

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz

Bachelor-Arbeit

Vorgelegt von: Julia Magdalena Kwiek

████████████████████

██

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Petra Weber

Zweite Prüfende: Frau Walburger Feldhaus

Abgabetermin: 01.06.2014

*„Wer die Freiheit aufgibt, um Sicherheit zu gewinnen, wird am Ende beides verlieren“
(Benjamin Franklin 1706-1790)*

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
IdA	Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem
MmD	Menschen mit Demenz
NDB-Model	Need-Driven-Dementia-Compromised Behaviour Model
StGB	Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland
SCU	Special Care Units

Inhalt

1 Einleitung	1
2 Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz	4
2.1 Definition freiheitsentziehender Maßnahmen	4
2.2 Rechtlicher Hintergrund	6
2.2 Epidemiologie.....	8
3 Gründe und Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Menschen mit Demenz.....	10
3.1 Sturzrisiko bei Menschen mit Demenz.....	10
3.2 Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz	11
3.3 Negative Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen	12
3.4 Personelle- und institutionelle Einflüsse auf freiheitsentziehende Maßnahmen	14
4 Entwicklung pflegerischen Handelns	16
4.1 Herausforderndes Verhalten verstehen.....	16
4.2 Fallbesprechungen	20
4.3 Schulungen der Pflegenden	23
5 Empfehlungen zur Deeskalation von herausforderndem Verhalten und Prophylaxe von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Menschen mit Demenz.....	27
5.1 Personenzentrierte Pflege	27
5.2 Alternative Therapien und psychosoziale Interventionen	28
5.3 Anpassung der Umgebung.....	30
5.4 Spezifische Signalsysteme.....	32
5.5 Spezifische Betreuung und Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz	32
6 Fazit.....	34

1 Einleitung

In den Praxiseinsätzen innerhalb des Pflegestudiums kam ich immer wieder mit pflegerischen Maßnahmen in Berührung, die gleichzeitig dem Wohle pflegebedürftiger Menschen dienen sollten als auch sie in ihrer Freiheit und Autonomie einschränkten. Zu Beginn des Studiums nahm ich diese Maßnahmen noch als eine nötige und unausweichliche Gegebenheit hin. Jedoch wurde mir die ethische Problematik des widersprüchlichen Verbundes, ‚Heilkunde und Gewalt‘ im Laufe meines Studiums zunehmend bewusster. Aufgrund dieses Paradoxes fasste ich den Entschluss in meiner Bachelor-Arbeit freiheitentziehende Maßnahme (im Folgenden mit „FEM“ abgekürzt) in der Pflege genauer zu untersuchen. Besonders möchte ich dabei auf Menschen mit einer dementiellen Erkrankung eingehen, weil ich FEM besonders häufig bei Menschen mit einer Demenz (im Folgenden als „MmD“ abgekürzt) erlebte.

Einleitend möchte ich das Thema ‚Freiheitsentziehende Maßnahmen‘ anhand eines persönlichen Erlebnisses auf einer Aufnahme- und Kurzliegestation erläutern.

Während eines Praxiseinsatzes im Sommer 2013 wurde ich besonders häufig mit FEM konfrontiert. Ich hatte das Gefühl, dass der Umgang mit und ohne richterlich genehmigten FEM, bei MmD, auf dieser Station nahezu alltäglich war. Besonders gut erinnere ich mich an ein Ereignis innerhalb eines Wochenenddienstes, währenddessen ich selbst eine Patientin versorgen sollte, bei der FEM angewandt wurden. In der Übergabe zu meinem Spätdienstbeginn erhielt ich die Information, dass diese Patientin aufgrund einer Gangunsicherheit sehr sturzgefährdet sei und durch ihre kognitiven Einschränkungen dieses Risiko nicht einschätzen könne. Daher wurden von der zuständigen Pflegenden im Frühdienst Bettgitter am Bett der Patientin angebracht.

Als ich das Zimmer der Patientin zum ersten Mal während meines Dienstes betrat, hatte sich diese, wohl in dem Versuch aus dem Bett zu steigen, mit den Beinen zwischen den Bettgittern verklemmt. Auf Ansprache reagierte sie nicht, sondern sie versuchte sich, weiter aus dem Bett zu bewegen. Daher trat ich näher ans Bett heran und versuchte ihr zu helfen, die verdrehten Beine aus dem Gitter zu befreien. Als ich die Patientin berührte, begann sie um sich zu schlagen, zu kratzen, zu beißen und zu spucken. Daraufhin erschrak ich und zog mich zurück. Ich ging zu einer examinierten Pflegenden auf der Station und bat um ihre Hilfe. Die Pflegende kam mit mir ins Zimmer, um sich selbst ein Bild zu verschaffen. Aber auch sie stieß nur auf verbale und körperliche Abwehr von der Patientin, die sich mittlerweile selber aus dem Bettgitter befreit hatte und nun im Begriff war, über das Bettgitter zu klettern. Als

die Gefahr drohte, dass die Patientin über das Bettgitter auf den Boden stürzen würde und sich diese davon auch nicht abhalten ließ, rief die Pflegende die Stationsärztin. Diese verabreichte eine Kombination von verschiedenen sedierenden Medikamenten, welche die Patientin zumindest auf Zeit merklich schwächer und müder werden ließen. Die Medikamente führten aber nicht dazu, dass die Patientin ihr Verhalten änderte. Sie wehrte weiterhin jegliche Zuwendung ab. Der Drang aufzustehen blieb. Nichtsdestotrotz wurde ihr Körper durch die Medikamente soweit geschwächt, dass sie nicht mehr übers Bettgitter klettern konnte.

Die Hilflosigkeit, die ich in der beschriebenen Situation empfand, erschütterte mich tief und blieb mir lange im Gedächtnis. In der Reflexion der Situation stellten sich mir folgende gravierende Fragen:

Haben wir als Pflegende wirklich das Recht, eine Person ihre Freiheit zu berauben? Wird die Person dadurch vor Verletzungen geschützt oder werden womöglich neue Schäden an Leib oder Seele verursacht? Des Weiteren stellte ich fest, dass das Team der beschriebenen Station besonders häufig unterbesetzt war. Es ist zu hinterfragen, ob der Personalschlüssel auch Auswirkungen auf die besonders häufige Anwendung von Fixierungen, Sedierungen und das Anbringen von Bettgittern hat? Liegen die hohen Zahlen im Gegensatz zu den anderen Praxiseinsätzen nur daran, dass hier besonders viele sturzgefährdete Patient_Innen aufgenommen werden? War das Verhalten der Patientin wirklich durch Demenz oder vielmehr durch die Maßnahme ‚Bettgitter‘ bedingt? Am längsten beschäftigte mich die Frage, wie ich in dieser Situation hätte anders reagieren können, um die FEM bei der Patientin zu minimieren oder sogar verhindern zu können?

Ich begann zu recherchieren und entdeckte in der Literatur für den Bereich der professionellen Altenpflege eine deutsche evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von FEM. Für die Bereiche Akutklinik oder Ambulante Pflege sowie speziell für MmD konnte ich keine spezifische Leitlinie zur Reduktion von FEM in Deutschland ermitteln, obgleich die Literatur meine Annahme bestätigt dass MmD am häufigsten von Fixierungen betroffen sind (vgl. Luo, Lin, Castle, 2011; Bretthauer et al, 2005; Hamers, Gulpers, Strick, 2004)¹.

Die Reflexion meiner oben beschriebenen Erfahrungen führen für die vorliegende Bachelor-Arbeit zu den zwei konkreten Fragestellungen:

1. Aus welchen Gründen werden FEM von Pflegenden bei MmD angewandt und

¹Beim wissenschaftlichen Arbeiten wie der Zitationsweise bezieht sich die Autorin im Rahmen dieser Arbeit auf die Empfehlungen nach: Frank N, Stary J (2009) Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 15. Auflage. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn.

2. Welche Maßnahmen, Methoden, Interventionen oder Konzepte sind bereits vorhanden, die den Einsatz von FEM bei MmD wirksam reduzieren.

Für die Erlangung eines Überblicks beziehen sich die gestellten Fragen nicht auf ein bestimmtes Arbeitsfeld in der Pflege.

Eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank ‚PubMed‘ und in dem Hamburger Katalog für wissenschaftliche Bibliotheken ‚Beluga‘ wurde für die Arbeit durchgeführt. Zusätzlich wurden im Internet veröffentlichte Daten von Organisationen und Verbänden in die Arbeit eingeschlossen.

Zunächst wird in dieser Arbeit der Begriff FEM definiert, der derzeitige Kenntnisstand zur Epidemiologie und der rechtliche Rahmen werden dargelegt. Folgend werden die spezifischen Gründe für FEM bei MmD angeführt und die Auswirkungen von FEM auf den pflegebedürftigen Menschen erläutert. Aufgrund dieser Basis werden die Ergebnisse der Literaturrecherche über wirksame Alternativen zu FEM dargestellt. Dabei wird im ersten Teil auf die Frage eingegangen, wie die Pflegepraktiken verbessert werden können, um im zweiten Teil konkrete Handlungsmöglichkeiten vorzustellen. Abschließend werden die Anforderungen, die sich aus den Ergebnissen an die pflegerische Versorgung ergeben, diskutiert.

