behandlung von Zwischenergebnissen und Produkten des Leitlinienentwicklungsprozesses sowie das Curriculum der 1,5-tägigen Schulungseinheit können bei Bedarf bei den Autoren erfragt werden.

Literatur

- [1] Meyer G, Köpke S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S, Herausgeber. Verbundforschung in der Pflege. Optimierung, Kompetenzerweiterung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim, München: Juventa; 2007, im Druck.
- [2] Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.
- [3] Meyer G, Köpke S. Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissen Nutzen? *Z Gerontol Geriat* 2006;39:211-6.
- [4] Meyer G, Berg A, Köpke S, Fleischer S, Langer G, Reif K, et al. Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. *Pflege* 2006;59:34-8.
- [5] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege 2007. <http://www.dnqp.de/MethodischesVorgehen.pdf>. Zugriff 29.10.07.
- [6] Hamers J, Huizing A. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriat* 2005;38:19-25.
- [7] Flaherty J. Zero tolerance for physical restraints: difficult but not impossible. *J Gerontol* 2004;59A:919-20.
- [8] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle für Qua-

litätssicherung (ÄZQ). Leitlinienmanual von ÄZQ und AWMF. *Z Arztl Fortbild Qualitäts-sich* 2001; Supplement I.

- [9] Nationales Programm für Versorgungsleitlinien. Methodenreport 3.Auflage (Version 1.1) 2007. http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_methode_3aufl.pdf. Zugriff 29.10.07.
- [10] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi/pdf/delbi05.pdf>. Zugriff 29.10.07.
- [11] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook 2004. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>. Zugriff 29.10.07.
- [12] Schönemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Res Policy Syst* 2006;4:22.
- [13] Haut A, Böther N, Franke N, Hartmann H. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der geriatrischen Pflege. Haltung Pfleger, Betroffener und Angehöriger. *Pflege* 2007;60:206-9.
- [14] Fretheim A, Schönemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Res Policy Syst* 2006;4:15.
- [15] Behrens J, Langer G. Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Huber; 2006.
- [16] Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N. Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2007.
- [17] Atkins D, Best D, Briss P, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1490.
- [18] Schönemann H, Oxman A, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Res Policy Syst* 2006;4:18.
- [19] Oxman A, Schönemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Res Policy Syst* 2006;4:19.
- [20] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual. Appendix H: Methodology checklist: qualitative studies 2006. www.nice.org.uk/download.aspx?o=429868. Zugriff 29.10.2007.
- [21] Schönemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst* 2006;4:21.

7. 2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe (I)

**Leitlinienkoordinationsgruppe
(LLKG)**

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer,
Universität Witten/Herdecke

Dr. phil. Sascha Köpke,
Universität Hamburg

Anja Gerlach,
Universität Hamburg

Antonie Haut,
Universität Witten/Herdecke

Ralph Möhler,
Universität Witten/Herdecke

Moderatorin/Moderator

Dr. phil. Anke Steckelberg,
Universität Hamburg

Priv.-Doz. Dr. Helmut Sitter,
Philipps-Universität Marburg

Methodische Begleitung

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser,
Universität Hamburg

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger,
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

7. 2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe (II)

Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG):

Stimmberechtigte Mitglieder	Institution/Organisation
Dr. iur. Valentin Aichele, LL.M. wissenschaftlicher Mitarbeiter	Deutsches Institut für Menschenrechte, Abteilung: Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Berlin
Uwe Brucker, Fachgebietsleiter Pflgerische Versorgung	Medizinischer Dienst des Spitzenverbands, Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen
Prof. Dr. med. Doris Bredthauer, Professur für Pflegewissenschaft, Barrierefreie Lebenswelt bei Behin- derung, Krankheit, Alter	Fachhochschule Frankfurt/Main, Soziale Arbeit und Gesundheit (FB4)
Gunter Crößmann, Dezernatsleiter	Regierungspräsidium Gießen, Abt. Hessisches Landesamt für Versorgung und Soziales, Dezernat 62: Hessische Heimaufsicht, Altenpflegeaus- bildung, Krankenhauspflegesätze
Renate Demski †, Erste Vorsitzende	ALzheimer- ETHik gem. e.V.
Anja Gerlach, MScN wissenschaftliche Mitarbeiterin	Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften
Antonie Haut, MScN wissenschaftliche Mitarbeiterin	Private Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft
Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz, wissenschaftliche Mitarbeiterin	Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. jur. Thomas Klie, Professur für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft	Evangelische Fachhochschule Freiburg, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung AGP - Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege
Andreas Klein, Rechtsanwalt (Vertretung T. Klie)	Kanzlei Heß, Heyder, Kuhn-Regnier, Klie, Freiburg
Dr. phil. Sascha Köpke, wissenschaftlicher Mitarbeiter	Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, Professur für Klinische Pflegeforschung	Private Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft

Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG):

Stimmberechtigte Mitglieder	Institution/Organisation
Ralph Möhler, MScN wissenschaftlicher Mitarbeiter	Universität Witten/Herdecke
Hardy Müller, Referent	Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, Stabstelle Strategisches Vertrags- und Versorgungsmanagement
Annegreth Neuroth, AR a.D., Erste Vorsitzende (Nachfolge R. Demski)	ALzheimer- ETHik gem. e.V.
Arne Petersen	ZukunftsWerkstatt Generationen e.V. Betreuungsverein, Wandsbek und Hamburg Mitte
Verena Rußek, Pflegedienstleitung	Heerlein- und Zindler- Stiftung, Hamburg
Jens Stappenbeck, Geschäftsführer	Hamburgische Pflegegesellschaft e.V.

7. 3. Themen und Fragen von Betroffenenvertetern und der Leitlinienentwicklungsgruppe

Hintergrund

1. Definitionen
 - a. Freiheitseinschränkende Maßnahmen (Was sind FEM, was nicht?)
 - b. Pflegeheim (Abgrenzung z.B. zum „Altenheim“)
2. Wie häufig werden FEM eingesetzt? (Prävalenz / Inzidenz / Kontinuität)
3. Welche FEM finden Anwendung?
4. Welche Gründe für den Einsatz von FEM werden genannt?
5. Welche Gründe für den Verzicht auf FEM werden genannt?
6. Wie valide sind die genannten Gründe?
7. Welche rechtlichen Aspekte gelten in Deutschland beim Einsatz von FEM?
8. Welche EU- und internationalen Gesetze sind darüber hinaus relevant?
9. Welche nationalen und internationalen (Pflege-)Standards zu FEM gibt es?

Interventionsmaßnahmen mit Auswirkung auf die Häufigkeit der Anwendung von FEM

1. Hat die Anwendung des Pflegeorganisationsmodells Bezugspflege im Vergleich zur Funktionspflege einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
 - die Wahl von FEM?
 - die Einstellung der Akteure zu FEM?
2. Hat die Anwendung personenbezogener / psychosozialer Interventionen (z.B. „personenzentrierte Pflege“, Validation, Milieutherapie, Basale Stimulation, Snoezelen, „Serial Trial Intervention“, Aromatherapie u.ä.) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
3. Haben Schulungen beruflich Pflegenden in Pflegeheimen (bzw. spezifische Schulungsbestandteile wie z.B. Praxisbegleitungen, Konsultationen u.ä.) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?

4. Hat die Qualifikation von Pflegenden bzw. hat der Einsatz speziell qualifizierter Pflegekräfte („Advanced Practice Nurse“, gerontopsychiatrische Fachweiterbildung u.ä.) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
5. Haben Maßnahmen zur Tagesstrukturierung im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
6. Haben Maßnahmen zur bedarfsgerechten Ernährung und Flüssigkeitszufuhr im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
7. Führt die Ermöglichung regelmäßiger Toilettenbesuche im Vergleich zur Standardversorgung zu einer Reduktion
 - der Häufigkeit von FEM?
8. Führt die Überprüfung und Anpassung der Medikation zu einer Reduktion
 - der Häufigkeit von FEM?
9. Haben Interventionen zur Reduktion von Gefahren (z.B. Hüftprotektoren, Klingel in Reichweite, Vermeidung von Stolperfallen, Orientierungshilfen, Matratze vor dem Bett, symptomatische medikamentöse Behandlung) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
10. Hat die Anwendung elektronischer bzw. technischer Hilfen (z.B. Ortungssysteme, Lichtschranken, Sensormatten) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
11. Hat die Anwendung von Musiktherapie im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
 - das Auftreten herausfordernden Verhaltens?
12. Haben rehabilitative Maßnahmen (Bewegungsübungen, Krafttrainings u.ä.) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
13. Haben spezielle Betreuungskonzepte („spezielle Dementenbetreuung“ u.ä.) einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?

14. Haben spezielle Wohnkonzepte („Alten-WG“ u.ä.) einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
15. Haben baulich-architektonische Maßnahmen (z.B. „dementengerechte“ Architektur und Umgebungsgestaltung) und sog. freiheitserweiternde Maßnahmen in Pflegeheimen (z.B. in Haus und Garten, in Form von Außenaktivitäten) im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?
16. Haben Standards, Leitlinien oder Leitbilder im Vergleich zur Standardversorgung einen Einfluss auf
 - die Häufigkeit von FEM?

Einstellung und Haltung

1. Welche Haltungen und Einstellungen berichten Bewohnerinnen, Angehörige und Pflegende sowie Betreuer, Ärzte und andere Mitarbeiter, zum Einsatz von FEM?
2. Welchen Einfluss hat das Pflegeverständnis (der einzelnen Pflegenden sowie des gesamten Teams) auf die Anwendung von FEM?
3. Wie erleben Pflegende, andere Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Angehörige FEM?
4. Haben Pflegende Kenntnis von Menschenrechten?

Entscheidungsfindung

1. Welche Bedeutung hat das Konzept des „Shared Decision Making“ bei Entscheidungen über die Anwendung von FEM?
2. Welche Rolle nehmen Pflegende, andere Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Angehörige bei der Entscheidung über FEM ein?
3. Wie nehmen Pflegende, andere Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Angehörige den Entscheidungsfindungsprozess wahr, wie beschreiben sie ihre Rolle?

7.4. Liste Ergebnisparameter

- Häufigkeit von FEM (primärer Endpunkt)
- Grad der FEM „schlimmste Form“ / „leichteste Form“
- Fixierungen „körpernah“ und „körperfern“
- Dauer der Anwendung von FEM
- Herausforderndes Verhalten (sekundärer Endpunkt)
 - CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)
 - NPI (Neuropsychiatric Inventory)
 - BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease)
- Mortalität
- Verabreichung von Psychopharmaka (chemische FEMs)
 - Häufigkeiten
 - Beers Kriterien (Kriterien, die Medikamente für die Verschreibung im Altenheim und Pflegeheim für inadäquat erklären)
- Lebensqualität
 - HILDE (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker)
 - DCM (Dementia Care Mapping)
- Autonomie
- Wohlbefinden / Zufriedenheit der Bewohnerinnen
- Angehörigenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit / Arbeitszufriedenheit
- Depression (Angehörige sowie professionell Pflegende)
- Fluktuation der Mitarbeiter/-innen
- Krankenstand in der Pflege
- Arbeitsbelastung
- Sturzereignisse
- Sturzbedingte Verletzungen
- Unerwünschte Wirkungen von FEM (Pneumonie, Kontrakturen, Dekubitus, Frakturen etc.) und „Wechselwirkungen“
- Bettlägerigkeit (Dauer) von Menschen mit / ohne FEM
- PEG (Perkutan endoskopische Gastrostomie, perkutane Ernährungssonde)

7.5. Evidenztabellen

Tabelle 41: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen auf die Reduktion von FEM

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von Schulungsprogrammen auf die Reduktion von FEM									
FEM-Schulungsprogramm (3)	RCT	Schwerwiegende Limitierungen	2 mal positive Effekte; 1 mal keine Effekte	Direkte Evidenz	Messung verschiedener Endpunkte: • Prävalenz von FEM • Herausforderndes Verhalten	542	443	In 2 Studien signifikante Reduktion von FEM In 1 Studie keine Reduktion von FEM	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 42: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz auf die Reduktion von FEM

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von spezifischer Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz auf die Reduktion von FEM									
Spezifische Dementenbetreuung (7)	CCT VNS KS	Keine schwerwiegenden Limitierungen	n.z.	Direkte Evidenz	Valider Ergebnisparameter	153.064 (spezifische Dementenbetreuung)	40.041 (keine spezifische Dementenbetreuung)	Keine einheitlichen Ergebnisse. Es gibt jedoch Anhaltspunkte dafür, dass spezielle Dementenbetreuung zu einer Reduktion von FEM führen kann.	Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 43: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von Personenzentrierter Pflege auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Personenzentrierte Pflege (1)	VNS	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	keine	33	keine	Aggressives Verhalten und nicht-aggressive körperliche Agitation zeigten keine Veränderung. Widersprüchliche Ergebnisse zu verbalem herausfordernden Verhalten zwischen den Schichten (Reduktion in der Frühschicht, Anstieg in der Spätschicht).	<p>Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schwerwiegende Limitierungen der Studienqualität (-1) Indirekte Evidenz mit nennenswerter Ungewissheit (-1) <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 44: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen auf die Reduktion von FEM & herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von Beschäftigungsprogrammen auf die Reduktion von FEM									
Kleingruppen mit Beschäftigung (1)	VNS	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Endpunkt: Anzahl der beobachteten Fixierungen im Messzeitraum	FEM einer der primären Endpunkte, Setting: auf Demenz spezialisierte Abteilungen	51 (in drei Einrichtungen, keine Angabe zur Verteilung)	n.z.	Signifikante Reduktion der Anzahl der körpernahen FEM insgesamt. (Reduktion basiert auf nur einer der drei Gruppen mit starker Reduktion).	Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) Gesamtbewertung:
Wirksamkeit von Beschäftigungsprogrammen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
ADL- und psychosozial orientierte Beschäftigung und Kombination (2)	RCT	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	keine	79 (in 3 Gruppen) 1. ADL-basiert (28) 2. Psychosozial (29) 3. Kombination (22)	48 (2 Gruppen) 1. Placebo (29) 2. keine Intervention (19)	Kein Effekt der verschiedenen Interventionen auf herausforderndes Verhalten	Mittlere Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierungen der Studienqualität (-1) 2. Indirekte Evidenz mit nennenswerter Ungewissheit (-1)
	VNS	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie			30 (in 3 Gruppen, keine Angabe zur Verteilung)	n.z.	Signifikanter Unterschied bzgl. herausforderndem Verhalten vor und nach Intervention (keine Angabe zur Effektgröße), keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Interventionen	
Kleingruppen mit Beschäftigung (1)	VNS	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie		Herausforderndes Verhalten einer der primären Endpunkte	51 (in drei Einrichtungen, keine Angabe zur Verteilung)	n.z.	Keine Veränderung bzgl. des herausfordernden Verhaltens.	Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 45: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von aktiven und passiven Musikinterventionen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten (incl. Wandering)									
„Wunschk Musik“ beim Baden (1)	RCT Cross-Over Design	Sehr schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Kein validiertes Instrument zur Endpunkterhebung	18 (in 2 Gruppen) 1. „Wunschk Musik“ beim Baden (n= 9) 2. Baden ohne „Wunschk Musik“ (n= 9)	n.z	Herausforderndes Verhalten wurde in der Interventionsgruppe signifikant reduziert.	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2)
„Wunschk Musik“ versus Klassische Entspannungsmusik (1)	RCT Cross-Over Design	Sehr schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Keine	39 (in 2 Gruppen) 1. „Wunschk Musik“ (n= 16) 2. Klassische Entspannungsmusik (n= 23)	n.z	Frequenz von Herausforderndem Verhalten (CMAI) wurde signifikant reduziert während und nach der Intervention „Wunschk Musik“ im Vergleich zu	2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität
Musiktherapie & Lesungen (1)	RCT Parallelgruppen-Design	Sehr schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Kein validiertes Instrument zur Endpunkterhebung	30 (in 2 Gruppen) 1. Lesung & anschließend Musiktherapie (n= 15) 2. Musiktherapie & anschließend Lesung (n= 15)	n.z	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen.	