2 Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz

Freiheit bedeutet nach dem Philosophen Hobbes (1588-1679) die Abwesenheit von externen physischen, psychischen oder gesetzlichen Hindernissen. Er geht davon aus, dass jede Person² ihre individuelle Form der Selbstverwirklichung hat, die sie nur unabhängig von äußeren Hindernissen entfalten kann (vgl. Hobbes, In: Bobbert, 2002). Frei zu sein, bedeutet demnach die Fähigkeit, sich selbstbestimmt in Beziehung zu der Umwelt zu setzen. Ein freier Mensch müsste einen Vorschlag sowohl annehmen als auch ablehnen können. Zwischen verschiedenen Alternativen wählen zu können, bildet die Voraussetzung für eine autonome Willensentscheidung (vgl. Maio, 2002). Der Einsatz von Maßnahmen in der Pflege, welche die Bewegungsfreiheit gegen den Willen der Betroffenen einschränkt, stellt folgernd einen schwerwiegenden Eingriff in die Freiheit und Autonomie eines Menschen dar. Dies gilt gleichfalls für einen Menschen mit als auch ohne Demenz³(vgl. Koczy et al, 2005). Im Folgenden soll der Begriff FEM näher erläutert werden sowie der rechtliche und epidemiologische Hintergrund.

2.1 Definition freiheitsentziehender Maßnahmen

In der Literatur existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen des Begriffes FEM. Den gesichteten Studien zur Reduzierung von FEM aus der Datenbank PubMed wurde am häufigsten eine Begriffsbestimmung in Anlehnung an die Definition des Joanna Briggs Instituts zugrunde gelegt (vgl. Evens et al, 2002; Möhler et al, 2012; Köpke et al, 2012). Ebenfalls bezieht sich die evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege nach Köpke et al (2009) auf diese Definition von FEM:

„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

²Die Autorin fühlt sich der genderneutralen Schreibweise verpflichtet und bemüht sich, diese einzuhalten. Sätze, die keine genderneutrale Schreibweise aufweisen, berücksichtigen Frauen wie Männer dennoch gleichwertig und gleichberechtigt.

³Im Rahmen dieser Arbeit wird mit dem Begriff „Demenz“ auf die Definition des Syndroms nach dem International Classification of Diseases(ICD) Bezug genommen:

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf.“(ICD-10-WHO Version, 2013).

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.“ (Köpke et al, 2009, S. 22).

Köpke et al (2009) nutzen hier den Begriff der freiheitseinschränkende Maßnahmen. Dieser bildet einen Überbegriff für freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen und meint damit jeglichen Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit. Eine freiheitsentziehende Maßnahme liegt vor, wenn sie gegen den Willen der Betroffenen erfolgt und eine gewisse Intensität und/ oder Dauer erreicht. Diese Komponenten sind allerdings nicht eindeutig definiert und werden unterschiedlich ausgelegt. Meist wird von einem Zeitraum über 24 Stunden gesprochen. Freiheitseinschränkende Maßnahmen stellen auch eine Freiheitsberaubung dar. Allerdings fehlen hierfür genauere gesetzliche Vorgaben. Im Gegensatz zu freiheitsentziehende Maßnahmen müssen diese nicht beim Vormundschaftsgericht genehmigt werden (vgl. Hoffmann Klie, 2004). Näheres zum rechtlichen Hintergrund in Kapitel 1.2.

In der evidenzbasierten Leitlinie zu FEM in der Altenpflege wird des Weiteren zwischen körperfernen und körpernahen FEM unterschieden, wobei sich die oben genannte Definition auf körpernahe FEM bezieht (vgl. Köpke et al, 2009). Nach dem bundesweiten Projekt ReduFix zur Reduzierung von FEM welches durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde und eine Laufzeit von 2004 bis 2006 hatte, gehören folgende Maßnahmen zu sogenannten körpernahen Fixierungen: Gurte (an Rumpf, Fuß und Arm) Stuhlstecktische, Leibchen, Bandagen, Bettgitter, Geschlossene Türen, festgestellte Rollstuhlbremsen sowie die Wegnahme von Kleidung und Gehhilfen werden genannt. Aber auch sogenannte „chemische Fixierungen“, also medikamentöse Ruhigstellungen, die nicht ausschließlich der Heilbehandlung dienen, sondern vorsätzlich die Mobilität verringern sollen, werden zu FEM gezählt (vgl. Koczy et al, 2011).

Ein einheitliches Verständnis, welche Maßnahmen zu FEM zählen, scheint bislang zu fehlen. So beschreiben z.B. Pellfolk et al (2010) FEM als Maßnahmen, welche die physische Bewegungsfreiheit in jeglicher Form einschränken (vgl. Pellfolk et al, 2010). Allerdings zählen die Autor_Innen Bettgitter nicht zu FEM. Huizing et al (2009) und Testad et al (2010) wiederum schließen nicht nur Bettgitter, sondern auch einschränkende Bekleidung und elektronische Maßnahmen mit ein, welche die (Fort)bewegung einer Person registrieren (vgl. Huizing et al, 2009; Testad et al, 2010).

Die verschiedenen Studien zeigen, wie die Definition zwischen einer Maßnahme mit bzw. ohne freiheitsentziehenden Charakter schwierig ist. Klie und Hoffmann (2004) weisen darauf hin, dass die Definition von FEM abhängig von der Wirkung ist, welche die Maßnahme auf

die Betroffenen hat. So ist ein Stecktisch, der an einem Stuhl befestigt ist, nur dann ein Mittel zum Freiheitsentzug, wenn der oder die Betroffene sich nicht davon befreien kann (Klie, Hoffmann, 2004). Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf die oben genannte Definition nach Köpke et al (2009) Bezug genommen, wobei auch chemische Fixierungen mit eingeschlossen werden.

2.2 Rechtlicher Hintergrund

Die Willens- und Fortbewegungsfreiheit eines jeden Menschen ist im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (im Folgenden mit GG abgekürzt) geschützt (vgl. Art. 2, GG)⁴. Die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist demnach ein schwerwiegender Eingriff in die Grundrechte eines Menschen und damit eine schwere Form der Gewalt. Eine FEM ist eine Freiheitsberaubung im Sinne des § 239 im Strafgesetzbuch (im Folgenden mit StGB abgekürzt), welche strafrechtlich verfolgt wird (vgl. § 239, StGB).

Nach Artikel 104 des GG kann „die Freiheit der Person nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden“ (Art. 104, GG). Liegt eine akute Gefahr vor, die durch FEM abgewendet werden kann, rechtfertigen § 32 „Notwehr“ und § 34 „Rechtfertigender Notstand“ nach dem öffentlichen Recht diese (vgl. § 32, § 34, StGB). Für den Freiheitsentzug nach Artikel 104, GG bedarf es in jedem Fall einer richterlichen Kontrolle und Entscheidung innerhalb von 24 Stunden. In dieser Zeit gilt die Person als fürsorglich zurückgehalten (vgl. Art. 104, Abs. 2, GG).

Liegt kein Notzustand vor, bedarf es zur Anwendung von FEM nach § 1906 Absatz 1 bis 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches (im Folgenden mit BGB abgekürzt) einer Genehmigung des Betreuungsgerichts. Die Genehmigung zivilrechtlicher FEM muss nach § 1906 Absatz 2 des BGB durch einen Betreuer_In oder eine Bevollmächtigte beim Vormundschaftsgericht eingeholt werden. Im BGB wird von FEM gesprochen, wenn durch „mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll“ (§ 1906, Abs. 4, BGB). Eine FEM ist wie eine Unterbringung nach dem BGB nur zulässig, solange sie zum Wohl der Betreuten erforderlich ist. „Besteht auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen

⁴ „(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“ (Art. 2 Abs. 1, GG).

„(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“ (Art. 2 Abs. 2, GG).

Behinderung die Gefahr, dass die Person sich selbst tötet oder sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt“ sind FEM zulässig (§1906, Abs. 1, Ziffer 1, BGB). Fremdgefährdendes Verhalten hat hier keine Bedeutung und kann nicht zur Legitimation von FEM herangezogen werden. Nach §1906, Absatz 1, Ziffer 2 besteht außerdem eine Legitimation, wenn eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die ohne FEM nicht durchgeführt werden kann (§1906, Abs. 1, Ziffer 1, BGB).

Nicht von der gesetzlichen Regelung in §1906 Abs. 4 BGB erfasst wird der Freiheitsentzug außerhalb von Einrichtungen, z. B. bei der familiären Pflege in der eigenen Wohnung. Außerdem ist kein Antrag bei Gericht nötig, wenn die wirksame Einwilligung zu FEM durch die Bewohner_In vorliegt, oder wenn eine völlig bewegungsunfähige Person fixiert wird (vgl. Klie, Stascheit, 2010).

Besonders umstritten sind elektronische Sender, die eine Ortung der pflegebedürftigen Personen ermöglichen und beim Verlassen der Einrichtung ein Signal auslösen. Die bisherige Rechtsprechung beurteilt diese Sensoren nicht als FEM, während elektronische Fußfesseln bei Strafgefangenen zur Standortbestimmung als FEM gewertet werden. Begründet wird dies damit, dass die Sensoren nur der Benachrichtigung von Pflegenden dienen. Elektronische Vorkehrungen werden häufig ohne das Wissen oder gegen den Willen der Betroffenen angebracht und die Privat- und Intimsphäre einer Person können dadurch verletzt werden. Daher sind sie nach verschiedenen Gerichtsbeschlüssen genehmigungspflichtig auch wenn unklar bleibt ob sie zu FEM zählen.