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 46: Fortsetzung Evidenztabelle zur Wirksamkeit von aktiven und passiven Musikinterventionen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von aktiver und passiver Musik auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten (incl. Wandering)									
Gruppenmusiktherapie & Bewegungsübungen (1)	RCT	Sehr schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Keine	18	18	Herausforderndes Verhalten (MCMAI) wurde in der Interventionsgruppe signifikant reduziert.	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1)
Entspannungsmusik versus Handmassage (1)	RCT	Sehr schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Keine	68 (in 4 Gruppen) 1. Entspannungsmusik (n= 17) 2. Handmassage (n= 17) 3. Entspannungsmusik u. Handmassage (n= 17)	4. Keine Intervention (n= 17)	Die kombinierte Interventionen Entspannungsmusik u. Handmassage reduzierten das herausfordernde Verhalten der Patienten. Der höchste Effekt wurde 1 Stunde nach der Intervention gemessen.	Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 47: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice) auf die Reduktion von FEM

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice) auf die Reduktion von FEM									
Advanced Nursing Practice (1)	VNS	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Messung verschiedener Endpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Prävalenz von FEM • Sturzraten 	251	keine	<p>Auf institutioneller Ebene eine Reduktion der Bettgitter von 55% zu Beginn der Studie, auf 50% nach einem Monat und 46% nach einem Jahr.</p> <p>Signifikante Reduktion von FEM auf Bewohnerinenebene um 51,4 % (n= 130).</p>	<p>Geringe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 48: Evidenztabelle zur Wirksamkeit geriatrisch rehabilitativer Pflegemaßnahmen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit geriatrisch-rehabilitativer Pflegemaßnahmen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen (2)	RCT	1 mal schwerwiegende Limitierungen (Alessi et al. 1999)	1 mal positiver Effekt; 1 mal kein Effekt	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Messung verschiedener Endpunkte: • ADL's • Körperliche Funktionsfähigkeit • Herausforderndes Verhalten	82	81	In 1 Studie Reduktion von herausforderndem Verhalten. In 1 Studie keine Reduktion.	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 49: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifischer Berührung und Massage auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von spezifischer Berührung und Massage auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Berührung: Therapeutic touch, Massage, Akupressur (3)	2 RCTs 1 COS	Schwerwiegende Limitierungen	Unterschiedliche Interventionen Unterschiedliche Instrumente Unterschiedliche Interventions- und Beobachtungszeiten	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Maßnahmen in Deutschland unüblich	73	75	Alle 3 Studien zeigen einen gewissen Effekt gegenüber der Standardversorgung.	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 50: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Aromatherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit der Aromatherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Aromatherapie (1)	RCT	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Keine	36	36	Signifikante Verbesserungen des HV in allen Subskalen des NPI und CMAI (außer CMAI-verbal aggression und physical aggression).	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: Schwerwiegende Limitierungen (-1) Gesamtbewertung: Mittlere Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 51: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Validation auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von Validation auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Validation bzw. gefühlorientierte Pflege (3)	SR (3 RCTs) 2 RCTs	Schwerwiegende Limitierungen	Eine von 5 Studien zeigt gewisse positive Effekte, 4 Studien zeigen keinen Unterschied.	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Unterschiedliche Interventionen Unterschiedliche Instrumente Unterschiedliche Interventions- und Beobachtungszeiten	Validation 119 Andere 41	132	In der Mehrzahl der Studien keine Effekte bzgl. herausforderndem Verhalten.	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 52: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Snoezelen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von Snoezelen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Snoezelen (1)	RCT	Schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Keine	66	62	Kein Effekt bzgl. herausfordernden Verhaltens auf allen Subskalen der CMAI	Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: 1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1) Gesamtbewertung: Geringe Qualität

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 53: Evidenztabelle zur Wirksamkeit Biographieorientierter Interventionen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von biographieorientierten Interventionen auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Sensorische Reminiscence (1)	RCT	Sehr schwerwiegende Limitierungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Intervention nicht genauer beschrieben	10	10	Kein Effekt bzgl. HV auf der NPI	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-2)</p> <p>2. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Sehr Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

Tabelle 54: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von spezifisch heller Beleuchtung auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von spezifischer heller Beleuchtung auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Helle Beleuchtung (± 1000 lux) individuell und in Kombination mit Melatonin (1)	RCT	Keine bedeutenden Einschränkungen	Nur eine Studie	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Kognitive und nichtkognitive Symptome, funktionale Fähigkeiten, Schlaf	49 (nur Licht)	45 (Placebo) 46 (Melatonin) 49 (Licht und Melatonin)	Keine Effekte auf herausforderndes Verhalten	Hohe Evidenz ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch: Indirekte Evidenz mit resultierender nennenswerter Ungewissheit (-1) Gesamtbewertung: Mittlere Qualität

Nebenwirkungen: In keiner Studien werden Nebenwirkungen berichtet, im Gegenteil hat Licht Reizbarkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Obstipation und Schlaflosigkeit eher verbessert.

Tabelle 55: Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Lichttherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse			
Anzahl der Studien	Design	Qualität	Konsistenz	Direktheit	Andere Faktoren	Anzahl der Bewohnerinnen		Effektschätzer	
						Intervention(en)	keine Intervention	Effekte	Qualität
Wirksamkeit von Lichttherapie auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten									
Licht, ± 2500 Lux, Dawn-Dusk (Simulation) (2)	RCT	Schwerwiegende Limitierungen der Studienqualität	Nicht zutreffend	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Schlaf, Tag- und Nachtrhythmus, Kognition, Depression	105 (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe)		Keine Effekte von Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten	<p>Hohe Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>1. Schwerwiegende Limitierung der Studienqualität (-1) 2. Unpräzise Ergebnisse (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>
Lichttherapie (2500 – 10.000 Lux, unterschiedliche Tageszeiten und Therapiedauer) (3)	Fall- und Kohortenstudien = deskriptive Beobachtungsstudien aus Übersichtsarbeit	Sehr schwerwiegende Limitierung der Studienqualität	Nicht zutreffend	Indirekte Evidenz bzgl. FEM	Schlaf, Verwirrtheit	26 (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe)		Positive Effekte von Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten	<p>Geringte Qualität ==> Herabstufung der Qualitätsbewertung durch:</p> <p>Sehr schwerwiegende Limitierungen der Studienqualität (-1)</p> <p>Gesamtbewertung: Geringe Qualität</p>

Nebenwirkungen: Es werden keine Nebenwirkungen berichtet.

7.6. Anhang – Tabellen 56 – 69

Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 56: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Empfehlungen zu Fixierung und FEM bei Demenz
Titel	Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen
Land	Deutschland
Jahr	2008
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://www.buko-qs.de/cms/front_content.php?idcat=46&idart=80
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS)
Sponsor	Bundesland: Berlin
Inhalt	Es werden motorische, sensorische und psychische Beeinträchtigungen von Menschen mit Demenz aufgezeigt. Es liegen handlungsleitende Empfehlungen (1) zu infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben (2) zur Mobilitätsförderung (3) zum unbemerkten Verlassen der Einrichtung (4) zur Erfassung von Einschränkungen der Mobilität (5) zu Angeboten bei Einschränkung der Mobilität (6) zur Minimierung von Stürzen / Sturzfolgen vor.
Kommentar	Es werden multidisziplinäre Empfehlungen für Menschen mit Demenz zur Erhaltung der Mobilität in der stationären Altenpflege aufgezeigt

Tabelle 57: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Empfehlungen zu Fixierung und FEM bei Demenz
Titel	Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker
Land	Deutschland
Jahr	22.07.2008 (Internet download)
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	http://www.demenz-ded.de/cms/fileadmin/PDF-Dateien/Download/Handlungsempfehlungen_zur_Fixierung.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung (DED e.V.)
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Ziel ist es, Fixierung und FEM bei Menschen mit Demenz zu vermeiden. Vertiefende Inhalte sind: (1) Reduktion / Vermeidung von FEM (2) Anordnungsbegründung / kontinuierliche Überprüfung auf Notwendigkeit (3) Sturzgefährdung (4) Weglauftendenz
Kommentar	Es ist ein kompletter, aber kurzer Überblick zum Thema Fixierung und FEM bei Menschen mit Demenz.

7. Anhang:

Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 58: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses
Titel	Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege
Land	Deutschland
Jahr	2006
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/fem-leitfaden.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
Sponsor	Bundesland Bayern
Inhalt	Der Leitfaden enthält Informationen zur Vermeidung von FEM, vermittelt Entscheidungswege und -prinzipien, zeigt eine fach- und sachgerechte Umsetzung von notwendigen FEM sowie rechtliche Aspekte und eine detaillierte Literaturliste.
Kommentar	Einzigste „deutsche“ Richtlinie für physische FEM in Pflegeheimen.

Tabelle 59: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Empfehlung
Titel	Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)
Land	Deutschland
Jahr	2005
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.wernerschell.de/Rechtssalmanach/Betreuungsrecht/Muenchen06.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern, Kreisverwaltung München
Sponsor	Bundesland Bayern
Inhalt	Aufgezeigt werden Empfehlungen in Bezug auf (1) Alternativen zu FEM (2) Empfehlungen für Pflegende zu FEM (3) Empfehlungen für Leitungen (Management) zu FEM (4) Modell zur ständigen Überprüfung der weiteren Erforderlichkeit einer FEM (5) Überlegung zur Senkung der Medikation
Kommentar	Es gibt des Weiteren von den Initiatoren eine im Internet veröffentlichte Power-Point-Darstellung (3/2007) sowie die Rubrik „Beantwortet & Fragen“ zum Thema FEM (7/2006).

Tabelle 60: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Pflegestandard Altenpflegeeinrichtung
Titel	Pflegestandard Freiheitsentziehende Maßnahmen, Nürnberg Stift Qualitätssicherung
Land	Deutschland
Jahr	2005 (Überarbeitung 2008)
Bezugsquelle	metager.de
Referenz	http://www.nuernberg.de/imperia/md/content/internet/eigenbetriebe/nuest/aktuelles2/qualit_tsbericht_2007.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Nürnberg Stift
Sponsor	Bundesland Bayern
Inhalt	Der Standard beinhaltet eine Definition und fallorientierte Vorgehensweisen zu mechanischen FEM. Alternativen zu FEM Maßnahmen werden vorgeschlagen.
Kommentar	Das Verfahren zu FEM (2005) basiert auf den Ausführungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern und der Beschwerdestelle München. Der Standard wurde auf Nachfrage postalisch zugestellt. Hinweise auf die Implementierung sind dem Qualitätsbericht (2007) zu entnehmen (siehe Internetauftritt Nürnberg Stift).

Tabelle 61: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Positionspapier
Titel	Zur Betreuung Demenzkranker in Tagespflegeeinrichtungen
Land	Deutschland
Jahr	22.07.2008 (Internet download)
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://www.demenz-ded.de/cms/fileadmin/PDF-Dateien/Download/Tagespflege_fuer_Demenzranke.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. c/o Alzheimer Gesellschaft Bochum Frau Christel Schulz, Universitätsstr. 77, 44789 Bochum
Sponsor	Bundesland Nordrhein-Westfalen
Inhalt	Das Positionspapier zur Tagespflege zeigt Mobilisationseinschränkungen auf.
Kommentar	Verein von Pflegenden / Betreuenden zum Austausch von Erkenntnissen und Einsichten in der Betreuung von Menschen mit Demenz.

7. Anhang:

Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 62: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Artikel
Titel	Damit Fixiergurte Staub ansetzen
Land	Deutschland
Jahr	Artikel in den Aachener Nachrichten vom 10.10.2007
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://www.pflege-regio-aachen.de/index.php?id=207
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Hülchrather Str. 15 D-50670 Köln
Sponsor	Bundesland: Nordrhein-Westfalen
Inhalt	Stellungnahme zum Modellprojekt „Reduzierung von Fixierungen bei Demenzkranken“.
Kommentar	Kurzvorstellung des Fixierungs-Projekts des Amtes für Altenarbeit im Kreis Aachen.

Tabelle 63: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Initiative
Titel	Dokumentation des Landeswettbewerbs "FreiMut" – Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege
Land	Deutschland
Jahr	2007
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftfm-doku-freimut.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
Sponsor	Bundesland Bayern
Inhalt	Der Bericht zum Landeswettbewerb stellt die Konzepte des ersten, zweiten und dritten Preisträgers vor: (1) Freiheitsentziehende Maßnahmen - Stufenmodell (2) Im Alter ungebunden (3) Fit statt Fix
Kommentar	Hier wird die Auslobung eines Förderpreises im Zuge des Landeswettbewerbes an alle stationären Einrichtungen in Bayern zur Vermeidung und Reduzierung von FEM beschrieben.

7. Anhang:

Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 64: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Initiative
Titel	Menschen pflegen, Dreyer: Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege vermeiden
Land	Deutschland
Jahr	2007
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://www.menschen-pflegen.de/enid/231496d91a0f39afe8fcd2a965511bca,0/Ma_nahmen/Reduzierung_freiheitsentziehender_Ma_nahmen_ep.html
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
Sponsor	Bundesland Rheinland-Pfalz
Inhalt	Pressestelle des Ministeriums informiert über die Initiative und verkündet, dass eine Veranstaltungsreihe zum Thema FEM eingeleitet wurde - in Form von Schulungskonzepten u. a. zu Alternativen von FEM.
Kommentar	Eine Anfrage beim Ministerium ergab, dass zum Thema FEM keine weiteren Dokumente oder Publikationen vorliegen. Aktuell wird ein Arbeitspapier für die Kranken- und Gesundheitspflege entwickelt, basierend auf den Resultaten der Redufix-Studie, um die Pflegenden zum Thema FEM zu sensibilisieren.

Tabelle 65: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Broschüre: Freiheitsentziehende und freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Pflege
Titel	Alternativen zu freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen
Land	Deutschland
Jahr	2007
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	http://www.hamburg.de/bezirk-wandsbek
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Arbeitsgruppe: Schutz und Freiheit, Wandsbeker Pflegekonferenz, Hamburg
Sponsor	Keine Angaben
Inhalt	Kurzinformation für Angehörige.
Kommentar	Kurze Einleitung über Risiken und negative Wirkungen von mechanischen FEM und Hinweise zu alternativen Angeboten.

7. Anhang:

Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 66: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Bericht
Titel	Tagungsbericht zum Modellvorhaben „Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern“ (Redufix)
Land	Deutschland
Jahr	2006
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://eh-freiburg.org/Dokumente/agp/00%20Tagungsbericht.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) Evangelische Fachhochschule Freiburg
Sponsor	Bundesland Baden-Württemberg Förderung durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Inhalt	Der Bericht gibt einen Überblick über den Projekthintergrund sowie zum methodischen Vorgehen und den Ergebnissen.
Kommentar	Es gibt des Weiteren einen Projekt bezogenen Artikel und PowerPoint-Darstellungen (eh-freiburg.org/agp/redufix.htm).

Tabelle 67: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Information zur Pressekonferenz
Titel	Pflege menschenwürdig gestalten – Fixierungen vermeiden GRÜNE für mehr Kontrolle und Transparenz in der Pflege
Land	Deutschland
Jahr	2006
Bezugsquelle	metager.de
Referenz	www.bawue.gruene-fraktion.de/cms/themen/dokbin/159/159225.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Partei „Die Grünen / Bündnis90“
Sponsor	Bundesland Baden-Württemberg
Inhalt	Statement der Partei zu mehr Transparenz bei freiheitsentziehenden und bewegungseinschränkenden Maßnahmen.
Kommentar	Das Statement bezieht sich auf die Ergebnisse des ReduFix-Projektes (2004-2006). Dabei wird u. a. aufgezeigt, dass eine Reduktion der freiheitsentziehenden und bewegungseinschränkenden Maßnahmen für möglich gehalten wird. Eine Umsetzung der Erkenntnisse wird im Modellprojekt „Gewaltprävention in der Altenhilfe“ angestrebt.

7. Anhang:

Übersicht nationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 68: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Politischer Antrag im Kreistag zur Projektdurchführung
Titel	Körpernahe Fixierung bei demenziell erkrankten Menschen reduzieren
Land	Deutschland
Jahr	2005
Bezugsquelle	metager.de
Referenz	http://www.cdu-kreis-aachen.de/fr_text_11833_print.html
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Partei "Christlich Demokratische Union - CDU"
Sponsor	Bundesland Nordrhein-Westfalen
Inhalt	Antrag zur Projektdurchführung „Reduktion körpernaher Fixierung bei demenziell erkrankten Menschen in der stationären Altenhilfe“ soll in Kooperation mit einem fachlich erfahrenen Institut erfolgen.
Kommentar	Es wurde telefonisch und per Email Kontakt zum Büro der CDU (Aachen) aufgenommen, es konnten jedoch keine weiteren Informationen zum Antragsverfahren erhalten werden.

Tabelle 69: Nationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Informationsblatt
Titel	Fixierungen als „letzte“ Möglichkeit?
Land	Deutschland
Jahr	2004
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://www.hsm-bonn.de/download/06_fixi.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.
Sponsor	Keine Angaben
Inhalt	Informationsblatt zur Fortbildungsveranstaltung hinsichtlich der mechanischen FEM von Menschen in Pflegeheimen.
Kommentar	Im Telefonkontakt mit dem Verein (Prof. Hirsch) wurde bestätigt, dass die Inhalte sich auf Empfehlungen einer Bayerischen Leitlinie beziehen. Weitere Dokumente liegen nicht vor.

7.7. Anhang –Tabellen 70 – 98

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 70: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitlinie
Titel	Best Practice Guidelines, Least Restraint Utilization
Land	USA
Jahr	2007 (überarbeitete Version)
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf (Literaturliste) http://www.shannex.com/files/File/Best-Practice-Guidelines-Restraints.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Shannex Health Care Management Inc.
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Leitlinie beinhaltet: (1) klinische Interventionen (2) Pflegeempfehlungen (3) aktuelle Bestimmungen zu FEM (4) Hilfsmittel und (5) den Evaluationsprozess für die Entstehung der „best practice“ Leitlinie
Kommentar	Es handelt sich um eine wissenschaftsbasierte Praxisleitlinie mit Instrumenten und Hilfsmitteln für die Praxis.

Tabelle 71: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitlinie
Titel	Guidelines for Restraint Use
Land	USA
Jahr	2007
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.odonaltc.org/data/Form_62007.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Ohio Department of Health
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Überblick zum Prozess, wann FEM eingesetzt werden sollten; Anhang mit Definition und offiziellen Regierungsvorgaben zu FEM.
Kommentar	Leitlinie mit Erklärungen über Einschätzungsverfahren über Bewohnerinnenauswahl und Bettgitter. Der Anhang mit offizieller Leitlinie wirkt detaillierter, aber mehr aus juristischen als pflegerischen Gesichtspunkten.

7. Anhang:

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 72: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitlinie zur Schulung
Titel	Providing a Quality Life While Avoiding Restraints
Land	USA
Jahr	2000
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.dhfs.wisconsin.gov/rl_DSL/Publications/Restraint.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Wisconsin, Department of Health and Family Services-Division of Supportive Living-Bureau
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Leitlinie beinhaltet: (1) Einleitung (2) Schulungsvorgaben für Bewohnerinnen, Familien, Mediziner, Mitarbeiter im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen Ein zusätzliches Handbuch erläutert wie man zum Trainer wird
Kommentar	Die Leitlinie verfolgt die Absicht, eine erfolgreiche Schulung zur alternativen Nutzung von FEM bei allen Menschen durchzuführen, die in diesen Prozess involviert sind.

Tabelle 73: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitlinie
Titel	Conference de consensus, Liberte d'aller et venire dans les etablissements sanitaires et medico-sociaux, et obligation de soins et de securite (version courte)
Land	Frankreich
Jahr	2004
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	/
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	French Agency for accreditation and Evaluation (Anaes); Federation Hospitaliere de France
Sponsor	Ministere des Solidarites, de la Sante et de la Famille
Inhalt	Original in Französisch
Kommentar	Empfehlung zur Nutzung von FEM in Frankreich (Kurzversion).

7. Anhang:

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 74: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitlinie
Titel	Conference de consensus, Liberte d'aller et venire dans les etablissements sanitaires et medico-sociaux, et obligation de soins et de securite (version longue)
Land	Frankreich
Jahr	2004
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	/
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Anaes (= French agency for accreditation and evaluation); Federation Hospitaliere de France
Sponsor	Ministere des Solidarites, de la Sante et de la Famille
Inhalt	Original in Französisch
Kommentar	Empfehlung zur Nutzung von FEM in Frankreich (Langversion).

Tabelle 75: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Leitlinie
Titel	Guidelines on The Use of Restraint in the Care of the Older Person
Land	Irland
Jahr	2003
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf (Literaturliste)
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Irish Nurses Organisation, Focus Group from the Care of the Older Person Section
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Enthält wesentliche Inhalte einer Leitlinie.
Kommentar	Es wird nicht klar, welche Versorgungseinrichtungen angesprochen sind, die untersuchte Population sind generell alte Menschen. Es werden Empfehlungen in Bezug auf mechanische und medikamentöse FEM gegeben.

7. Anhang:

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 76: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Richtlinie
Titel	Guidance for inspectors: How to move toward restraint free care
Land	Großbritannien
Jahr	2008 (überarbeitete Version)
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	/
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Commission for Social Care Inspection (CSCI)
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Richtlinie hat das Ziel, die Nutzung von FEM zu reduzieren. Es gibt keine spezifischen Angaben zu den angesprochenen Versorgungseinrichtungen. Fragen folgen den Bedürfnissen der Pflegekräfte in Bezug auf FEM.
Kommentar	Die Richtlinie macht keine weiteren detaillierten Angaben über mechanische Interventionen oder andere FEM.

Tabelle 77: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Richtlinie für Pflegende
Titel	Restraint revisited- Rights, risk and responsibility Guidance for nursing staff
Land	Großbritannien
Jahr	2004
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	/
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Royal College of Nursing
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Richtlinie möchte die Debatte über die Nutzung und den Missbrauch von FEM anregen. Sie gibt ferner detaillierte Informationen zur Rolle der Pflegenden.
Kommentar	Die Richtlinie gibt detaillierte Informationen zu FEM. Sie verfolgt das Ziel, Pflegenden ein verändertes Verständnis für Verhaltensweisen von Bewohnerinnen zu vermitteln und zeigt Alternativen zu FEM auf.

7. Anhang:

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 78: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Richtlinie
Titel	Policy on the use of physical restraint, Version Final (Version 2.0)
Land	Großbritannien
Jahr	2002
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.elcmht.nhs.uk/pdf/aboutus/restraint_policy_final.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Finanzierung durch einen Trust (keine eindeutige Benennung)
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Richtlinie gibt Hinweise zum Einsatz von FEM.
Kommentar	Richtlinie für Mitarbeiter / -innen zur Nutzung von mechanischen FEM, auch im Kontext von gewalttätigem Verhalten.

Tabelle 79: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Richtlinie
Titel	Freiheit und Sicherheit, Richtlinie zur Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Menschen
Land	Schweiz
Jahr	2008
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	http://www.sgg-ssg.ch/cms/pages/de/publikationen/sgg-publikationen.php
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Schweizerische Gesellschaft Gerontologie
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Es wird zu folgenden Themen Stellung genommen: (1) Klärung der Autonomie der betroffenen Person (urteilsfähig / nicht urteilsfähig) (2) Definition zur regelmäßig evaluierten und optimierten Betreuungsstruktur (3) Indikation, Probleme, Risiken und Grenzen freiheitsbeschränkender Maßnahmen (4) Qualitätssicherung (5) Umsetzung der Richtlinie
Kommentar	Überblick zur Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen bei der Begleitung abhängiger betagter Menschen im Spannungsfeld „persönlicher Autonomie und Risikosituationen für ältere Menschen“.

Tabelle 80: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Richtlinie
Titel	Ethische Richtlinien zum Umgang mit Freiheitseinschränkenden Maßnahmen
Land	Schweiz
Jahr	2003
Bezugsquelle	google.de
Referenz	http://www.sonnweid.ch/180.html?&no_cache=1&sword_list[]=Freiheits-einschr%4nkenden&sword_list[]=Massnahmen&sword_list[]=Richtlinie&word_list[]=zu
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Sonnweid AG, Wetzikon
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Richtlinie fokussiert ethische Prinzipien. Ethikkommission entscheidet über die Nutzung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen.
Kommentar	Offensichtlich eher eine ethische Richtlinie mit Instruktionen für den klinikinternen Prozess, wie mit FEM zu verfahren ist.

Tabelle 81: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Standard
Titel	Fast Facts: Physical Restraints Overview
Land	USA
Jahr	2006
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	http://medqic.org/dcs/ContentServer?cid=1150897209658&pagename=Medqic%2FMQTools%2FToolTemplate&c=MQTools
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Nursing Home Quality Initiative
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Kurzer Überblick zu FEM (1) Prävalenz (2) Definitionen und Arten von FEM (3) Bedingungen, die mit der Nutzung von FEM assoziiert sind (4) Barrieren (5) Reduktion von FEM (6) Literaturempfehlung und Web-Adressen
Kommentar	Kurzer Überblick zu FEM mit weiteren Informationshinweisen.

Tabelle 82: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Praxisstandard
Titel	Practice Standard – Restraints
Land	USA
Jahr	2005
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.cno.org/docs/prac/41043_Restraints.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	College of Nurses of Ontario (CNO)
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Der Standard beinhaltet: (1) Einleitung (2) Definitionen (3) Gründe für FEM (4) Rechtliche Vorgaben (5) Qualitätskriterien für alle Praxisfelder (6) Verantwortlichkeiten in der Pflege und (7) Fallstudien
Kommentar	Gut strukturierter und fokussierter Standard, einfach und kurz für Praktiker geeignet. Das CNO hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Bürgerrecht für eine qualitativ gute pflegerische Versorgung zu unterstützen, indem sie der Profession der Pflegenden Führungstätigkeiten in der Selbstorganisation zur Verfügung stellt. CNO fokussiert die Pflegepraxis in ganz Ontario.

Tabelle 83: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Standard
Titel	New Zealand Nurses Organisation Submission to Standards New Zealand on the Health and Disability Services (Restraint) Standard to replace NZS8141:2001 (Restraint minimisation Standard)
Land	Neuseeland
Jahr	2007
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	www.nzno.org.nz/includes/download.aspx?ID=26527
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	New Zealand Nurses Organisation (NZNO)
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Der Standard beinhaltet eine Zusammenfassung der Ziele der NZNO und spricht Empfehlungen aus zu Richtlinien und Standpunkten über FEM. Er zeigt Strategien und Lösungen auf.
Kommentar	Es werden alle Gesundheitsbereiche und Versorgungseinrichtungen angesprochen, in denen FEM angewandt werden. Eine einfache Version mit wenigen Literaturangaben.