Zur Transparenz und Vermeidung von Misshandlungen muss jede FEM in ihrer Art und in ihrem zeitlichen Umfang dokumentiert werden. In die Dokumentation haben die Angehörigen und Betreuer_Innen ein Recht auf Einsicht (vgl. Köpke et al, 2009).

Leitfäden der einzelnen Bundesländer, wie zum Beispiel der Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses vom November 2006 bieten eine Richtlinie, um einen verantwortungsbewussten Umgang mit FEM in der Pflege zu gewährleisten (vgl. BStMAS, 2006).

Schlussfolgernd muss deutlich gemacht werden, dass FEM ohne richterliche Zustimmung einen groben Verstoß gegen die Menschenrechte darstellen. FEM dürfen nur als letztes Mittel der Wahl ergriffen werden. Dies gilt für MmD genauso wie für Menschen ohne Demenz. An einer Demenz erkrankt zu sein, reicht nicht aus, um von einer fehlenden Wahrnehmungsfähigkeit der Autonomie ausgehen zu können. Ob der Wille eines MmD nur Produkt der Erkrankung ist, kann schwer aus der pflegerischen Perspektive beurteilt werden.

Diese Entscheidung obliegt daher allein dem Gericht. Pflegende und Einrichtungen können im Gegensatz zur weitverbreiteten Annahme nicht für die Unterlassung sondern vielmehr für die Anwendung von FEM strafrechtlich verfolgt werden, wie z.B. der Gerichtsbeschluss vom Kammergericht Berlin (2004) belegt (Kammergericht Berlin, Urteil vom 25.5.2004, 14 U 37/03). Es stellt sich die Frage, warum sich das Wissen über die rechtliche Handhabung von FEM nur langsam unter den Pflegenden und deren Leitungen durchsetzt?

2.2 Epidemiologie

Epidemiologische Studien belegen einen ausgeprägten Unterschied in der Häufigkeit und der Anwendung von FEM zwischen den Ländern und zwischen den Krankenhäusern und Pflegeheimen innerhalb der Länder (vgl. u. a. Krüger et al, 2010/2013; Köpke et al, 2012; Hamers, Huizing, 2005). Ein direkter Vergleich der Studien ist allerdings nicht möglich. Grund hierfür sind große Unterschiede in der Ergebnisdarstellung, in den Definitionen von FEM, in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Länder, den Settings und dem methodischen Vorgehen innerhalb der einzelnen Studien. Dies ergab eine internationale, systematische Literaturübersicht nach Krüger et al (2010). Auf Intensivstationen erscheint die Häufigkeit von FEM insgesamt am höchsten, wobei die Mehrzahl der untersuchten Studien nach Krüger et al (2010) erhebliche methodische Limitierungen aufweisen (vgl. Krüger et al, 2010).

Am häufigsten von Fixierungen sind MmD betroffen (vgl. Luo, Lin, Castle, 2011; Bretthauer et al, 2005; Hamers, Gulpers, Strick, 2004). Trotz der wachsenden Präsenz und Bedeutung des Syndroms Demenz in unserer Gesellschaft und der Tatsache, dass diese Patientengruppe am häufigsten von FEM betroffen ist, gibt es kaum wissenschaftliche Erkenntnisse über die Gründe und Art der Nutzung von FEM speziell bei MmD sowie über die Auswirkungen von FEM auf diese Patientengruppe. Eine prospektive Beobachtungsstudie nach Bretthauer et al (2005) untersucht die Anwendung von mechanischen Fixierungsmaßnahmen über einen Zeitraum von vier Monaten in einer stationären Gerontopsychiatrie in Gießen. Ungefähr ein Drittel (n=37) aller in die Auswertung eingeschlossenen Patient_Innen (n=122) wurden im Behandlungsverlauf fixiert. Die höchste Fixierungsinzidenz mit 48% (n=29) wiesen Patienten mit einer höhergradigen kognitiven Einschränkung (Demenz und/ oder Delir) (n=60) auf (vgl. Bretthauer et al, 2005). Eine Punkt-Prävalenzstudie die in drei Pflegeheimen in den Niederlanden durchgeführt wurde ergab ähnliche Ergebnisse. 49% der Bewohner_Innen mit

kognitiven Einschränkungen (n= 265) waren zu dem Zeitpunkt der Erhebung fixiert (vgl. Hamers, Gulpers, Strick, 2004).

Ein besonders hoher Risikofaktor für die Anwendung von FEM besteht für Menschen mit einer schweren Demenz und einer erheblichen Mobilitätseinschränkung. Je höher die kognitiven und physischen Einschränkung sind bzw. je mehr die Alltagsfähigkeiten abnehmen und die Pflegebedürftigkeit zunimmt, desto höher ist das Risiko von FEM betroffen zu sein (vgl. Hamers, Gulpers, Strick, 2004; Bretthauer et al, 2005; Luo, Lin, Castle, 2011).

Als häufigste Fixierungsmaßnahmen wurden nach Bretthauer et al (2005) und Hamers, Gulpers und Strick (2004) bei MmD Bettgitter, Gurtfixierungen mittels Bauch- und Extremitätenmanschetten und Therapeutische eingesetzt. Nach Luo, Lin, und Castle (2011) werden MmD tendenziell häufiger als Personen ohne Demenz in Stühlen festgehalten sowie mit Gurten im Bett fixiert, um ein Aufstehen zu verhindern. Personen ohne Demenz werden eher mit körperferneren FEM wie Bettgitter in ihrer Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt (vgl. Hamers, Gulpers, Strick, 2005; Bretthauer et al, 2005; Luo, Lin, Castle, 2011).

Nach Bretthauer et al (2005) werden MmD meist gleich zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes fixiert, wobei die Maßnahmen überwiegend kontinuierlich über mehrere Tage und Stunden pro Tag durchgeführt werden (vgl. Bretthauer et al, 2005). Auch in Pflegeheimen werden FEM nach Hamers, Gulpers und Strick (2004) in den meisten Fällen (90%) FEM routinemäßig eingesetzt, mindestens über einen Zeitraum von drei Monaten (vgl. Hamers, Gulpers, Strick, 2004). Aufgrund der geringen Stichproben in den Studien können allerdings keine Rückschlüsse auf eine Grundgesamtheit gezogen werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, um allgemein gültige Aussagen treffen zu können.

Nach der einführenden Begriffserklärung zu FEM und deren epidemiologischen und rechtlichen Hintergründen, soll im folgenden Kapitel der Frage nachgegangen werden, aus welchen Gründen FEM bei MmD vorgenommen werden.

3 Gründe und Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Menschen mit Demenz

Es lassen sich folgende Begründungszusammenhänge für FEM unterscheiden die bei MmD aber auch bei Menschen ohne Demenz genannt werden:

Begründungen zum Schutz der/des Patient_In

- A. Um Stürze zu Vermeiden
- B. Um selbstgefährdendes, herausforderndes Verhalten zu lindern
- C. Um medizinische oder pflegerische Behandlungen sicher zu stellen

FEM werden seltener mit dem Argument der „Sicherstellung von medizinischen oder pflegerischen Behandlungen“ begründet, als mit einem erhöhten Sturzrisiko oder herausforderndem Verhalten (vgl. Evans et al, 2002). Aufgrund der Komplexität wird im Rahmen dieser Arbeit nicht speziell auf den Punkt C. eingegangen. Um wirksame Empfehlungen für die Reduzierung von FEM bei MmD aussprechen zu können, werden die Gründe A. und B. im Folgenden näher betrachtet und hinterfragt.

3.1 Sturzrisiko bei Menschen mit Demenz

Pflegende begründen den Einsatz von FEM überwiegend mit der Sicherheit und dem Schutz der Patient_Innen. Primär sollen Stürze verhindert werden, um die Patient_Innen vor Verletzungen zu schützen (vgl. Evans et al, 2002; Hamers, Huizing et al, 2005). Als Indikation werden dazu meist Stürze aus der Vergangenheit und Gangunsicherheiten sowie Gleichgewichtsstörungen genannt (vgl. Klie, Pfundstein, In: Hoffmann, Klie, 2004). Das Risiko einen Sturz und damit einhergehende Verletzungen zu erleiden, ist für ältere MmD besonders hoch. Mit dem Verlauf der Erkrankung und steigenden kognitiven, neurologischen Einschränkungen und verhaltensbedingten Symptomen steigt das Risiko (vgl. Brand, Sundararajan, 2010; Syllias, Selbaek, Bergland, 2012; Whitney et al, 2012). Besonders psychische und verhaltensbedingte Symptome wie Agitation, aggressives und paranoides Verhalten scheinen mit einem erhöhten Risiko zu stürzen einherzugehen und dieses zu verstärken (vgl. Suzuki et al, 2012). In dem Bemühen schwere verhaltensbedingte Symptome einer Demenz zu mildern, erhalten Betroffene häufig Psychopharmaka. Diese gehen allerdings oftmals mit einer Reihe von Nebenwirkungen einher, die sich negativ auf die Sicherheit auswirken und die Sturzgefahr zusätzlich erhöhen (vgl. Sterke et al, 2013).