7. Anhang:

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 84: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Standard
Titel	Qualitätsstandards für die Akutsomatik und Langzeitpflege – Standard 30: Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen
Land	Schweiz
Jahr	2006 (überarbeitete Version)
Bezugsquelle	google.ch
Referenz	www.sanacert.ch/pdf/Qualitaetsstandards_fuer_die_Akutsomatik_und_Langzeitpflege.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Stiftung sanaCERT Suisse, Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Bern
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Ein hausinterner Qualitätsstandard zu FEM.
Kommentar	Qualitätsstandard fokussiert die Versorgung in der Langzeitpflege.

Tabelle 85: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Standard
Titel	Standards for the Use of Restraint for Nursing and Midwives 2008
Land	Australien
Jahr	2008 (überarbeitete Version)
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	http://www.nursingboardtas.org.au/nbtonline.nsf/attachment/Restraint-Standards2008/\$File/Standards%20for%20the%20use%20of%20Restraint_2008_%20web%20version.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Nursing Board of Tasmania
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Der Standard ist Teil des Pflegegesetzes, welches 1995 umgesetzt wurde. Es sind Methoden, Umsetzungsstrategien und die Implementierung von FEM benannt. Durchführungsverantwortung obliegt Pflegenden und Hebammen.
Kommentar	Standard, der unterschiedliche Arten von FEM berücksichtigt.

Tabelle 86: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Rahmenrichtlinie
Titel	Individualized Care: Supporting Resident Freedom, Independence and Autonomy; Physical Restraint collaborative Framework
Land	USA
Jahr	2008 (überarbeitete Version)
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	http://medqic.org/dcs/ContentServer?cid=1150897209658&pagename=Medqic%2FMQTools%2FToolTemplate&c=MQTools
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Centers of Medicare & Medicaid Services (CMS), Institute for Healthcare Improvement (IHI), Quality Partners of Rhode Island, Qualis Health
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Rahmenrichtlinie beinhaltet: (1) Hintergrundinformationen zu FEM (2) Definition des Leitgedankens (3) Ziele der Methode von mechanischen FEM (4) Im „Change Packet“ werden Strategievarianten benannt, die Veränderungsprozesse in der Pflege zur Reduzierung von FEM unterstützen sollen (5) Das „Measurement strategy“ - Kapitel definiert Empfehlungen und zeigt optional Bewertungsmethoden auf
Kommentar	Detaillierte Information basierend auf umfangreicher Literaturrecherche. Die Entwickler und Sponsoren werden in der Einleitung benannt. Es wird nicht klar, wie die Unterstützung erfolgt ist.

Tabelle 87: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Entscheidungshilfe
Titel	Decision-making tool: Responding to issues of restraint in Aged Care
Land	Australien
Jahr	2004
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf (Literature list)
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AE6A3DEC50534D27CA256F4700752CF/\$File/decisiontool04.pdf
Organisation	Australian Government, Department of Health and Aging
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Ziel ist die reflektierte Entscheidungsfindung zu FEM. Dabei geht es um mögliche Alternative zu FEM und auch um die Verantwortung des Managements.
Kommentar	Unterstützendes Instrument für Pflegende und das Management in Altenpflegeheimen, um mechanische FEM nach informierter Einwilligung durchzuführen.

7. Anhang:

Übersicht internationaler Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Tabelle 88: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Assessment und Alternativen
Titel	Restraint Reduction Assessment and Alternatives Help Guide
Land	USA
Jahr	1998
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.cfmc.org/nh/nh_restraint.htm
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Colorado Foundation for Medical Care
Sponsor	Health Care Financing Administration (HCFA)
Inhalt	Die Assessments und Alternativen zu FEM beinhalten Informationen zur Ersteinschätzung von Sturz, auffälligen Verhaltensweisen, Umherwandern und notwendigen medikamentösen Verordnungen.
Kommentar	Entscheidungshilfe, die durch gezielte Einschätzung FEM vermeiden möchte (mit umfangreicher Literaturliste). Health Care Financing Administration (jetzt Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)) finanzierte die Entwicklung und ist Kooperationspartner. Es wird nicht klar benannt, wie die Unterstützung erfolgte.

Tabelle 89: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Empfehlung
Titel	Reducing the Use of Restraints in Texas Nursing Homes
Land	USA
Jahr	2003
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.dads.state.tx.us/news_info/publications/brochures/restraints_guide.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Medical Quality Assurance department of the Texas Department of Human Services
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Anliegen der Broschüre ist die Sichtung der klinischen Literatur, um die weit verbreiteten und gefährlichen Interventionen von FEM zu beseitigen.
Kommentar	Die Broschüre richtet sich an Mitarbeiter der Pflege, um sie als Akteure für die Reduzierung von FEM zu gewinnen und diese Herausforderung zu bewältigen. Referenzen sind angegeben.

Tabelle 90: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Informationsbroschüre
Titel	Physical restraint – part 1: use in acute and residential care facilities. Best Practice Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, Volume 6, Issue 3, 2002
Land	Australien
Jahr	2002
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf (Literaturliste)
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Joanna Briggs Institute
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Informationsbroschüre beinhaltet folgende Konzepte: (1) gegenwärtige FEM Praxis (2) Charakteristika von FEM (3) Gründe für FEM (4) Verletzungsfolgen und (5) mechanische FEM sowie (6) die Reduktion dieser Maßnahmen
Kommentar	Kurze Zusammenfassung des Reviews von Evans et al. (2002) über FEM.

Tabelle 91: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Informationsbroschüre
Titel	Physical restraint – part 2: minimisation in acute and residential care facilities. Best Practice Evidence based Information Sheets for Health Professionals, Volume 6, Issue 4, 2002
Land	Australien
Jahr	2002
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf (Literaturliste)
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Joanna Briggs Institute
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Informationsbroschüre beinhaltet folgende Konzepte: (1) Pflege ohne FEM (2) Programm zur Minimierung von FEM (3) Schulung und Benennung von Alternativen (4) Management von spezifischen Personengruppen
Kommentar	Basiert auf dem zweiten Teil des Reviews von Evans et al. (2002).

Tabelle 92: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Positionspapier
Titel	Australian Society for Geriatric Medicine, Position Statement No. 2, Physical Restraint Use in Older People
Land	Australien
Jahr	2005 (überarbeitete Version)
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.asgm.org.au/documents/POSITIONSTATEMENTNO2.PhysicalRestraint-Revision.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Australian Society for geriatric medicine
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	13 Statements mit wenigen Hintergrundinformationen. Beinhaltet Erkenntnisse zum (1) Nutzen von FEM (2) zu ethischen und juristischen Überlegungen (3) zur Minimierung von FEM
Kommentar	Inhalte sind auf wenigen Seiten zusammengefasst und beinhalten eine umfangreiche Literaturliste.

Tabelle 93: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Positionspapier
Titel	AGS Position Statement – Restraint Use
Land	USA
Jahr	2002
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/restraintsupdatePF.shtml
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	The American Geriatrics Society
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Statement besteht aus Hintergrundinformationen und 8 Positionen, nahezu alle sind kommentiert.
Kommentar	Den Zusammenfassungen von existierenden Richtlinien zufolge stößt man auf eine große Bandbreite von Dokumenten sowie auf viele Fragen bzw. nicht erfüllte Erfordernisse einer Richtlinie. Die Richtlinien sind sehr unterschiedlich, da auch unterschiedliche Leistungsempfänger angesprochen werden.

Tabelle 94: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Initiative
Titel	The Pennsylvania Restraint Reduction Initiative (PARRI)
Land	USA
Jahr	Keine Angabe
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	www.parri.kendal.org
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Pennsylvania Restraint Reduction Initiative, a program of Kendal Outreach, LLC
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	<p>Offizieller Start der Initiative (Webseite) war in Harrisburg am 5.9.1996, die Pennsylvania Restraint Reduction Initiative (PARRI) steht für die Führungsverantwortung, Direktion und den technischen Support von hunderten von Langzeit-Pflegeeinrichtungen im Verbund.</p> <p>Der Staat konnte seit Beginn des Projektes eine 87%ige Reduzierung von mechanischen FEM beobachten. Zusätzlich hat die Initiative 26 Partnerschaften geschlossen. Die Pflegeeinrichtungen sind offizielle Trainingseinrichtungen, die Schulungen zur Reduktion von mechanischen FEM, Medikamenteneinsatz oder Sturzmanagement durchführen. Die Initiative hat bereits 100 Schulungsprogramme in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Das Projekt wurde durch die „Intergovernmental Transfer Fund“, den „Commonwealth“ und die „County Commissioner's Association“ finanziert.</p>
Kommentar	Weitere Suche auf dieser Homepage und der Kendal Outreach Webseite ist anzustreben, um die zugrunde liegende „Evidenz“ dieser Initiative zu prüfen.

Tabelle 95: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Initiative
Titel	Untie the elderly
Land	USA
Jahr	Keine Angabe
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf www.ute.kendal.org (Literaturliste)
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Kendal Outreach
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	<p>„Untie the Elderly“ ist ein Schulungs- und Trainingsprogramm für Anbieter von Langzeitpflege für alte Menschen. Das Programm soll die Nutzung von mechanischen und medikamentösen freiheitseinschränkenden Maßnahmen reduzieren. „Untie the Elderly“ bietet an: Workshops, Trainingsprogramme, Schulungsunterlagen (inkl. Handbücher und Videos) und Beratungsservice.</p> <p>„Untie the Elderly“ ist ein Programm von Kendal Outreach, LLC, eine Tochtergesellschaft von Kendal Corporation; gemeinnützige Organisation, welche eine Verbindung zur „Quäker“ Organisation - Versorgung alter Menschen - hat.</p>
Kommentar	Die Initiative möchte die Voraussetzungen für Unabhängigkeit, Gesundheit und Sicherheit für alte Menschen fördern.

Tabelle 96: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Initiative
Titel	Implementation Guide Goal 2: Reducing The Use of Daily Physical Restraints
Land	USA
Jahr	2006
Bezugsquelle	google.de
Referenz	www.nhqualitycampaign.org/files/im/2_Physical Restraints_TAW_Guide.pdf
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: JA
Organisation	Advancing Excellence in America's Nursing Homes
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Die Implementierungshilfe hat zum Ziel einen angemessenen Umgang mit FEM Pflegeheimen zu vermitteln. Sie beinhaltet: (1) Erkennen /Einschätzung (2) Identifikation/Diagnose (3) Management (4) Behandlung, Überwachung
Kommentar	Es ist eine zweijährige Kampagne, die das Ziel verfolgt, die Pflege- und Lebensqualität in amerikanischen Pflegeheimen zu verbessern.

Tabelle 97: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Information
Titel	Rights, risk and restraints. An exploration into the use of restraint in the care of older people
Land	Großbritannien
Jahr	2007
Bezugsquelle	Persönlicher Kontakt
Referenz	/
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Commission for Social Care Inspection (CSCI)
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Studie, die Meinungen und Erfahrungen in Bezug auf FEM beinhaltet. Kapitel: (1) Einleitung (2) Nationaler Rechtshintergrund (3) Verständnis und Erfahrungen zu FEM (4) Dilemma der Mitarbeiter (5) Schlussfolgerungen, Diskussion (6) Anhang: Studienmethodologie, Regulation (7) Entscheidungsfindungsprozess
Kommentar	Umfangreiche Beschreibungen zu den Erlebnissen und Erfahrungen von Pflegenden aus der Praxis im Umgang mit FEM.

Tabelle 98: Internationale Dokumente zu FEM in der stationären Altenpflege

Typ	Informationsblatt
Titel	“want to know more” – Information on Physical restraints, www.geronursingline.org
Land	USA
Jahr	Keine Angabe
Bezugsquelle	metacrawler.com
Referenz	Current Perspectives in the Literature on Restraints in Long Term Care from the J.W. Crane Memorial Library, myuminfo.umanitoba.ca/Documents/727/restraints.pdf (Literature list)
Verfügbarkeit	Papierversion: JA Elektronische Version: NEIN
Organisation	Geriatric nursing resources for care of older adults – geronurseOnline.org
Sponsor	Keine Angabe
Inhalt	Ziel ist die Minimierung von mechanischen FEM. Enthalten sind: (1) Hintergrundinformationen (2) Definitionen (3) Einschätzungen / Entscheidungsinstrumente (4) Pflegestrategien (5) Behandlung und Management
Kommentar	Adressaten sind Pflegende, Bewohnerinnen und Familien.

7.8. Suchstrategien

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der Suchstrategien zu den Empfehlungen (siehe Kapitel 6, S.86 ff., Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege).

Einschlusskriterien

- Keine zeitliche Begrenzung
- Englisch- und deutschsprachige (klinische Studien) und systematische Übersichtsarbeiten

Ausschlusskriterien

- Andere Settings wie z.B. die Akut- oder Rehabilitationspflege, Gerontopsychiatrie etc.

Datenbanken / Ressourcen

- Durchsicht von Abstracts, um über die Relevanz entscheiden zu können
- Datenbanken: PubMed, Cochrane Library, Cinahl
- Des Weiteren Suche unter: www.google.de
- Internet: Demenz-Support Stuttgart
- Handsuche in Referenzlisten

Suchbegriffe und Verknüpfungen

Für die Suche wurden die im Folgenden dargestellten Themenkomplexe verknüpft.

1. Themenkomplex „Freiheitseinschränkende Maßnahmen“

- PubMed: ("Restraint, Physical"[Mesh] OR restrain*)
- CINAHL: (DE "Restraint, Physical" OR restrain*)

2. Themenkomplex „Pflegeheim“

- PubMed: ("Residential Facilities"[Mesh] OR nursing home* OR "Aged" [MeSH] OR elder*)
- CINAHL: (DE "Nursing Homes" OR nursing home* OR DE "Aged" OR elder*)

3. Themenkomplex „Herausfordernde Verhaltensweisen“

- PubMed: (“Dementia” [MeSH] OR dement* OR “Alzheimer disease” [MeSH] OR “Psychomotor Agitation” [MeSH] OR (agitation* OR wandering OR “disruptive behaviour”))
- CINAHL: (DE “Dementia” OR dement*)

4. Themenkomplex „Interventionen zur Reduktion von FEM“

- Schulungsprogramme: “Education, Nursing”[Mesh], “Geriatric Nursing/education” [MeSH], education*, staff training
- Spezielle Pflege-Qualifikationen: “nurse practitioners”[MeSH], “Education, Nursing” [MeSH], “specialties, nursing” [MeSH], “Geriatric Nursing”[MeSH], “Advanced Nursing practice”[All Fields] "Geriatric Nursing"[MeSH]
- Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz: SCU, special care*, “special unit”
- Personenzentrierte Pflege: “Primary Nursing Care”[Mesh], "Primary Health Care"[Mesh], primary nursing*, patient-centered*, person centered*, client centered*
- Umgebungsgestaltung: “architecture as topic”[MeSH], “environment design”[MeSH], “environment”[MeSH], “facility design and construction”[MeSH], “milieu therapy” [MeSH], “gardening” [MeSH], “health facility environment” [MeSH], environment*, architectur*, therapeutic design of environment, outdoor environment*, environmental gerontology
- Spezielle Wohnkonzepte: “group homes“ [MeSH], “housing for the elderly” [MeSH], “group homes“, group dwelling*, group living care OR housing for the elderly, living concept*
- Milieuthherapie: “milieu therapy” [MeSH], therapeutic psychosocial environment, milieu therap*, milieu*
- Spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie: “light“ [MeSH], “lighting“ [MeSH], “sunlight” [MeSH], “phototherapy” [MeSH]
- Optische / Visuelle Barrieren: “floor surface”, “floor pattern”, “floor grid”, barrier*, “subjective barrier”, “visual barrier”
- Signalsysteme: “Behavior Control”[Mesh], “Safety Management”[Mesh], “Security Measures”[Mesh], “Equipment and Supplies”[Mesh], “Emergency Medical Tags”[Mesh], “Electronics”[Mesh], alarm, technic*, system , tag*, electronic
- Spezifische Beschäftigungsprogramme: “Rehabilitation”[Mesh], activit*, activat*, “Occupational Therapy”

- Aktive und passive Musikinterventionen: “music therapy” [MeSH], music*, “non-pharmacological treatment”, “non-pharmacological intervention”
- Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen: “Rehabilitation Nursing”[MeSH], “Rehabilitation” [MeSH], “Motor Activity”[MeSH], “Exercise”[MeSH], “Exercise Movement Techniques” [MeSH], rehabilitation*, “Exercise Therapy”
- Tierkontakte: “animal-assisted therapy”, animal*
- Spezifische Nachtgestaltung: “night structure”, “night care”, night*
- Individuell geplante Toilettengänge: “Urinary Incontinence”[Mesh], toileting, “bladder training”, “urinary incontinence”, incontinence intervention
- Spezifische Berührung und Massage: “Therapeutic Touch/nursing”[Mesh], therapeutic touch, massage, reflexology, touch, shiatsu
- Aromatherapie: aromatherapy/nursing[Mesh], aroma therap*, complementary therap*, alternative therap*, essential oil*
- Basale Stimulation: “Sensory Art Therapies/nursing”[Mesh], “Physical Stimulation/ methods”[Mesh], “basal* stimulation”
- Validation: “validation therapy”, VTD, “emotion-oriented therapy”
- Snoezelen: snoezelen, multi sensory, multisensory
- Realitätsorientierende Therapie und kognitive Stimulation: “Reality Orientation” (Orientierung) und “Cognitive Stimulation” (Stimulation): reality Orientation, cognitive stimulation
- Biographieorientierte Intervention: „Erinnerungspflege“ (Reminiscence / Biographiearbeit): reminiscence, “life review”, biograph*

8. Literaturverzeichnis

Einleitung

1. Schneider J, Aichele V. Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Deutsches Institut für Menschenrechte. 2006. Online-Ressource: http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/IUS011_DIMR_S_PFLEGE_RZ_WWW_ES.pdf, Zugriff: 28.05.2009
2. Breitscheidel M. Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin, Ullstein, 2007
3. Graupner H. Die Not in den Heimen. Süddeutsche Zeitung, Nr. 161 (15. Juli 2005)

Kapitel 1: Das Leitlinienprojekt

1. Meyer G., Köpke S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg.) Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim, München, Juventa 2008: 333-349
2. Flaherty JH. Zero Tolerance for physical restraints: difficult but not impossible. J Gerontol 2004; 59A: 919-920
3. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Z Gerontol Geriat 2005; 38: 19-25
4. Köpke S, Meyer G, Haut A, Gerlach A. Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen 2008; 102: 45-53

Kapitel 2: Klärung der verwendeten Begriffe

1. BMFSFJ. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998
2. BMFSFJ. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001
3. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2007
4. BMFSFJ. Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin 2006.

Online Ressource: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/root.html>,
Zugriff: 09.10.2010

5. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 4. Bericht: Ländervergleich-Pflegeheime. Wiesbaden 2007
6. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich-Pflegebedürftige. Wiesbaden 2007

Kapitel 3: Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege

Kapitel 3.1. Definitionen und Methoden der Erhebung von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM)

1. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 19-25
2. Harenberg N. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der stationären Altenhilfe. Eine systematische Übersicht über Definitionen und Methoden der Erhebung. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Diplom Berufspädagogen der beruflichen Fachrichtung Pflegewissenschaft. Universität Bremen, Juli 2008 (unveröffentlicht, Rückfragen an Gabriele.Meyer@uni-wh.de)
3. Werner P, Cohen-Mansfield J, Braun J, Marx MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 1122-1126
4. Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 491-497
5. Hantikainen V. Physical restraint: a descriptive study in Swiss nursing homes. *Nurs Ethics* 1998; 5: 330-346
6. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns, and predictors. *JAMA* 1991; 265: 468-471
7. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009; 18: 981-990

Kapitel 3.2. Prävalenz und Inzidenz von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen

1. Ljunggren G, Phillips C, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997; 26: 43-47
2. Hamers J, Huizing A. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 19-25

3. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical Restraint in Acute and Residential Care - A Systematic Review, Adelaide, The Joanna Briggs Institute, 2002
4. De Vries O, Ligthart G, Nikolaus T, on behalf of the participants of the European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: M922-923
5. Evans L, Cotter V. Avoiding restraints in patients with dementia. *Am J Nurs* 2008; 108: 40-49
6. Castle N, Mor V. Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform act of 1987. *Med Care Res Rev* 1998; 55: 139-170
7. Pfundstein (2004). Pflege ohne Gewalt? Online-Ressource: http://www.boschstiftung.de/content/language1/downloads/02020301_16_abschlussbericht.pdf, Zugriff: 25.7.2008
8. Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. Heidelberg, C.F. Müller 2004
9. Meyer G, Köpke S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg.) Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim, München, Juventa 2008: 333-349
10. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009; 18: 981-990
11. Laurin D, Voyer P, Verreault R, Durand P. Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nursing* 2004; 3: 5
12. Mohsenian C, Verhoff M, Risse M, Heinemann A, Püschel K. Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36: 266-273
13. Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I. Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 85-94

Kapitel 3.3. Gründe für die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

1. Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 735-743

2. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2005; 34: 158-162
3. Klie T, Pfundstein, T. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In: Hoffmann B, Klie T (Hrsg.) *Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis*. Heidelberg, CF Müller 2004: 75-130
4. Kirkevold Ø, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs* 2004; 13: 902-905
5. Werner P. Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers. *J Interprof Care* 2002; 16: 59-68
6. Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs* 2007; 58: 532-540
7. Koch S. Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing* 2006; 1: 151-158
8. Hantikainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 2001; 10: 246-256
9. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics* 2006; 32: 148-152
10. Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Aust J Adv Nurs* 2005; 22: 46-52
11. Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med* 2005; 54: 80-84
12. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 19-25
13. Halek M, Bartholomeyczik S. *Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft 2006
14. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
15. Huizing AR, Hamers JPH, de Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science and Medicine* 2007; doi:10.1016/j.socscimed.2007.04.030

16. Ryden MB, Feldt KS, Oh HL, Brand K, Warne M, Weber E, Nelson J, Gross C. Relationships between aggressive behaviour in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured units. *Arch Psychiatr Nurs* 1999; 13: 170-178
17. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 342-348
18. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1348-1354
19. Schnelle JF, Simmons SF, Ory MG. Risk factors that predict staff failure to release nursing home residents from restraints. *Gerontologist* 1992; 32: 767-770
20. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ, Clark RD. Mental illness and the use of restraints in nursing homes. *Gerontologist* 1992; 32: 164-170
21. Meyer G, Köpke S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg.) *Verbundforschung in der Pflege. Optimierung, Kompetenzerweiterung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*. Weinheim, München, Juventa 2008: 333-349
22. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. *JAMA* 1991; 265: 468-471
23. Folmar S, Wilson H. Social behavior and physical restraints. *Gerontologist* 1989; 29: 650-653
24. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes (private). *Adm Policy Ment Health* 2006; 33: 696-704
25. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ. Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 811-816
26. Werner P, Cohen-Mansfield J, Braun J, Marx MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 1122-1126
27. Bostick JE. Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *J Nurs Care Qual* 2004; 19: 130-136
28. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia – impact of specialized units. *JAMA* 1991; 265: 1278-1282
29. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Initiation of physical restraint in nursing home residents following restraint reduction efforts. *Research in Nursing & Health* 1999; 22: 369-379

30. Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries B, Morris JN, Nennstiel ME. Facility and area variation affecting the use of physical restraints in nursing homes. *Medical Care* 1996; 34: 1149-1162
31. Castle NG, Fogel B, Mor V. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the nursing home reform act. *The Gerontologist* 1997; 37: 737-747
32. Sirin SR, Castle NG, Smyer M. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: the impact of the nursing home reform act. *Research on Aging* 2002; 24: 513-527
33. Retsas AP, Crabbe H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998; 35: 177-183
34. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998; 35: 184-191
35. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care* 2006; 44: 1114-1120
36. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1722-1728
37. Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 980-988
38. Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *American Journal of Critical Care* 2005; 14: 133-142
39. Mion LC, Minnick AF, Leipzig R, Catrambone CD, Johnson ME. Patient-initiated device removal in intensive care units: A national prevalence study. *Crit Care Med* 2007; 35: 2714-2720
40. Happ MB. Preventing treatment interference: The nurse's role in maintaining technologic devices. *Heart & Lung* 2000; 29: 60-69
41. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39: 30-37
42. Robbins LJ, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 290-296

43. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical Restraint in Acute and Residential Care – A Systematic Review. Adelaide, The Joanna Briggs Institute 2002
44. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P. Restraining cognitively impaired nursing home residents. *Nurs Manage* 1993; 24: 112Q-112W

Kapitel 3.4. Haltung, Einstellung und Erleben bezüglich der Anwendung von FEM

Kapitel 3.4.1. Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden

1. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1722-1728
2. Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs* 2001; 35: 784-791
3. Hennessy CH, McNeely EA, Whittington FJ, Strasser DC, Archea CK. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. *J Aging Stud* 1997; 11: 49-62
4. Weiner C, Tabak N, Bergman R. Use of Restraints on Dementia Patients: An Ethical Dilemma of a Nursing Staff in Israel. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2003; 5: 87-93
5. Michello J, Neufeld RR, Mulvihill M, Libow LS. Nursing staff attitudes on the use of physical restraints in an teaching nursing home. *Mt Sinai J Med* 1993; 60: 560-564
6. Hill J, Schirm V. Attitudes of nursing staff toward restraint use in long-term care. *J Appl Gerontol* 1996; 15: 314-324
7. Hantikainen V. Physical restraint: A descriptive study in swiss nursing homes. *Nurs Ethics* 1998; 5: 330-346
8. Scherer YK, Janelli LM, Kanski GW, Neary MA, Morth NE. The nursing dilemma of restraints. *J Gerontol Nurs* 1991; 17: 14-17
9. Karlsson S, Bucht G, Rasmussen BH, Sandman. Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *J Clin Nurs* 2000; 9: 842-850
10. Schirm V, Gray M, Peoples M. Nursing personnel's perceptions of physical restraint use in long-term care. *Clin Nurs Res* 1993; 2: 98-110
11. Hantikainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing

home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 2001; 10: 246-256

12. Hamers JPH, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 248-255.

Kapitel 3.4.2. Haltung, Einstellung und Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen

1. Cheung P.P.Y, Yam BMC Patient autonomy in physical restraint. *J Clin Nurs* 2005; 14 Suppl: 34-40
2. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemp Nurse* 2002; 13: 126-135
3. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Haltungen und Meinungen Angehöriger von Pflegeheimbewohnern zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen: eine Fragebogenerhebung. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 2009; 8: 223-227
4. Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs* 2007; 58: 532-540
5. Hardin S.B, Magee R, Vinson M.H, Owen M, Hyatt E, Stratmann D. Patient and family perceptions of restraints. *J Holist Nurs* 1993; 11: 383-397
6. Newbern V.B, Lindsey I.H. Attitudes of wives toward having their elderly husbands restrained. *Geriatr Nurs* 1994; 15: 135-141

Kapitel 3.5. (Gemeinsame) Entscheidungsfindung in der Pflege bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

1. Consensus Research Group. Perceptions of Healthcare. A Survey of Patient Organizations' Concerns. 2006. Online-Ressource: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/751/343/patient%20survey%20report.pdf>, Zugriff: 26.7.2008
2. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews Evid Based Nurs* 2008; 5: 25-35
3. Köpke S, Meyer G, Kasper J. Decisions on physical restraints and nurses' emotional distress: A multisetting questionnaire study. 60th Annual Scientific meeting of the Gerontological Society of America (GSA), 18.11.2007, San Francisco. *Gerontology* 2007; 47 (special issue 1): 304
4. Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Consequences