Die Begründung, das FEM eingesetzt werden ist allerdings zu hinterfragen. Bisher existieren noch keine validen Beweise dafür, dass die Sturz- und Verletzungsrate bei fixierten Patient_Innen sinkt (vgl. Wang, 2005; Evans et al, 2002; Köpke et al, 2012; Möhler et al, 2012, Oliver et al, 2006). Selbst bei einer Reduktion von FEM steigt die Zahl der Stürze bei den Betroffenen nach dem systematischen Review nach Evens et al (2002) nicht an (vgl. Evens et al, 2002). Vielmehr steigt bei der Anwendung von FEM das Risiko zu stürzen und dadurch Verletzungen zu erleiden (vgl. Bretthauer et al, 2005). Erkenntnisse zu FEM speziell bei MmD stehen hier noch aus. Es können aber durch die genannten Studien Rückschlüsse auf negative Auswirkungen von FEM auf MmD geschlossen werden, die in Kapitel 2.3. erläutert werden.

Die Autonomie pflegebedürftiger Personen und deren selbstbestimmte Bewegungsfreiheit werden demnach oft nur der vermeintlichen Sicherheit und Gefahrenabwehr untergeordnet. Hervorzuheben ist, dass als Ursache des Sturzrisikos von MmD neben kognitiven Einschränkungen besonders herausforderndes Verhalten und damit einhergehende Gaben von Psychopharmaka in den Studien angeführt werden. Dies soll im folgenden Kapitel genauer erläutert werden.

3.2 Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Für die Anwendung von FEM werden bestimmte Verhaltensweisen in Studien angeführt, die MmD im Zuge ihrer Erkrankung aufweisen. Die Literaturrecherche erbrachte eine Vielzahl von Begriffen, die diese Verhaltensweisen beschreiben, wobei eine einheitliche Begriffsdefinition noch aussteht. Zu den Begriffen zählen unter anderen, ‚Verhaltensstörungen‘ oder ‚Verhaltensauffälligkeiten‘, ‚unangemessenes oder störendes Verhalten‘. Unklar bleibt, welche Verhaltensweisen zu diesen Begrifflichkeiten gezählt und welche ausgeschlossen werden. Hamers und Huizing (2005) nennen Aggressionen oder Agitation wie Umherwandern bei MmD als häufige Verhaltensweisen die FEM bedingen (vgl. Hamers, Huizing, 2005). Eine weiterführende Begriffsbestimmung findet sich bei Bartholomeyczik, die mit einer Expertengruppe unter dem Begriff des ‚herausfordernden Verhaltens‘ Veränderungen im sexuellen Verhalten, Aggressivität, Agitation/ Herumlaufen/ Wandern, Vokale Störungen und Passivität/ Apathie/ Rückzugsverhalten beschreibt (vgl. Bartholomeyczik, Halek, 2006). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass hier nicht nur aktivem sondern auch passivem Verhalten eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird.

Herausforderndes Verhalten durch Passivität und Apathie wird mit FEM in den meisten Studien nicht in Verbindung gebracht.

Die Bezeichnung ‚herausforderndes Verhalten‘ impliziert im Gegensatz zu den anderen Begrifflichkeiten keine negative Zuschreibung und wird nicht als störend abgewertet. Die Ursache des herausfordernden Verhaltens wird außerdem nicht allein den Betroffenen zugeschrieben. Das Verhalten wird erst dann zu einer Herausforderung, wenn die Menschen aus der Umgebung dieses als herausfordernd empfinden und darauf reagieren (vgl. Bartholomeyczik, Halek, 2006). Aus dem Grund, dass diese Definition über MmD nicht wertet, wird im Folgenden auf diese Bezug genommen.

Obwohl herausforderndes Verhalten als häufiger Grund für den Einsatz von FEM genannt wird, konnte bis jetzt auch hier eine Wirksamkeit von FEM auf dieses Verhalten noch nicht belegt werden. Während der gesamten Beobachtungszeit in einer gerontopsychiatrischen Erhebung konnte bei den fixierten Personen keine Reduktion des herausfordernden Verhaltens festgestellt werden (vgl. Bretthauer et al, 2005). Wang (2005) kommt in seinem systematischen Review sogar zu dem Ergebnis, dass pflegebedürftige und kognitiv eingeschränkte, fixierte Personen deutlich aggressiveres Verhalten und depressive Verstimmung aufzeigen und im Verhältnis häufiger Antipsychotika erhalten (vgl. Wang, 2005).

Summa summarum kann gesagt werden, dass FEM nicht vor Verletzungen durch Stürze schützt oder zu positiver Beeinflussung bei herausforderndem Verhalten führen. Diesbezüglich soll im nächsten Kapitel auf die Faktoren eingegangen werden, die einer Anwendung von FEM besonders bei MmD widersprechen.

3.3 Negative Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die Liste von evidenzbasierten negativen Auswirkungen von FEM, welche zu einer starken Reduktion der Lebensqualität führen, ist lang. Bei dem Versuch, sich aus den Fixierungen zu befreien, kommt es durch Einklemmungen zwischen Matratze und Bettgitter häufig zu Quetschungen und Prellungen. Ein weiterer Grund für Verletzungen kann das Klettern über die Bettgitter sein, wodurch ein Sturz aus einer noch höheren Distanz, als von der gängigen Matratzenhöhe, geschieht. Mit solchen Stürzen gehen meist Frakturen und Platzwunden einher (vgl. Cotter, 2005).

Zudem führen langanhaltende FEM zu Druckgeschwüren, Nervenschädigungen und dem Abbau kognitiver Fähigkeiten bei MmD (vgl. Gastman, Milisen, 2006; Wang, 2005). Eine weitere schädigende Wirkung ist die langanhaltende Immobilität durch FEM, welche zu Muskelatrophien führen bzw. vorbestehende Atrophien verstärken. Die Steh- und Gehfähigkeit der Betroffenen verschlechtert sich dadurch nach der Fixierungsphase. Eine wirksame langfristige Sturzprophylaxe wird wesentlich erschwert (vgl. Evans et al, 2002). Der Einsatz von FEM geht nach Engberg, Castle und McCaffrey (2007) sogar mit einem statistisch signifikanten Anstieg an Stürzen einher (vgl. Engberg, Castle, McCaffrey 2007). Besonders die Nutzung von Bauchgurten ist bei MmD mit einem erhöhten Risiko zu stürzen und Frakturen zu erleiden, assoziiert (vgl. Luo, Lin, Castle, 2011).

Außerdem reduzieren FEM nachweisbar die psychische Gesundheit. Es kommt unter dem Einsatz von FEM bei den Betroffenen zu verstärkter Agitation und herausforderndem Verhalten, die Betroffenen leiden vermehrt unter Ängsten und Panikattacken sowie sozialer Isolation. Damit ist u.a. auch eine vermehrte Gabe von Psychopharmaka an fixierte Patient_Innen zu erklären. Mit den psychischen Beeinträchtigungen gehen auch eine Reihe von psychosomatischen Symptomen wie Hypertonie und Tachykardie einher, gleichzeitig fällt bei länger fixierten Patient_Innen die Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ABEDLs) (vgl. Engberg, Castle, McCaffrey 2007; Huizing, Hamers 2005; Köpke et al, 2009).

Der Einsatz von FEM wird nicht nur mit seelischen und körperlichen Verletzungen, sondern auch mit Todesfällen in Verbindung gebracht. Diese sind als Folgen von Thoraxkompressionen oder auf Strangulierungen zurückzuführen. Auch wenn Todesfälle durch FEM zahlenmäßig selten vorkommen, sind sie doch von unvergleichlichem Ausmaß. Berzlanovich, Schöpfer und Keil (2012) berichten über die Ergebnisse von 27.353 Obduktionen aus dem Zeitraum von 1997-2010, die am Institut für Rechtsmedizin in München durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 26 Todesfälle dokumentiert, die im Zusammenhang mit einer Gurtfixierung standen. Davon konnten 22 Fälle allein auf die Gurtfixierung zurückgeführt werden, 5 Fälle ereigneten sich davon im Krankenhaus. Die Obduktionen ergaben, dass auch eine korrekt angewendete Gurtfixierung tödlich enden kann (vgl. Berzlanovich, Schöpfer, Keil, 2012).

Kognitiv eingeschränkte Personen haben nach Wang (2005) nicht nur ein höheres Risiko fixiert zu werden, sondern sind auch häufiger von negativen Folgen wie Verletzungen und Tod bedroht. Der Autor vermutet als Ursache kognitive Einschränkungen, durch welche die Betroffenen nicht ausreichend in der Lage sind, die Gefahr und mögliche negative Folgen

einzuschätzen, die beim Versuch, sich aus den Fixierungen zu befreien, entstehen können (vgl. Wang, 2005). Die Erkenntnis, welche schwerwiegenden Folgen FEM besonders bei MmD haben können, macht die Argumentation für die Anwendungen von FEM unhaltbar.

3.4 Personelle-und institutionelle Einflüsse auf freiheitsentziehende Maßnahmen

Im folgenden Kapitel werden die Rolle der Pflegenden und ihre arbeitgebende Institution hinsichtlich ihres Einflusses auf den Einsatz von FEM betrachtet. Kong und Evens (2012) erhoben mittels qualitativer Interviewanalysen sechs sogenannte Barrieren, die aus Sicht von Pflegenden FEM fördern. Die Pflegenden gaben unter anderem an, dass eine hohe Arbeitsbelastung und ein Ressourcenmangel an Personal, Material und Zeit FEM bedingen (vgl. Kong, Evens, 2012). Eine Querschnittstudie nach Huizing et al (2007) zeigte dahingegen, dass berufliche Rahmenbedingungen keinen großen Einfluss auf FEM haben. Die Hypothese, dass FEM mit einem niedrigen Personalschlüssel und einem hohen Arbeitsaufwand assoziiert sind, wird hier nicht bestätigt. Entgegen der Aussagen der Pflegenden in den Interviews von Kong und Evens (2012), stieg die Anzahl der FEM sogar mit einem höheren Personalschlüssel und wachsender Autonomie der Pflegenden an (vgl. Huizing et al, 2007). Wenn es fraglich ist, ob organisatorische Faktoren eine Rolle spielen, stellt sich die Frage, welchen Einfluss innere Faktoren wie Haltung, Einstellung und Wissen von Pflegenden auf FEM haben.

Die Entscheidungen für FEM werden nach dem systematischen Review nach Möhler und Meyer (2014) und der qualitativen Interviewanalyse nach Gothals et al (2013) eher intuitiv und aus der Routine heraus getroffen, als aus einem individuellen Assessment der herausfordernden Situation. Der Einsatz von FEM wird von Pflegenden nicht generell hinterfragt, vielmehr scheinen FEM zu einer normalen pflegerischen Behandlung dazu zugehören (vgl. Möhler, Meyer 2014). In Situationen, in denen schon die Entscheidung zur Anwendung von FEM von anderen Pflegenden oder Angehörigen gefällt wurde, führten Pflegende diese sogar meist ohne Hinterfragung der aktuellen Situation weiter (vgl. Gothals et al, 2013).

Die interviewten Pflegenden, die ein höheres Risiko eingehen, indem sie abwarten, beobachten oder andere Alternativen einsetzen, geben den Patient_Innen nach Gothals et al (2012) tendenziell mehr Freiraum (vgl. Gothals et al, 2013). Pflegende, welche eine besonders paternalistische Haltung, ein ausgeprägtes Sicherheitsdenken haben und sich selbst

als besonders verantwortungsbewusst beschreiben, nutzten nach Möhler und Meyer (2014) deutlich mehr FEM (vgl. Möhler, Meyer 2014). Moralisch wird von den Pflegenden meist mit der Fürsorgepflicht argumentiert, um Schaden von den Patient_Innen abzuwenden (vgl. Köpke et al, 2009). Obwohl Gothals et al (2013) und Möhler und Meyer (2014) mehrheitlich über negative Gefühle bei Pflegenden berichten, welche FEM anwenden, sehen dieselben Pflegenden FEM als unabkömmliches Mittel in der Pflege. Eine Ambivalenz zwischen Schuldgefühlen, Frustration, Traurigkeit, Unwohlsein und scheinbarer Notwendigkeit von FEM, ist zu verzeichnen (vgl. Gothals et al, 2013; Möhler und Meyer 2014).

In einigen Fällen in denen FEM angewendet werden, fehlt es nach Gothals et al (2013) bei Pflegenden an Wissen. Die Verwendung von Bettgittern und Therapietischen wird deshalb oft nicht als FEM, sondern vielmehr als wichtige pflegerische Handlung angesehen (vgl. Gothals et al, 2012). Ein Mangel an Wissen über die Rechtslage von FEM führt nach Gastmans und Milisen (2006) zur Angst vor juristischen Konsequenzen, wenn Risiken bezüglich der Sicherheit und des Schutzes der Bewohner_Innen eingegangen werden (vgl. Gastmans, Milisen, 2006).

Höwlers qualitative Interviewanalyse (2008) ergab, dass es Pflegenden, die bei herausforderndem Verhalten auf FEM zurückgreifen, an Kompetenzen zum hermeneutischen Fallverstehen⁵, einer Bedürfnisanalyse und der Gestaltung einer therapeutischen Pflegebeziehung mangelt. Als Kompetenzen genannt werden hier vor allem Selbstreflexion, Empathie sowie persönliche und psychische Stabilität (vgl. Höwler, 2008).

Aufgrund mangelnder Fachkenntnis und fehlender Kompetenzen entsteht ein Gefühl von Hilflosigkeit und Kontrollverlust bei den Pflegenden, infolgedessen wird nach Gothals et al (2013) oft auf FEM zurückgegriffen (vgl. Gothals et al, 2013).

⁵ Hermeneutik kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie ‚Auslegungskunst‘, ‚Deutung‘. Die Lehre ist auf den Philosophen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) zurück zu führen. Die Leistung der Hermeneutik besteht grundsätzlich darin, einen Sinnzusammenhang aus einer anderen ‚Welt‘, in die eigene zu übertragen. Mit hermeneutischem Fallverstehen ist die Fähigkeit des Sinnverstehens und Deutens einer Situation gemeint. Für Pflegende bedeutet dies, ein Verständnis für Situation, aus der Sicht des pflegebedürftigen Menschen zu entwickeln (vgl. 2002, Nerheim, 2001).

4 Entwicklung pflegerischen Handelns

Zunächst sollen die Schlussfolgerungen aus Kapitel 2. benannt und im Folgenden in Beziehung zu pflegerischem Handeln gesetzt werden. Die zuvor vorgestellten Studien zeigten, dass die Anwendung von FEM durch die Pflegenden besonders im Zusammenhang mit intuitiven, unreflektierten Entscheidungsprozessen und fehlenden pflegerischen Kompetenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten steht. Ebenfalls begünstigt die Fokussierung auf die Fürsorge und die Sicherheit der pflegebedürftigen Personen sowie das fehlende Wissen der Pflegenden über Rechtslage und Sturzprävention FEM.

Verändertes Verhalten bei MmD scheint eine der größten Herausforderungen zu sein, weshalb FEM bei MmD angewandt werden. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie Einstellungen, Kompetenzen und Wissen vermittelt werden können, um ein besseres Verständnis von herausforderndem Verhalten bei Pflegenden zu ermöglichen. Anschließend werden konkrete Interventionen vorgestellt. Diese werden empfohlen, um herausforderndem Verhalten und damit verbundenen FEM bei MmD vorzubeugen und/ oder dieses zu mindern.

4.1 Herausforderndes Verhalten verstehen

Pflegende befinden sich im Versorgungsprozess von MmD in direktem Kontakt mit diesen und spielen daher eine der wichtigsten Rollen im Entscheidungsprozess für FEM (vgl. Hamers et al, 2004). Der Entscheidungsprozess zum Einsatz von FEM kann nach der qualitativen Interviewanalyse von Gothals et al (2013) in zwei Hauptphasen unterteilt werden (vgl. Gothals et al, 2013).

Die erste Phase startet mit der Entwicklung eines Bildes von den betroffenen Personen. Der/die Pflegende erfasst die Situation der pflegebedürftigen Person und ihre voraussichtliche Entwicklung. Auf welche Weise Pflegende ihre Informationen sammeln, wird in den Analysen nach Gothals et al (2013) dargelegt. Interviewt wurden Pflegende im Akutkrankenhaus. Diese sammelten die Informationen zu den Betroffenen teilweise von Kolleg_Innen, Angehörigen und ambulanten Pflegediensten. Ein Teil der Pflegenden erfasste nur den medizinischen und funktionellen Status sowie das aktuelle Verhalten der Person. Andere wiederum erhoben auch Aspekte der sozialen Situation, des Charakters und des persönlichen Hintergrunds. Aufgrund dieser Informationen wird dann in der zweiten Phase die Entscheidung für oder gegen den Einsatz von FEM gefällt. Gothals et al (2013) kommen zu dem Ergebnis, dass der Verlauf der ersten Phase ausschlaggebend ist für die

Entscheidungen in der zweiten Phase. Der Entscheidungsprozess wird positiv beeinflusst, wenn Pflegende dazu fähig sind, das Verhalten der betroffenen Person bewusst aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten und versuchen, sich in deren Situation und Kontext hinein zu versetzen. Dem intuitiven Umgang mit FEM kann dadurch entgegengewirkt werden. (vgl. Gothals et al, 2013).

Die Expertengruppe um Bartholomeyczik empfiehlt in den Rahmenbedingungen zum Umgang mit MmD und herausforderndem Verhalten (2006a) diese reflektierende Herangehensweise unter dem Begriff „verstehende Diagnostik“. „Ein solcher Zugang stellt die Perspektive des MmD in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Das Bemühen um ein Verstehendes Verhaltens sollte möglichst vielfältige, erklärende Aspekte, die sich nicht nur auf den MmD beziehen, berücksichtigen“ (Bartholomeyczik et al, 2006a. S.61). Mit einem Perspektivwechsel auf die Seite der Betroffenen soll die Möglichkeit geschaffen werden, im Sinne der Hermeneutik das Verhalten, welches häufig als störend empfunden wird, zu verstehen. Dazu wird von den Autor_Innen ein Strukturmodell empfohlen, welches eine systematische Erfassung der herausfordernden Situation ermöglicht (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a).