- of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 334-341
5. Gerst T. Arztbild der Zukunft: Eindeutiges Votum gegen die Substitution ärztlicher Tätigkeit. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: A-1176-1180
 6. Köpke S, Meyer G. Ernährung am Lebensende - PEG bei Menschen mit Demenz: Pflegende können zentrale Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen. *Pflegezeitschrift* 2005; 58: 314-317
 7. Pfundstein T. Pflege ohne Gewalt? 2004. Online-Ressource: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020301_16_abschlussbericht.pdf, Zugriff: 25.7.2008
 8. Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. C.F. Müller, Heidelberg 2004
 9. Meyer G, Köpke S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer D., Behrens J, Görres S (Hrsg.) Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Juventa, Weinheim, München 2008: 333-349
 10. Bayerischer Landespflegeausschuss. Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. 2006. Online-Ressource: <http://www.verwaltung.bayern.de/Anlage3361591/VerantwortungsvollerUmgangmitfreiheitsentziehendenManahmeninderPflege.pdf>, Zugriff: 09.10.2010
 11. Park M, Tang J. Changing the practice of physical restraint use in acute care. *J Gerontol Nurs* 2007; 33: 9-16
 12. Kirkevoold O, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs* 2004; 13: 902-905
 13. Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nurs Ethics* 2003; 10: 512-525
 14. Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R, McKenna H. The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 147-156
 15. Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs* 2001; 35: 784-791
 16. Hantikainen V, Käppeli S. Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *J Adv Nurs* 2000; 32: 1196-1205
 17. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs* 2000; 31: 362-369

18. Sullivan-Marx E. Restraint-free care: how does a nurse decide? *J Gerontol Nurs* 1996; 22: 7-14
19. Karlsson S, Bucht G, Rasmussenen B, Sandman P. Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *J Clin Nurs* 2000; 9: 842-850
20. Hantkainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 2001; 10: 246-256

Kapitel 3.6. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und (gesetzliche) Rahmenempfehlungen zu FEM

1. Castle NG. The use of physical restraints in nursing homes: pre- and post-Nursing Home Reform Act. *J Health Soc Policy* 1998; 9: 71-89
2. Graber DR, Sloane PD. Nursing home survey deficiencies for physical restraint use. *Med Care* 1995; 33: 1051-1063
3. Guttman R, Altman RD, Karlan MS. Report of the council on scientific affairs - use of restraints for patients in nursing homes. *Arch Fam Med* 1999; 8: 101-105
4. Snowden M, Roy-Byrne P. Mental illness and nursing home reform: OBRA-87 ten years later. omnibus budget reconciliation act. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 1998; 49: 229-233
5. Hofinger V, Kreissl R, Pelikan C, Pilgram A. Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege. Abschlussbericht Heimaufenthaltsgesetz. Institut für Rechts- & Kriminalsoziologie. Wien 2007. Online-Ressource: http://www.irks.at/downloads/Zur%20Implementation%20des%20HeimAufG_Endbericht.pdf, Zugriff: 23.07.2008

Kapitel 3.7. Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

1. Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 735-743
2. Hardin SB, Magee R, Vinson MH, Owen M, Hyatt E, Stratmann D. Patient and family perceptions of restraints. *J Holist Nurs* 1993; 11: 383-397
3. Vassallo M, Wilkinson C, Stockdale R, Malik N, Baker R, Allen S. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. *Gerontology* 2005; 51: 66-70
4. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical restraint in acute and residential care - A systematic review, Adelaide, The Joanna Briggs Institute 2002. Online-Ressource: http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/systematic_reviews.php, Zugriff: 29.5.2008

5. Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age Ageing* 2008; 37: 368-378
6. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 797-802
7. Pedal I. Plötzliche Todesfälle mechanisch fixierter Patienten. *Z Gerontol Geriatr* 1996; 29: 180-184
8. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs* 2003; 41: 274-282
9. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC, Gosney MA. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007; 334: 82
10. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009; 18: 981-990
11. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, Roth EA, Shekelle PG. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328: 680
12. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4: CD000340
13. Hauer K, Becker C, Lindemann U, Beyer N. Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cognitively impaired older persons: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85: 847-857
14. Kannus P, Sievanen H, Palvanen M, Jarvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet* 2005; 366: 1885-1893
15. Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD001255
16. Faber MJ, Bosscher RJ, Chin A, Paw MJ, van Wieringen PC. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87: 885-896
17. Kiel DP, Magaziner J, Zimmerman S, Ball L, Barton BA, Brown KM, Stone JP, Dewkett D, Birge SJ. Efficacy of a hip protector to prevent hip fracture in nursing home residents: the HIP PRO randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 298: 413-422
18. Ray WA, Taylor JA, Brown AK, Gideon P, Hall K, Arbogast P, Meredith S. Prevention of fall-related injuries in long-term care: a randomized controlled trial of staff education. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2293-2298

19. Sakamoto K, Nakamura T, Hagino H, Endo N, Mori S, Muto Y, Harada A, Nakano T, Itoi E, Yoshimura M, Norimatsu H, Yamamoto H, Ochi T, Committee on Osteoporosis of The Japanese Orthopaedic Association. Effects of unipedal standing balance exercise on the prevention of falls and hip fracture among clinically defined high-risk elderly individuals: a randomized controlled trial. *J Orthop Sci* 2006; 11: 467-472
20. Kerse N, Butler M, Robinson E, Todd M. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 524-531
21. Kolanowski A, Fick D, Waller JL, Ahern F. Outcomes of antipsychotic drug use in community-dwelling elders with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 2006; 20: 217-225
22. Warnke A. Prävention von Hüftgelenksfrakturen durch externen Hüftschutz. Entwicklung, Evaluation und Implementierung eines strukturierten Informationsprogramms. [zugl. Universität Hamburg, Dissertation (2001)]. Jacobs, Lage 2002
23. Kannus P, Parkkari J. Hip protectors for preventing hip fracture. *JAMA* 2007; 298: 454-455

Kapitel 4. Assessmentinstrumente

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
2. Conn D, Thorpe L. Assessment of behavioural and psychological symptoms associated with dementia. *Can J Neurol Sci.* 2007; 34: 67-71
3. Cha ES, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs* 2007; 58: 386-395
4. Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 161-167
5. Dialogzentrum Demenz. Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz. Online-Ressource: http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/file/Assessments_DZD/Assessments_DZD.pdf, Zugriff: 04.07.08
6. Auer S, Bötsch T. Erfassung von Verhaltensstörungen. In: Hampel H, Padenberg F, Möller HJ (Hrsg.). *Alzheimer Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2003: 149-173
7. Brooker D. Dementia care mapping: A review of the research literature. *Gerontologist* 2005; 45 (special issue 1): 11-18

8. Sloane PD, Brooker D, Cohen L, Douglass C, Edelman P, Fulton BR, Jarrott S, Kasayka R, Kuhn D, Preisser JS, Williams CS, Zimmerman S. Dementia care mapping as a research tool. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 580-589
9. Becker S, Kruse A, Schröder J, Seidl U. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I. L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. *Z Gerontol Geriat* 2005; 38: 1-14
10. Kovach C, Logan BR, Noonan PE, Schlidt AM, Smerz J, Simpson M, Wells T. Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behaviour of nursing home residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006; 21: 147-155
11. Fischer T, Spahn C, Kovach C. Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die Serial Trial Intervention (STI). *Pflegezeitschrift* 2007; 60: 370-373

Kapitel 5. Rechtliche Rahmenbedingungen

1. Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. Heidelberg, C.F. Müller 2004
2. Schumacher C. Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischer Betreuung gebrechlicher Menschen. *Bundesanzeiger*, Stuttgart 1997
3. Marschner R. Freiheitsentziehung und Unterbringung. 4. Aufl. München, C.H. Beck 2001
4. Projektgruppe ReduFix: ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Hannover, Vincentz 2007
5. Henke F. Fixierungen in der Pflege, Rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung. Stuttgart, Kohlhammer 2005
6. Deinert H. Recht der psychisch Kranken. 2. Aufl. *Bundesanzeiger*, Bonn 2006
7. Klie T. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 8. Aufl., Hannover, Vincentz 2007
8. Bauer A, Klie T (Hg). Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht. LsBIS Heidelberg, Stand 2/2009 (zit: Bearb: HK-BUR)
9. Klie T. Recht auf Verwirrtheit, Einführung in das Betreuungsrecht für die Altenpflege. Hannover, Vincentz 1994
10. Bieback KJ. Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht. Heidelberg, C.F. Müller 2004
11. Klie T, Krahrmer U. Lehr- und Praxiskommentar SGB XI 3. Aufl., Baden-Baden, Nomos 2008 (zit.: Bearb. LPK SGB XI)

12. Klie T. Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen und die Debatte um die „Aufsichtspflicht“ *Pflegerecht* 2008; 12: 366-374

Kapitel 6. Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kapitel 6.1. Empfehlung - Schulungsprogramme

1. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical Restraint in Acute and Residential Care. A Systematic Review. Adelaide, The Joanna Briggs Institute 2002
2. Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs* 2002; 40: 616-625
3. Koczy P, Klie T, Kron M, Bredthauer D, Rissmann U, Branitzki S, Guerra V, Klein A, Pfundstein T, Nikolaus T, Sander S, Becker C. Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 33-39
4. Ejaz FK, Folmar SJ, Kaufmann M, Rose MS, Goldman B. Restraint reduction: can it be achieved? *Gerontologist* 1994; 34: 694-699
5. Levine JM, Marchello V, Totolos E. Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 914-918
6. Kramer J. Reducing restraint use in a nursing home. *Clin Nurse Spec* 1994; 8: 158-162
7. Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 675-681
8. Bradley L, Siddique CM, Dufton B. Reducing the use of physical restraints in long-term care facilities. *J Gerontol Nurs* 1995; 21: 21-34
9. Dunbar JM, Neufeld RR, Libow LS, Cohen CE, Foley WJ. Taking charge. The role of nursing administrators in removing restraints. *J Nurs Adm* 1997; 27: 42-48
10. Mason R, O'Connor M, Kemble S. Untying the elderly: response to quality of life issues. *Geriatr Nurs* 1995; 16: 68-72
11. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1202-1207
12. Shadlen F. Reducing restraint for dementia patients in long term care. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: A5

13. Si M, Neufeld RR, Dunbar J. Removal of bedrails on a short-term nursing home rehabilitation unit. *Gerontologist* 1999; 39: 611-614
14. Strumpf NE, Evans LK, Wagner J, Patterson J. Reducing physical restraints: developing an educational program. *J Gerontol Nurs* 1992; 18: 21-27
15. Sundel M, Garrett RM, Horn RD. Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 381-387
16. Werner P, Cohen-Mansfield J, Koroknay V, Braun J. The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents. *Geriatr Nurs* 1994; 15: 142-146
17. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 587-590
18. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A Cluster-Randomized Trial. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 459-469

Kapitel 6.2. Empfehlung - Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

1. Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H, Jantzen B, Schumacher P. Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. 2004 http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/besondere-station_C3_A4re-dementenbetreuung,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf, Zugriff: 04.03.2008
2. Gerdner LA, Beck CK. Statewide survey to compare services provided for residents with dementia in special care units and non-special-care units. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001; 16: 289-296
3. Gruneir A, Lapane KL, Miller SC, Mor V. Is dementia special care really special? A new look at an old question. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 199-205
4. Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD006470
5. Bianchetti A, Benvenuti P, Ghisla KM, Frisoni GB, Trabuchhi M. An Italian model of dementia special care unit: results of a pilot study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11: 53-56
6. Buchanan RJ, Choi M, Wang S, Ju H, Graber D. Nursing home residents with Alzheimer's disease in special care units compared to other residents with Alzheimer's disease. *Dementia* 2005; 4: 249-267
7. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *Am J Public Health* 2000; 90: 92-96

8. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia. Impact of specialized units. *JAMA* 1991; 265: 1278-1282
9. Thomas DW. A case study on the effects of a retrofitted dementia special care unit on resident behaviors. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1996; 11: 8-14

Kapitel 6.3. Empfehlung - Personenzentrierte Pflege

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource:
http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
2. Matthews BA, Farrell GA, Blackmore AM. Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *J Adv Nurs* 1996; 24: 439-447
3. Epp TD. Person-centered dementia care: A vision to be refined. *Canadian Alzheimer Disease Review* 2003; 4: 14-18
4. Welling K. Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood– ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. *Unterricht Pflege* 2004; 5: 2-10

Kapitel 6.4. Empfehlung - Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

1. Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *Gerontologist* 2000; 40: 397-416
2. Low LF, Draper B, Brodaty H. The relationship between self-destructive behaviour and nursing home environment. *Aging Ment Health* 2004; 8: 29-33
3. Cohen-Mansfield J, Werner P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist* 1998; 38: 199-208
4. Grant LA, Sommers AR. Adapting living environments for persons with Alzheimer's disease. *Geriatrics* 1998; 53: 61-65
5. Heath Y. Evaluating the effect of therapeutic gardens. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2004; 19: 239-242
6. Rule BG, Milke DL, Dobbs AR. Design of institutions: cognitive functioning and social interactions of the aged resident. *J Appl Gerontol* 1992; 11: 475-488

7. Schwarz B, Chaudhury H, Tofle RB. Effect of design interventions on a dementia care setting. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2004; 19: 172-176
8. Detweiler MB, Murphy PF, Myers LC, Kim KY. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008; 23: 31-45
9. Yao L, Algase D. Environmental ambiance as a new window on wandering. *West J Nurs Res* 2006; 28: 89-104
10. Mooney P, Nicell PL. The importance of exterior environment for Alzheimer residents: effective care and risk management. *Healthc Manage Forum* 1992; 5: 23-29
11. Dickinson JL, McLain-Kark J, Marshall-Baker A. The effects of visual barriers on exiting behaviour in a dementia care unit. *Gerontologist* 1995; 35: 127-130
12. Elmstahl S, Annerstedt L, Ahlund O. How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11: 47-52
13. Zeisel J, Silverstem NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W. Environmental correlates to behavioural health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist* 2003; 43: 697-711
14. Marquardt G. Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur – Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. 2006, Dissertation, Fakultät Architektur der Technischen Universität Dresden. http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=985850043&dok_var=d1&dok_ext=pdf&file-name=985850043.pdf, Zugriff: 09.10.2010