Bisher gibt es noch keine einheitliche Empfehlung für ein einheitliches Assessmentinstrument. Bartholomeyczik und Halek (2006) verweisen u.a. auf das Need-Driven-Dementia-Compromised Behaviour Model (im Folgenden mit NDB-Modell abgekürzt) nach Algase, Beck und Whall (1999) Das Modell bezieht sich auf die Annahme, dass die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu äußern und ihnen nachzugehen im Verlaufe einer Demenz sinkt. Diese zeigen sich dann in bestimmten Verhaltensformen, durch die sich MmD mitzuteilen versuchen (vgl. Algase, Beck, Whall, In: Whall, Kolanowsky, 2004). Das Modell setzt sich aus zwei Variablen, den festen Hintergrundfaktoren und den nahen, veränderbaren Faktoren zusammen, die das Verhalten von MmD bedingen und die in Abbildung 1 dargestellt werden. Die Hintergrundvariablen sind nur schwer zu beeinflussen und gelten daher viel mehr als Risikofaktoren. Sie können dazu beitragen, gefährdete Personen zu identifizieren, die möglicherweise problematisches Verhalten entwickeln können. Dahingegen sind die nahen Faktoren nach dem Modell diejenigen, welche das jeweilige Verhalten unmittelbar auslösen, aber veränderbar sind. Diese nahen Faktoren interagieren mit den Hintergrundfaktoren und verursachen dann Verhalten, welches Pflegende vor Herausforderungen stellt. Eine konkrete Fallsituation soll dieses Modell im Folgenden verdeutlichen: Wird zum Beispiel eine Person mit einer fortgeschrittenen Demenz in ein Krankenhaus aufgenommen, stellt der Ortswechsel für dieses eine Reihe von besonderen

Herausforderungen dar, die zu bewältigen gelten. Grund hierfür sind die beeinträchtigten „Hintergrundfaktoren“ wie Gedächtnisleistung, Urteilsvermögen und Auffassungsgabe bei einer dementiellen Erkrankung. Durch den plötzlichen Ortswechsel sind letzte Orientierungspunkte für die pflegebedürftige Person verschwunden. Die fremde Umgebung, die nicht eingeordnet werden kann, führt dazu, dass MmD sich verloren fühlen, ängstlich sind und womöglich versuchen zu flüchten oder aus Unverständnis und Angst versuchen sich therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zu widersetzen. Die Sprachdefizite und kognitiven Einschränkungen, die mit einer fortgeschrittenen Demenz assoziiert werden, hindern die Patienten wiederum daran, ihr Verhalten zu erläutern.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass sich MmD nicht bewusst für ein Verhalten entscheiden. Kognitive Verluste verhindern vielmehr eine reflektierte Sicht auf die Situation. Anhand des NDB-Modells soll ein Blick hinter die Erscheinungsformen des herausfordernden Verhaltens ermöglicht werden. Das Modell bietet einen Rahmen für die Erforschung und das Verständnis von Verhaltensweisen und deren Zusammenhänge. Durch die Reflexion der Situation soll es ermöglicht werden, auf die hinter den herausfordernden Verhaltensformen liegende Bedürfnisse einzugehen. Im folgenden Kapitel soll die Idee einer Fallbesprechung dargestellt werden, in der eine verstehende Diagnostik und die damit verbundenen Kompetenzen entwickelt und gefördert werden.

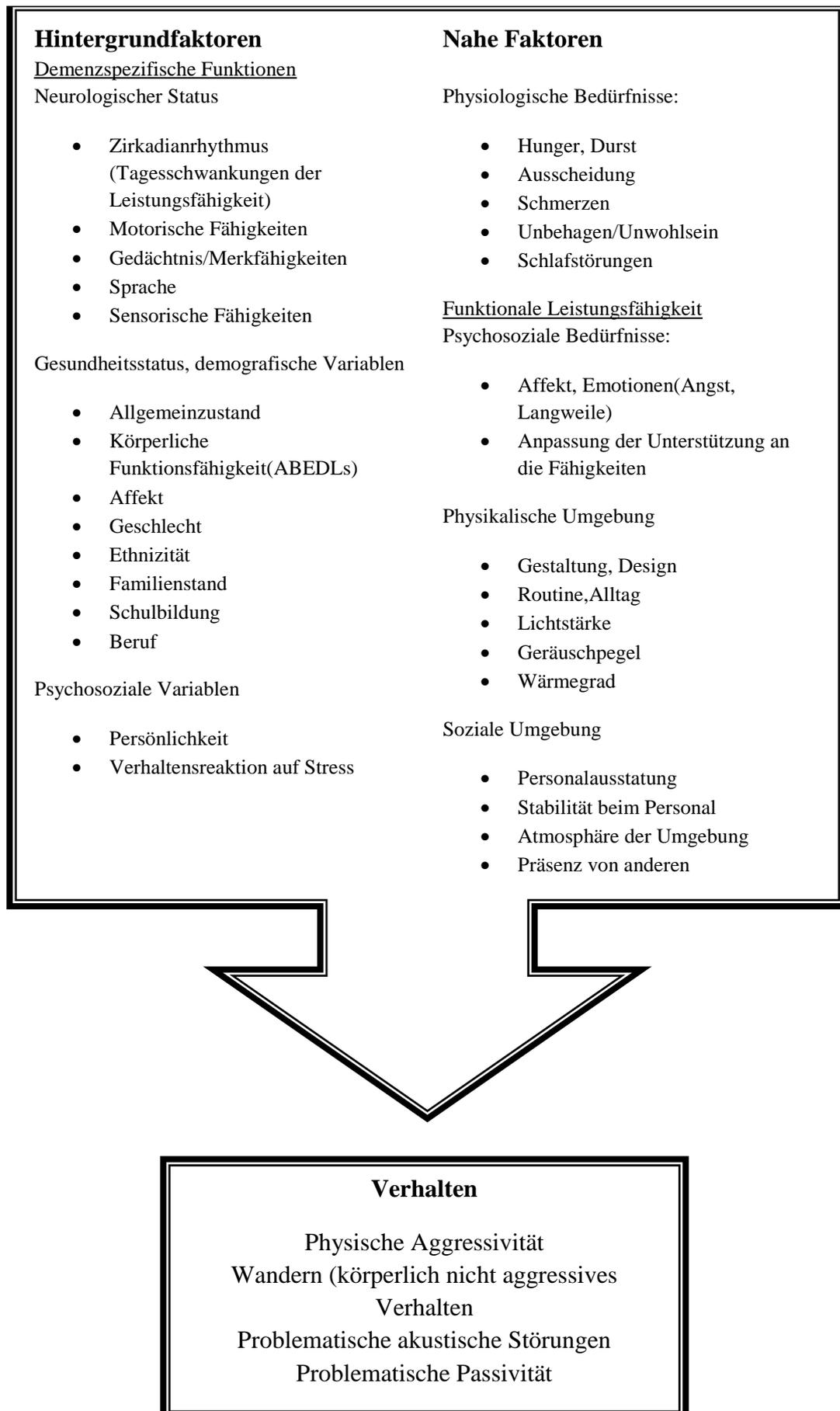


Abb. 1: NBD-Modell nach Kolanowsky, 1999, S8 In (Bartholomeyczik, Halek, 2006, S.50)

4.2 Fallbesprechungen

Bislang gibt es keine evidenzbasierten Empfehlungen für Fallbesprechungen zur Reduktion von FEM. Bartholomeyczik et al (2006a) empfehlen diese aber zumindest für den Umgang mit herausforderndem Verhalten (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Wie in den vorherigen Kapiteln belegt, besteht zwischen herausforderndes Verhalten und FEM bei MmD ein evidenter Zusammenhang. Im Folgenden wird die Idee und Evidenz der Fallbesprechung als Intervention zur Reduktion von herausforderndem Verhalten und FEM vorgestellt.

Die Fallbesprechung ist ein strukturiertes, zielgerichtetes Gesprächsverfahren, welches entweder im multiprofessionellen Team oder innerhalb des Pfllegeteams stattfindet (vgl. Reuther et al, 2012)⁶. Dabei stehen Personen mit Verhaltensweisen, die als ‚problematisch‘ gesehen werden, im Mittelpunkt (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Jedoch gibt es bisher kaum Vorgehensweisen für die langfristige Umsetzung von Fallbesprechungen zu herausforderndem Verhalten von MmD in der stationären Altenpflege. Buscher et al (2012a) entwickelte daher ein theoretisch und empirisch fundiertes Konzept, indem Fallbesprechungen als Basis dienen und ein Bezug auf die Idee des kollektiven Lernens hergestellt wird. Durch den Austausch der unterschiedlichen Kenntnisse der Mitglieder, können neue und weitergehende Erkenntnisse in Form eines kollektiven Wissens geformt werden. Dabei werden gemeinsame Ziele, Fähigkeiten und Kompetenzen evaluiert. Durch die Reflexion entstehen neue Deutungsmöglichkeiten für Situationen, die die subjektive Wirklichkeit von MmD begreifbar machen. Das Wissen über die Kenntnisse und Fähigkeiten der Kolleg_Innen schafft zudem Vertrauen im Team (vgl. Buscher et al, 2012a).

Nach Buscher et al (2012a) handelt es sich bei dieser Wissenserweiterung um informelles Lernen, das nicht auf pädagogischen Intentionen und Regeln beruht, wie es beispielsweise bei Schulungen üblich ist. Vielmehr lernen die Mitglieder direkt durch die Interaktion über Probleme, Grenzen und Erfahrungen aus der unmittelbaren Lebenswelt (vgl. Buscher et al, 2012a).

Senge (2011) teilt in seinem Modell, ähnlich wie Buscher et al (2012a), den Prozess einer Fallbesprechung in zwei Teile. Nach der Beschreibung des Problems sollen im Sinne des hermeneutischen Fallverstehens verschiedene Perspektiven eingenommen werden. Diese sollen von den anderen Mitgliedern wertfrei angehört werden. Dadurch wird Druck

⁶Nach dem systematischen Review von Reuther et al (2012) in dem die Autor_Innen den Effekt von Fallbesprechungen auf das herausfordernde Verhalten von MmD untersuchten, wurden Fallbesprechungen wie folgt definiert:

„A case conference, as used in this systematicreview, is defined as a goal-oriented, systematicmethod that team members can use to exchangeprofessional opinions on a particular careproblem. Here, a theme-centered, solution-orientedapproach is characteristic where the reflectionprocess is oriented on a fixed sequence and rolestructure“ (Reuther et al, 2012, S.2).

vermieden, direkt handlungsweisende Entscheidungen treffen zu müssen. Auf der individuellen Ebene werden die persönlichen Merkmale des MmD und der Pflegenden beleuchtet sowie deren Wechselwirkung untereinander. Auf der Teamebene werden Werte, Normen und Ziele als gemeinsame Orientierungspunkte für das Team transparent gemacht. Abweichungen von Einzelnen können dadurch aufgedeckt werden. Im Kontext spezifischer Rahmenbedingungen werden auf der Organisationsebene die individuellen und teambezogenen Handlungsmuster hinterfragt (vgl. Buscher, et al 2012a; Senge, 2011).

Im zweiten Teil der Diskussionsphase können Meinungen verteidigt werden, mit dem Ziel, die besten Argumente für eine Entscheidung herauszufiltern. Problemlösungsstrategien können aus der Reflexion der Situation entwickelt werden. Im Idealfall werden die Veränderungen zunächst fallbezogen umgesetzt. Die Chance der Wiederholung besteht, wenn die Veränderungen als Verbesserung erlebt werden. Die gemachten Erfahrungen fließen womöglich als implizites Wissen in folgende Fallbesprechungen mit ein. Handlungsempfehlungen können dadurch im Verlauf auf andere Situationen übertragen werden und anderen Teammitgliedern dienen (vgl. Buscher et al, 2012).

Unklar ist bislang, welche strukturellen Vorgaben für eine Fallbesprechung dienlich sind, ohne dass eine ganzheitliche Betrachtung verloren geht. In der Studie nach Bartholomeyczik und Halek (2011) wurden Fallbesprechungen auf Grundlage des Innovativen demenzorientierten Assessmentsystems (im Folgenden mit IdA abgekürzt) implementiert. Dieses Assessmentsystem wurde wiederum auf Grundlage des NBD- Modells entwickelt. IdA stellt eine klare Strukturierungshilfe dar, das festgelegte Themen vorgibt, die aus dem NDB-Modell operationalisiert wurden. Hier findet das im vorhergegangenen Kapitel beschriebene NDB-Modell einen konkreten Rahmen zur Anwendung (vgl. Halek, Bartholomeyczik, 2011). Fraglich bleibt, ob eine Fallbesprechung auf Grundlage des NDB-Modells alle beeinflussenden Faktoren für herausforderndes Verhalten erfasst.

In einem Projekt nach Buscher et al (2010) wurde hingegen eine narrative Fallbesprechung mittels einer Weiterbildung eingeführt. Die narrative Form besitzt die Offenheit des freien Erzählens, allerdings hängt hier das Ergebnis davon ab, was als herausforderndes Verhalten von den Mitgliedern verstanden wird (vgl. Buscher et al, 2010). Ziel beider Projekte war es, Erkundungs- und Reflexionsfähigkeiten zu fördern und einen kreativen Umgang mit herausfordernden Situationen zu erlernen (vgl. Bartholomeyczik, Halek 2011; Buscher et al, 2010).

Obwohl Fallbesprechungen als effektives Instrument gesehen werden um die Qualität in der Pflege zu verbessern, fehlen hierzu wissenschaftliche Fundierungen. Daher führten Reuther et al (2012) ein systematisches Review durch, in dem der Effekt von Fallbesprechungen auf das herausfordernde Verhalten von MmD in Pflegeheimen untersucht wurde. Außerdem wurden Auswirkungen auf die Kompetenzen, Einstellungen und den Stresspegel von Pflegenden evaluiert (vgl. Reuther et al, 2012). In vier von sieben Studien kamen die Autor_Innen zu dem Ergebnis, dass Fallbesprechungen herausforderndes Verhalten vermindern. Zwei Studien zeigten einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der MmD und wiederum zwei der Studien berichteten von einer Reduktion von Psychopharmaka nach den Fallbesprechungen. Keine Studie konnte einen negativen Effekt aufweisen. Von den sieben Studien konnten fünf die Zunahme von Kompetenzen und Haltungen sowie die Abnahme von Frustration und Stress bei den Pflegenden belegen. Eine der Studien zeigte, dass die Pflegenden durch die Fallbesprechungen viel reflektierter und selbstständiger arbeiteten. Pflegende berichteten, dass der Austausch von Informationen zu den MmD durch die Besprechungen verbesserte und das gemeinsame Vereinbaren von Zielen erleichterte. 111 verdeckte Beobachtungen zeigten, dass die Mitarbeiter_Innen, die bei einer Fallbesprechung teilnahmen, besser in der Lage waren, adäquat auf das herausfordernde Verhalten von MmD zu reagieren. Sie konnten sich eher in die Betroffenen hineinversetzen und nach den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen fragen. Insbesondere Situationen, in denen sich MmD aggressiv verhielten, konnten häufiger entschärft werden. Die Ergebnisse werden allerdings limitiert durch die unterschiedlichen Qualitäten der Studien und durch die unterschiedlichen Implementierungsweisen, Auslegungen und Durchführungen der Fallbesprechungen. Fehlende Informationen und Evaluierungen zu Durchführung und Implementierung lassen Schlussfolgerungen für die konkrete Umsetzung in der Praxis kaum zu (vgl. Reuther et al, 2012).

Auch wenn hier noch weiterer Forschungsbedarf besteht, sollen wichtige Ergebnisse folgend zusammenfassend festgehalten werden:

1. Fallbesprechungen bieten die Möglichkeit unter bestimmten Umständen Kompetenzen wie Beobachtungsgabe, Objektivität und Empathie bei Pflegenden zu trainieren.
2. Durch die Reflexion herausfordernder Situationen kann ein bewussterer Umgang mit dem Verhalten und damit auch mit Entscheidungsprozessen für die Anwendung von FEM geschaffen werden.
3. Die Kompetenz sich empathisch in die Situation der Betroffenen hineinzuversetzen und diese Lage nachzuempfinden wird durch Fallbesprechungen vertieft.

4. Neues implizites Wissen zu alternativen Handlungsmöglichkeiten fördert einen kreativen Umgang mit herausforderndem Verhalten und verringert den Kontrollverlust von Seiten der Pflegenden in Grenzsituationen.
5. Durch den Austausch im gesamten Team wächst der Erfahrungsreichtum in Form von kollektivem Wissen. Alle Teammitglieder haben so die Möglichkeit, auch von den Erfahrungen der Anderen zu lernen.

Gegebenenfalls ergibt sich in den Fallbesprechungen auch der Bedarf an explizitem Wissen zu bestimmten alternativen Handlungsmöglichkeiten und Verhaltensänderungen. Dieses kann in Form von geplanten Schulungen und Fortbildungen vermittelt werden, was das folgende Kapitel aufzeigt.

4.3 Schulungen der Pflegenden

Unabhängig von der Basisqualifikation empfehlen Bartholomeyczik et al (2006a) Weiterbildungen für alle Personen, die mit MmD in ihrem Alltag umgehen (Bartholomeyczik, 2006a).

Auch die Mehrheit der Leitliniengruppe um Köpke et al (2009) spricht sich trotz einer geringen Qualität der Evidenz dafür aus, Schulungsprogramme zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Pflege einzusetzen. Derzeit bleibt allerdings unklar, inwiefern die Schulungsprogramme und deren Einzelkomponenten zur Reduktion von FEM in der Pflege beitragen.

Möhler et al (2012) untersuchten in einem systematischen Review fünf randomisiert kontrollierte Studien auf ihren Effekt bezüglich der Reduktion von FEM.

In allen Studien erhielten die Teilnehmer_Innen eine Schulung. Fünf Studien führten zusätzliche Interventionen durch. In einer Studie wurden sogenannte „changeagents“ ausgebildet, welche das neue Wissen in die Praxis implementieren sollten. Diese Studie bot zusätzliche Unterstützung durch technische Hilfsmittel wie Hüftprotektoren, Sensorenmatten etc. an.

Die Schulungen beinhalteten folgende Themen:

- Informationen zu Demenz, Aggression und herausforderndem Verhalten
- Strategien zur Analyse und Umgang mit herausforderndem Verhalten, Erfahrungen selbst fixiert zu sein

- Informationen zum Entscheidungsprozess und Alternativen zu FEM
- Informationen zu Sturz und Sturzprävention

Die Studien, die in die das Review nach Möhler et al (2012) eingeschlossen wurden, sind untereinander sehr heterogen in Bezug auf: Definitionen von Freiheitsentzug, Interventionsinhalte und Ergebnisangaben. Ebenfalls war die Anwesenheit der Pflegenden bei den Schulungen sehr unterschiedlich. Die angegebenen Ausstiegsraten waren hoch und die zeitlichen Rahmen breit. Die Autor_Innen des Reviews schätzen die methodische Qualität von fünf Studien als gering bis mäßig ein, und zählten eine Vielzahl methodischer Ungenauigkeiten und erhöhten Biasrisiken auf. Besonders bei der Studie ‚Reduffix‘ nach Koczy et al (2011) bemängeln die Autor_Innen, dass sich der primäre Endpunkt, die Anzahl geplanter Pflegeheime und die Definition von FEM während der Durchführung geändert hat (vgl. Koczy et al, 2011). Eine andere Studie nach Huizing et al (2009) weist nach Interpretation der Autor_Innen eine bessere methodische Qualität auf und ist die einzige Studie mit einem geringen Risiko eines Selektionsbias. Diese Studie kommt jedoch im Gegensatz zu den anderen Studien zum Ergebnis, dass die durchgeführte Intervention zu einem Anstieg in der Anwendung von FEM führt (vgl. Huizing et al, 2009). Alle anderen Studien mit geringerer methodischer Qualität kommen zu dem Ergebnis, dass die Interventionen die Anzahl FEM reduziert. Allerdings fehlen hier Angaben zu den zugrundeliegenden evidenzbasierten Konzepten. Auf Grundlage der Ergebnisse des Reviews kann weder eine klinisch relevante Aussage darüber getroffen werden, ob eine Schulung für Pflegende zu weniger Gebrauch von FEM führt noch können Schulungsinhalte empfohlen werden (vgl. Möhler et al, 2012).