Kapitel 6.5. Empfehlung - Signalsysteme

1. Mollenkopf H, Schakib-Ekbatan K, Oswald F, Langer L. Technische Unterstützung zur Erhaltung von Lebensqualität im Wohnbereich bei Demenz. 2005. DZFA, Heidelberg. <http://www.dzfa.uni-heidelberg.de/pdf/Forschungsberichte/fb19.pdf>, Zugriff 16.05.08
2. O'Neill DJ. Electronic tagging of people with dementia. Tagging should be reserved for babies, convicted criminals, and animals. *BMJ* 2003; 326: 281
3. Robinson L, Hutchings D, Corner L, Beyer F, Dickinson H, Vanoli A, Finch T, Hughes J, Ballard C, May C, Bond J. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technol Assess* 2006; 10 (26):iii, ix-108
4. Kelly EK, Phillips CL, Cain KC, Polissar NL, Kelly PB. Evaluation of a non-intrusive monitor to reduce falls in nursing home patients. *J AM Med Dir Assoc*

2002; 3: 377-382

5. Siders C, Nelson A, Brown LM, Joseph I, Algase D, Beattie E, Verbosky-Cadena S. Evidence for implementing non-pharmacological interventions for wandering. *Rehabil Nurs* 2004; 29: 195-206
6. Miskelly F. A novel system of electronic tagging in patients with dementia and wandering. *Age Ageing* 2004; 33: 304-306
7. Miskelly F. Electronic tracking of patients with dementia and wandering using mobile phone technology. *Age Ageing* 2005; 34: 497-499
8. Welsh S, Hassiotis A, O'Mahoney G, Deahl M. Big brother is watching you - the ethical implications of electronic surveillance measures in the elderly with dementia and in adults with learning difficulties. *Aging Ment Health* 2003; 7: 372-375
9. Alzheimer's society. Safer walking technology. 2007
http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?categoryID=200167&documentID=579&pageNumber=1, Zugriff: 09.10.2010
10. Alzheimer's society. Electronic tagging. 2004
http://alzheimers.org.uk/site/scripts/news_article.php?newsID=239, Zugriff: 09.10.2010
11. Tolmein O, Freiheit oder Sicherheit. Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz. *Dr. med. Mabuse* 2008; 172: 51

Kapitel 6.6. Empfehlung - Spezifische Beschäftigungsprogramme

1. Kolanowski AM, Litaker M, Buettner L. Efficacy of Theory-Based Activities for behavioral Symptoms of Dementia. *Nurs Res* 2005; 54: 219-228
2. Volicer L, Simard J, Pupa JH, Medrek R, Riordan ME. Effects of Continuous Activity Programming on Behavioral Symptoms of Dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: 426-431
3. Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uriri JT, O'Sullivan P, Walls R, Phillips R, Baldwin B. Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nurs Res* 2002; 51: 219-228
4. Martichuski DK, Bell PA, Bradshaw B. Including small group activities in large special care units. *J Appl Gerontol* 1996; 15: 224

Kapitel 6.7. Empfehlung - Aktive und passive Musikinterventionen

1. Janelli LM, Kanski GW, Bill Wu YW. Individualized music-a different approach to the restraint issue. *Rehabil Nurs* 2002; 27: 221-226
2. Janelli LM, Kanski, GW, Wu YW. The influence of individualized music on patients in physical restraints: a pilot study. *J N Y State Nurses Assoc* 2004;

- 35: 22-27
3. Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, Corner L, Beyer F, Finch T, Hughes J, Vanoli A, Ballard C, Bond J. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia- a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 9-22
 4. Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJ. Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD003477
 5. Clark ME, Lipe AW, Billbrey M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs* 1998; 24: 10-17
 6. Gerdner LA. Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 49-65
 7. Groene RW. Effectiveness of Music Therapy 1:1 Intervention with Individuals having senile Dementia of the Alzheimer's Type. *J Music Ther* 1993; 3: 138-157
 8. Sung HC, Chang AM, Abbey J. The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 999-1000
 9. Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nurs Res* 2002; 51: 317-323
 10. Schmitt B, Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen- eine systematische Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 2007; 75: 699-707
 11. Sung HC, Chang AM. Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005; 14: 1133-1140
 12. Sherratt K, Thornton A, Hatton C. Music interventions for people with dementia: a review of the literature. *Aging Ment Health* 2004; 8: 3-12
 13. Ledger AJ, Baker FA. An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging Ment Health* 2007; 11: 330-338
 14. Sung HC, Chang SM, Lee WL, Lee, MS. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complement Ther Med* 2006; 14: 113-119
 15. Garland K, Beer E, Eppingstall B, O'Connor DW. A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 514-521

Kapitel 6.8. Empfehlung - Tierkontakte

1. Braun MM, McCabe BW. Companion animals and persons with dementia of the Alzheimer's type: therapeutic possibilities. *Am Behav Sci* 2003; 47: 94-99
2. Guay DRP. Pet-assisted therapy in the nursing home setting: Potential for zoonosis. *Am J Infect Control* 2001; 29: 178-186
3. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2006; 18: 597-611

**Kapitel 6.9. Empfehlung - Spezielle Pflege-Qualifikationen
(Advanced Nursing Practice etc.)**

1. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. *Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland.* Berlin 2007
2. Schober M, Affara F.A. *International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice.* Oxford, Blackwell 2006
3. Sachs M. *Advanced Nursing Practice - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden.* *Pflege & Gesellschaft* 2007; 12: 101-117
4. Ruiz BA, Tabloski PA, Frazier SM. The role of gerontological advanced practice nurses in geriatric care. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1061-1064
5. Mezey M et al. Experts recommend strategies for strengthening the use of advanced practice nurses in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1790-1797
6. Kennedy-Malone L, Penny J, Fleming ME. Clinical practice characteristics of gerontological nurse practitioners: a national study. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20: 17-27
7. Chapman DG, Toseland RW. Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia. *Soc Work* 2007; 52: 321-329
8. Eisch JS, Brozovic B, Colling K, Wold K. Nurse practitioner geropsychiatric consultation service to nursing homes. *Geriatr Nurs* 2000; 21: 150-155
9. Bourbonniere M, Evans LK. Advanced practice nursing in the care of frail older adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 2062-2076
10. Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 334-341

Kapitel 6.10. Empfehlung - Spezielle Wohnkonzepte

1. Elmstahl S, Annerstedt L, Ahlund O. How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11: 47-52
2. Dühning A. Macht das "Setting" den Unterschied? Saarbrücken, VDM Verlag Dr. Müller 2007
3. Kremer-Preiß U, Stolarz H. Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse – Zwischenbericht des Projektes "Leben und Wohnen im Alter" – KDA, Köln 2003. Online-Ressource: http://www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_349_1.PDF, Zugriff 26.05.2008
4. Annerstedt L. An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging (Milano)* 1994; 6: 372-380
5. Wimo A, Adolfsson R, Sandman PO. Care for demented patients in different living conditions. Effects on cognitive function, ADL-capacity and behaviour. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 205-210

Kapitel 6.11. Empfehlung - Milieuthherapie

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publication-File.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
2. Dinand C. Milieuthherapie, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, eine Literaturanalyse. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Witten/Herdecke, 2002
3. Heeg S et al. Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieuthherapie – Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEAMS) – Stuttgart. 2004. Online-Ressource: http://www.demenz-support.de/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf, Zugriff: 09.10.2010

Kapitel 6.12. Empfehlung - Optische / visuelle Barrieren

1. Namazi KH, Rosner TT, Calkins MP. Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. *Gerontologist* 1989; 29: 699-702
2. Dickinson JI, McLain-Kark J, Marshall-Baker A. The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *Gerontologist* 1995; 35: 127-130

3. Feliciano L, Vore J, LeBlanc L, Baker JC. Decreasing entry into a restricted area using a visual barrier. *J Appl Behav Anal* 2004; 37: 107-110
4. Hussian RA, Brown DC. Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients. *J Gerontol* 1987; 42: 558-560
5. Chafetz PK. Two-dimensional grid is ineffective against demented patients' exiting through glass doors. *Psychol Aging* 1990; 5: 146-147
6. Price J D., Hermans DG, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001932
7. Hewawasam L. Floor patterns limit wandering of people with Alzheimer's. *Nurs Times* 1996; 92: 41-44
8. Mayer R, Darby SJ. Does a mirror deter wandering in demented older people? *Int J Geriatr Psychiatry* 1991; 6: 607-609
9. Dickinson JI, McLain-Kark J. Wandering behavior and attempted exits among residents diagnosed with dementia-related illnesses: a qualitative approach. *J Women Aging* 1998; 10: 23-34
10. Gwyther LP. Visual Barriers to prevent ambulatory Alzheimers patients from exiting through an emergency door. *Gerontologist* 1989; 29: 699-702

Kapitel 6.13. Empfehlung - Geriatrisch rehabilitative Maßnahmen

1. Pavlik J, Gemkow A, Bienstein C, Bartholomeyczik S, Löhken-Mehring G, Monheim U. Bericht der Arbeitsgruppe "Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Alter - Aufgabe der Pflege" 2004. http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_IV.1/EK/EKALT/13_EK3/AG-Berichte/AG_Bericht_Reha_Praev.pdf, Zugriff: 12.03.2008
2. Chandler JM, Hadley EC. Exercise to improve physiologic and functional performance in old age. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 761-784
3. Kruse A. Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Bd. 146. Nomos Verlagsgesellschaft Baden Baden, 2002
4. Faber MJ, Bosscher RJ, Chin A, Paw MJ, van Wieringen PC. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87: 885-896
5. Sakamoto K, Nakamura T, Hagino H, Endo N, Mori S, Muto Y, Harada A, Nakano T, Itoi E, Yoshimura M, Norimatsu H, Yamamoto H, Ochi T, Committee on Osteoporosis of The Japanese Orthopaedic Association. Effects of unipedal standing balance exercise on the prevention of falls and hip fracture among clinically defined high-risk elderly individuals: a randomized controlled trial. *J Orthop Sci* 2006; 11: 467-472

6. Hauer K, Becker C, Lindemann U, Beyer N. Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cognitively impaired older persons: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85: 847-857
7. Morris JN, Fiatarone M, Kiely DK, Belleville-Taylor P, Murphy K, Littlehale S, Ooi WL, O'Neill E, Doyle N. Nursing rehabilitation and exercise strategies in the nursing home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54: M494-500
8. Schnelle JF, MacRae PG, Giacobassi K, MacRae HS, Simmons SF, Ouslander JG. Exercise with physically restrained nursing home residents: maximizing benefits of restraint reduction. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 507-512
9. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 1694-1704
10. Siders C, Nelson A, Brown L.M, Joseph I, Algase D, Beattie E, Verbosky-Cadena S. Evidence for implementing nonpharmacological interventions for wandering. *Rehabil Nurs* 2004; 29: 195-206
11. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Riviere D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 158-165
12. Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, Al-Samarrai NR, Cruise PA. A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 784-791
13. Forster A, Bailey J, Smith J, Young J, Green J, Burns E. Rehabilitation for older people in long term care (Protocol) 2003. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: CD004294
14. Forbes D, Forbes S, Markle-Reid M, Morgan D, Taylor B, Wood J. Physical activity programs for persons with dementia (Protocol); 2007. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD006489

Kapitel 6.14. Empfehlung - Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.templateId=raw,property=publication-File.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010

Kapitel 6.15. Empfehlung - Individuell geplante Toilettengänge

1. Yap P, Tan D. Urinary incontinence in dementia. A practical approach. *Aust Fam Physician* 2006; 35: 237-241
2. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and Fecal Incontinence in Nursing Homes. *Gastroenterology* 2004; 126: 41-47
3. Nelson RL, Furner SE. Risk factors for the development of fecal and urinary incontinence in Wisconsin nursing home residents. *Maturitas* 2005; 52: 26-31
4. Füsgen I. [Hrsg.]. *Zukunftsforum Demenz. Tabuthemen beim dementen Patienten*. 22. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. 2006; Band 18 http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/doku_18_innen.pdf, Zugriff: 21.05.08

Kapitel 6.16. Empfehlung - Spezifische Berührung und Massage

1. Viggo Hansen N, Jørgensen T, Ørtenblad L. Massage and touch for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD004989
2. Krieger D, Kronenberger I. *Therapeutic Touch: Die Heilkraft unserer Hände*. Stuttgart, Lüchow, 2004
3. European Therapeutic Touch Institute. <http://www.ttouch.at>, Zugriff: 01.07.2008
4. Bharani N, Snowdon M. Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 985-1005
5. Bush E. The use of human touch to improve the well-being of older adults. *J Hol Nurs* 2001; 19: 256-270
6. Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nurs Res* 2002; 51: 317-323
7. Woods D, Craven R, Whitney J. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Altern Ther Health Med* 2005; 11: 66-74
8. Yang MH, Wu SC, Lin JG, Lin LC. The efficacy of acupressure for decreasing agitated behaviour in dementia: a pilot study. *J Clin Nurs* 2007; 16: 308-315

Kapitel 6.17. Empfehlung - Aromatherapie

1. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, 3: CD003150
2. Ballard C, O'Brien J, Reichelt K, Perry E. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 553-558
3. Snow L, Hovanec L, Brandt J. A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *J Alt Compl Med* 2004; 10: 431-437

Kapitel 6.18. Empfehlung - Basale Stimulation®

1. Nydahl P, Bartoszek G. Basale Stimulation - Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4. Auflage, Wiesbaden, Ullstein & Mosby 2003
2. Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf, Verlag selbstbestimmtes Leben 2000
3. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publication-File.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010

Kapitel 6.19. Empfehlung - Validation

1. Meyer G, Köpke S. Betreuungsphilosophie oder mehr? Validationstherapie zur Betreuung bei Demenz. Pflegezeitschrift 2005; 58: 301-303
2. Feil N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia". Baltimore, Health Promotion Press 1993
3. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publication-File.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
4. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev 2003; 3: CD001394
5. Verkaik R, van Weert J, Francke A. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20: 301-314
6. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2005; 162: 1996-2021
7. Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, Viscomi G, Vulcano V. Validation therapy (VT) in nursing home: a case-control study. Arch Gerontol Geriatr 2007; 44 (Suppl 1): 407-411
8. Deponte A & Missan R. Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. Arch Geront Geriatrics 2007; 44: 113-117

9. Finnema E, Dröes R, Ettema T, Ooms M, Adèr H, Ribbe M, van Tilburg W. The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 330-343

Kapitel 6.20. Empfehlung - Snoezelen

1. Reuschenbach B, Mallau A. Snoezelen bei Demenz: Disco im Altenheim oder sinnvolles therapeutisches Angebot? *Pflegezeitschrift* 2005; 58: 304-308
2. Chung J, Lai C. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 4: CD003152
3. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchtturmprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publication-File.pdf/Demenz_Leuchtturmprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
4. Deutsche Snoezelen-Stiftung: Definition Snoezelen. Online-Ressource: <http://www.snoezelen-stiftung.de/definition.html>, Zugriff: 03.03.2008
5. van Weert JC, Kerkstra A, van Dulmen AM, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 397-409
6. Verkaik R, van Weert J, Francke A. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 301-314
7. Bharani N, Snowden M. Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 985-1005
8. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos C. Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1996-2021
9. Van Weert J. Behavioural and mood effects of Snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 24-33
10. van Weert J, van Dulmen A, Spreeuwenberg P, Ribbe M, Bensing J. Effects of Snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nursing-patient communication during morning care. *Pat Edu Counselling* 2005; 58: 316-326

Kapitel 6.21. Empfehlung - Realitätsorientierende Therapie und kognitive Stimulation

1. Woods B, Spector A, Prendergast L, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4: CD005562
2. Spector A, Woods B, Orrell M. Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist* 2000; 40: 206-212
3. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die nicht-medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit (2000). Online-Ressource: <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet06.pdf>, Zugriff: 21.07.2008
4. Verkaik R, van Weert J, Francke A. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 301-314
5. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos C. Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1996-2021
6. Orrell M, Spector A, Thorgrimsen L, Woods B. A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 446-451
7. McGilton K, Rivera T, Dawson P. Can we help persons with dementia find their way in a new environment? *Aging Ment Health* 2003; 7: 363-371

Kapitel 6.22. Empfehlung - Biographieorientierte Interventionen

1. Böhm E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Bd. 1. Grundlagen, Wien, Maudrich 2001
2. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
3. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD001120
4. Verkaik R, van Weert J, Francke A. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 301-314

5. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos C. Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1996-2021
6. Namazi K, Haynes S. Sensory stimuli reminiscence for patients with Alzheimer's disease: relevance and implications. *Clin Gerontol* 1994; 14: 29-46
7. Ito T, Meguro K, Akanuma K, Ishii H, Mori E. A randomized controlled trial of the group reminiscence approach in patients with vascular dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 24: 48-54
8. Deponte A, Missan R. Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. *Arch Geron Geriatrics* 2007; 44: 113-117

Kapitel 6.23. Empfehlung - Spezifische helle Beleuchtung

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource:
http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Demenz__Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, Zugriff: 09.10.2010
2. Riemersma-van der Lek RF, Swaab DF, Twisk J, Hol EM, Hoogendijk WJ, Van Someren EJ. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299: 2642-2655

Kapitel 6.24. Empfehlung - Lichttherapie

1. Forbes D, Morgan DG, Bangma J, Peacock S, Adamson J. Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD003946
2. Lovell BB, Ancoli-Israel S, Gevirtz R. Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Res* 1995; 57: 7-12
3. Lyketsos CG, Lindell Veiel L, Baker A, Steele C. A randomized controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 520-525
4. Skjerve A, Bjorvatn B, Holsten F. Light therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 516-522

9. Glossar

Advanced Nursing Practice

Bezeichnet eine höhere Ebene der Pfl ege t ä t i g k e i t, die sich von der einer Allgemeinpflegekraft unterscheidet und eine ausgeprägte Reflexionsfähigkeit erfordert, sowie die Fähigkeit, komplexe Entscheidungen zu treffen und mit einem hohen Maß an Verantwortung verbunden ist. Eine Advanced Practice Nurse ist eine examinierte Pfl ege k r a f t, die sich Spezialwissen in einem bestimmten Fachgebiet angeeignet hat.

Agitation

Agitation wird als unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivität definiert, die aus den Bedürfnissen oder der Verwirrtheit von Betroffenen resultiert.

Controlled Clinical Trial (CCT), Kontrollierte Klinische Studie

Studie, in der eine Interventionsgruppe unter kontrollierten Bedingungen untersucht wird.

Cross-Over-Design (Cross-Over-Studie, COS)

In Cross-over-Studien wird die Wirksamkeit zweier Behandlungsformen verglichen, indem diese zeitlich versetzt den gleichen Probanden verabreicht werden. Die typische Cross-over-Studie hat mindestens zwei Studienphasen. In der ersten Studienphase erhalten die Probanden des ersten Studienarmes zunächst Therapie A, die Probanden des zweiten Studienarmes Therapie B. Nach einer definierten Behandlungsdauer wird zur 2. Studienphase gewechselt: Studienarm eins erhält nun Therapie B und Studienarm zwei Therapie A.

Cluster

Als Cluster bezeichnet man Untersuchungseinheiten, also definierte Gruppen von Individuen, z.B. Heime oder Stationen jedoch nicht einzelne Patienten.

Cluster-Randomisierung

Bei der Cluster-Randomisierung werden definierte Gruppen von Individuen (z.B. Heime oder Stationen, nicht einzelne Patienten) nach einem Zufallsverfahren auf die Therapie- bzw. Kontrollgruppe verteilt.

Compliance

Bereitschaft von Personen, an diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen.

Deskriptives Design

Beschreibende Forschung mit dem Ziel Phänomene, Verhaltensweisen, Ist-Zustände etc. möglichst vollständig zu beschreiben und zu analysieren, um zu neuen Erkenntnissen zu kommen.

Ethnographie

Eine spezielle Form der qualitativen Forschung, deren zentrales Anliegen es ist, die Lebenswelt anderer Menschen aus deren Sichtweise zu verstehen und das Spezifische, (Kultur-) Typische, das diese Lebenswelt ausmacht, zu erkennen.

Evidenz

Der Begriff „Evidenz“ im Kontext der Evidenzbasierten Medizin und Pflege leitet sich vom englischen Wort „evidence“ = Nachweis, Beweis ab und bezieht sich auf die Informationen aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Evidenztabelle

Darunter versteht man eine Tabelle, in der die Ergebnisse aller relevanten Studien in Bezug auf einen Endpunkt zusammengefasst sind.

2x2 faktorielles Design

Spezielles Forschungsdesign, bei dem zwei Eigenschaften, Behandlungen oder Ereignisse unabhängig voneinander in derselben Studie variiert werden (z.B. der Einsatz von Licht und Melantonin zur Reduktion von herausforderndem Verhalten).

Fall-Kontroll-Studie

Retrospektive Beobachtungsstudie, bei der eine Gruppe von Personen mit einer Zielerkrankung („Fälle“) und eine Gruppe von Personen ohne die Erkrankung („Kontrollen“) in Bezug auf das Vorhandensein von Risikofaktoren verglichen werden.

Heterogenität

Heterogenität bedeutet Verschiedenartigkeit oder Ungleichartigkeit.

Intervention

In klinischen Studien Bezeichnung für die Maßnahme, deren Wirksamkeit untersucht werden soll.

Interventionsgruppe

Der Anteil an der Studienpopulation (in einer kontrollierten Interventionsstudie), der die zu untersuchende Behandlung bzw. Intervention erhält.

Forschungsdesign

Die Untersuchungsanordnung, die das Vorgehen bei einer Forschungsarbeit bestimmt. Der Begriff Design ist als Oberbegriff für Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu verstehen.

Inzidenz

Inzidenz beschreibt die in einem bestimmten Zeitraum neu aufgetretene Anzahl von z.B. FEM oder Krankheitsfällen in einer definierten Population.

Item

Der kleinste Bestandteil eines Untersuchungsinstrumentes, z.B. eine Frage in einem Fragebogen.

Kohorte

Eine Gruppe von Menschen mit definierten Charakteristika (z.B. Gesundheitszustand, Alter), die in klinischen oder epidemiologischen Studien beobachtet werden (siehe Kohortenstudie).

Kohortenstudie

Vergleichende Beobachtungsstudie, in der Personen (Kohorte) mit bzw. ohne eine Intervention über einen definierten Zeitraum beobachtet werden, um Unterschiede im Auftreten der Zielerkrankung festzustellen. Kohortenstudien können prospektiv oder retrospektiv durchgeführt werden (siehe prospektiv bzw. retrospektiv).

Konfidenzintervall (KI)

Ein Intervall, in dem mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist 95%) der gesuchte wahre Wert liegt. Da die Breite des Konfidenzintervalls stark von der Anzahl der Studienteilnehmerinnen abhängt, kann man mit zunehmender Stichprobengröße ein kleineres Konfidenzintervall und somit eine bessere Eingrenzung des gesuchten wahren Wertes erreichen (Synonym: Vertrauensbereich).

Kontrollgruppe

Eine Gruppe von Personen in einer Studie, die die Standardbehandlung erhält, ohne einer Intervention ausgesetzt zu sein.

Korrelation

Beschreibt den statistischen Zusammenhang zwischen zwei Variablen (z.B. zwischen aggressivem Verhalten und der Anwendung von FEM). Daraus lässt sich jedoch nicht in jedem Fall eine Ursache-Wirkungs-Beziehung ableiten.

Korrelationsstudie (KS)

Eine Studie, bei der man die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen untersucht, ohne dass dabei eine der Variablen verändert wird. Aufgrund dieses Designs können zwar statistische Zusammenhänge festgestellt werden, jedoch keine Aussagen über kausale Beziehungen gemacht werden (siehe Korrelation).

Längsschnittstudie (longitudinal study)

Ein Forschungsdesign, bei dem die Datenerhebung zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten erfolgt und jeweils mit denselben Methoden durchgeführt wird.

Meta-Analyse

Ein Verfahren, bei dem die Ergebnisse verschiedener quantitativer Untersuchungen zum selben Thema statistisch zusammengefasst werden. Ziel ist es, einen Überblick über den aktuellen Stand zu einem Thema zu bekommen.

Minimum Data Set (MDS)

Das MDS ist ein Dokumentationsbogen, mit dem die Ergebnisse einer Informationserhebung zur Situation von Bewohnerinnen festgehalten werden. Inhaltlich werden z.B. Stammdaten, Informationen zum Gesundheitszustand sowie Daten zur kognitiven und psychosozialen Situation erfasst.

Morbidität

Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (Erkrankungsrate).

Mortalität

Verhältnis zwischen den Verstorbenen pro Jahr in Bezug auf die Gesamtbevölkerung (Sterberate).

Nicht-randomisiert-kontrollierte Studie (nRCT)

Eine Studie, bei der die Patienten nicht nach einem Zufallsverfahren auf die Interventions- bzw. die Kontrollgruppe verteilt wurden.

Odds (Chance)

Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Risikogruppe ein gesundheitsbezogenes Ereignis eintritt, im Verhältnis zu der Wahrscheinlichkeit, dass es nicht eintritt.

Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis)

Odds Ratio (Chancenverhältnis) bezeichnet das Verhältnis zweier Odds für ein bestimmtes Ereignis. So z.B. die Odds für eine Pflegeheimbewohnerin mit Demenz, eine FEM zu erhalten zu der Odds für eine Bewohnerin ohne Demenz, eine FEM zu erhalten.

Paternalistisch

Z.B. einen Menschen bevormunden.

Prävalenz

Prävalenz beschreibt die Häufigkeit von FEM zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Prädiktor

Unter einem Prädiktor versteht man eine zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variable. Prädiktabel bedeutet, dass etwas durch wissenschaftliche Verallgemeinerung vorhersagbar ist.

Prospektiv

Auf das Zukünftige gerichtet; vorausschauend.

Prospektive Studie

Die Bezeichnung für eine Untersuchung, bei der man in die Zukunft gerichtet nach einer Wirkung oder dem Auftreten einer Verhaltensweise sucht.

Psychotrope Medikamente

Medikamente, die auf die Psyche einwirken.

Quasi-experimentell (Quasi-Experiment)

Ein Forschungsdesign, mit experimentellem Aufbau, dem jedoch ein oder mehrere für ein klassisches Experiment charakteristische Merkmale, wie z.B. die Randomisierung, fehlen.

Querschnittstudie (cross-sectional study)

Ein Untersuchungsdesign, bei dem die Daten einmalig- meist zu einem bestimmten Zeitpunkt- in einer Stichprobe gesammelt werden.

Randomisierung

Verfahren, das eine zufällige Verteilung der Bewohnerinnen auf eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe bewirkt.

Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT)

Eine experimentelle Studie, bei der die Bewohnerinnen nach einem Zufallsverfahren (mit verdeckter Zuordnung) auf die Interventions- bzw. die Kontrollgruppe verteilt und auf das Auftreten der festgelegten Endpunkte in den einzelnen Gruppen nachbeobachtet werden.

Rate Ratio

Das Verhältnis zweier Ereignisraten zueinander.

Relatives Risiko (RR)

Das relative Risiko in einer Interventionsstudie bezeichnet das Verhältnis zwischen dem Risiko in der Interventionsgruppe und dem Risiko in der Kontrollgruppe.

Reliabilität

Reliabilität drückt die Zuverlässigkeit einer Studie aus und gibt somit Antwort auf die Frage, ob eine Wiederholung der Studie die gleichen Ergebnisse liefern würde.

Retrospektiv

Zurückschauend, rückblickend.

Retrospektive Studie

Die Bezeichnung für eine Untersuchung, bei der man zeitlich rückwärtsgerichtet nach einer Ursache oder einem Einfluss sucht.

Signifikanz

Sind die Daten einer Studie von reinen Zufallswerten abweichend, so sind die Ergebnisse signifikant, das heißt von Bedeutung und wahrscheinlich auf die Intervention zurückzuführen.

Validität

Gültigkeit bzw. Generalisierbarkeit einer Studie. Die Validität liefert eine Antwort auf die Frage, ob die Studie wirklich das misst, was sie messen soll, und ob die Ergebnisse auch auf die Population außerhalb der Stichprobe übertragbar sind.

Verblindung

Geheimhaltung der Gruppenzuordnung (Intervention oder Kontrolle) vor Bewohnerinnen, Studienärzten, Pflegepersonal und Auswertern, die an einer Studie teilnehmen.

Vorher- Nachher-Studie

Teilnehmer werden vor und nach einer Intervention untersucht, es existiert keine Kontrollgruppe.

Zirkadian

Zirkadian bedeutet 24 Stunden dauernd oder umfassend.