Als Folge auf das Review nach Möhler et al (2012) führten Köpke et al (2012) eine Studie durch, für die eigens eine multidimensionale Intervention in der Altenpflege entwickelt wurde, die auf der evidenzbasierten Leitlinie zur Reduktion von FEM nach Köpke et al (2009) basiert. Diese Intervention wurde mittels einer randomisierten, kontrollierten Studie in Hamburg und in Witten in 36 Pflegeheimen über ein halbes Jahr untersucht.

Nach einer systematischen Literaturanalyse wurde auf Grundlage der „UK Medical Research Council's methodological guidance for the development and evaluation of complex interventions“ ein Schulungsprogramm entwickelt. Die Schulungen adressierten drei Themenkomplexe: Einstellungen der Pflegenden, subjektive Normen und Kontrolle wahrgenommenen Verhaltens. Im Gegensatz zu den Studien des Reviews nach Möhler et al (2012), lag der Fokus nicht nur auf der Wissenserweiterung zu einem konkreten Set von

Alternativen zu FEM. Zusätzlich wurden auch die innere Haltung und Emotionen der Pflegenden angesprochen (Köpke et al, 2012). Komponenten der Intervention waren Gruppensitzungen für alle Pflegenden sowie zusätzliche Trainingseinheiten für ausgewählte Pflegende. Außerdem wurde beratendes Material an alle Pflegenden, Bewohner_Innen des Pflegeheims, Angehörigen und rechtliche Betreuer_Innen verteilt. Im Gegensatz zu bisherigen Interventionen wurden alle Pflegenden in die Programme eingebunden. Alle Interventionen wurden vorher auf ihre Durchführbarkeit und Akzeptanz bei den Pflegenden getestet.

Zu Beginn der Erhebung wurden 30,6% in der Kontrollgruppe und 31,5% in der Interventionsgruppe fixiert. Nach sechs Monaten sank die Rate in der Kontrollgruppe auf 29,6% und in der Interventionsgruppe auf 22,6%. Es konnten keine statistischen Veränderungen in der Sturzrate, sturzgeleitete Frakturen und die Verschreibung von Psychopharmaka aufgezeigt werden (vgl. Köpke et al, 2012).

Gulpers et al (2012) kommen auch zu dem Ergebnis, dass besonders durch die hinterfragende Einstellung zum Thema FEM ein Wandel im Umgang mit FEM vollzogen werden kann. Diesen Erkenntnissen ging eine quasiexperimentelle Studie in 26 gerontopsychiatrischen Stationen in den Niederlanden voraus. Die Intervention bestand aus vier Komponenten. Neben Schulungen, Besprechungen und dem Vorhandensein alternativer Interventionen wurde ein allgemeiner Politikwechsel in den Institutionen angestrebt. Durch den Besinnungswandel wurde von den Leitungsebenen schriftlich und mündlich von FEM abgeraten. Bettgitter wurden bei allen Neuaufnahmen untersagt. Das Schulungsprogramm bezog sich wie bei Köpke et al (2012) auf das gesamte Personal durch eine Specialist_In. Neben negativen Aspekten von FEM und Alternativen zu FEM standen auch hier Einstellungen und Entscheidungsprozesse von Pflegenden im Fokus. Ergebnis war, dass sich FEM signifikant reduzierten (vgl. Gulpers et al, 2012).

Zusammenfassend lässt sich folgern, dass Schulungen Möglichkeiten bieten, explizites Wissen zu rechtlichen Hintergründen von FEM, Zusammenhänge von Stürzen und FEM sowie zu alternativen Handlungsmöglichkeiten zu vermitteln. Allerdings scheinen Schulungen, die einen Zuwachs an Sachwissen bewirken, nicht auszureichen, um das Verhalten der Pflegenden zu verändern. Eine Einstellungs- und Verhaltensänderung hängt auch davon ab, ob die Inhalte der Schulungen die Emotionen und Haltungen der Pflegenden ansprechen. Dabei ist es nach Köpke et al (2012) und Gulpers et al (2012) von Bedeutung, dass das gesamte Team einer Einrichtung in den Wandel miteinbezogen wird und dass die Schulungen über einen längeren Zeitraum stattfinden. Einmalige, kurze Schulungen, die nur an bestimmte Personen im Team gerichtet sind, reichen nicht aus, um die Praxis nachhaltig zu

verändern (vgl. Köpke et al, 2012; Gulpers et al, 2012). Das bestätigen auch Bartholomeyczik et al (2006a) in ihrer systematischen Recherche zur Evidenz von Fallbesprechungen (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Konkrete Konzepte oder Methoden für den Umgang mit herausforderndem Verhalten bei MmD, die sich als Inhalte für Schulungen empfehlen, werden deshalb folgend vorgestellt.

5 Empfehlungen zur Deeskalation von herausforderndem Verhalten und Prophylaxe von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Menschen mit Demenz

Eine Expertengruppe aus Witten/Herdecke entwickelte mittels einer systematischen Literaturanalyse und Expertenkonsens im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zusammen mit dem Kuratorium deutsche Altenhilfe Rahmenempfehlungen für die stationäre Pflege von MmD und den Umgang mit herausforderndem Verhalten. Die Recherche der Expertengruppe zeigt, dass bisherige Studien keine eindeutige Auskunft darüber geben, welche pflegerischen Interventionen für welche Art von Verhalten geeignet und effektiv sind. Eine pflegerische Intervention kann den Autor_Innen nach „immer nur auf Grundlage eines individuellen und umfassenden Assessments der spezifischen Situation erfolgen“ (Bartholomeyczik et al, 2006a, S. 59). Die Expertengruppe gibt Empfehlungen zu den am meisten bearbeiteten und häufig in der internationalen Literatur genannten Interventionen und untersuchte diese auf ihre Effektivität sowie Qualität (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Zur Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur Reduktion von FEM in der Altenpflege wurde ein deutschlandweites Expertenteam aus verschiedenen Fachgebieten zusammenberufen. Nachdem die Teilnehmer_Innen eine eintägige Schulung zu evidenzbasierter Entwicklung von medizinischer Leitlinienentwicklung erhielten, wurde eine systematische Literaturanalyse durchgeführt. Die Leitlinie gibt Empfehlungen zu 24 verschiedenen Interventionen, die konkret FEM verhindern sollen, wobei jeweils unter den 15 Pflegewissenschaftler_Innen abgestimmt wurde. Konzepte für die ambulante Pflege in der eigenen Häuslichkeit konnten bei der Literaturrecherche keine identifiziert werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Leitlinie und der Rahmenempfehlungen, die sich auf den Umgang mit herausforderndem Verhalten und Reduktion von FEM bei MmD in der stationären Versorgung beziehen, zusammengefasst dargestellt.

5.1 Personenzentrierte Pflege

Die Leitliniengruppe um Köpke et al (2009) vertritt die Auffassung, dass trotz fehlender Evidenz eine personenzentrierte Pflege prinzipiell gegenüber einer Funktionspflege den Vorzug haben sollte (9 von 16 Stimmen). Damit könne eine individuelle Pflege gewährleistet werden, die den Bedürfnissen von MmD gerecht wird (vgl. Köpke et al, 2009). Stokes psychogenes Modell (2001) hebt hervor, dass wir dazu neigen, die Probleme eines MmD stets auf die Erkrankung zurückzuführen und dabei psychosoziale Aspekte vernachlässigen. Er sieht

Demenz als Barriere, die verhindert, den Menschen als Person zu betrachten und zu verstehen. Besonders erschwert wird das Verstehen durch die versperrten verbalen Kommunikationswege die Pflegenden die Verhaltensweisen von MmD häufig als sinnlos und störend erscheinen lassen (vgl. Stokes, 2001). In der personenzentrierten Pflege steht hingegen die Persönlichkeit im Zentrum, die es zu achten und zu fördern gilt. Eine personenzentrierte Pflege bedeutet demnach die Abkehr von der Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen als ein Objekt der Fürsorge und Versorgung (vgl. Kitwood, 2000).

MmD als gleichberechtigte Person zu akzeptieren, bedeutet auch den Willen der Betroffenen zu achten und die Person trotz ihres Verhaltens nicht zurückzuweisen. Es gilt nach Bartholomeyczik et al (2006a) die subjektive Sichtweise von MmD Raum und Zeit zu geben, mit dem Recht darauf, anders zu sein, anders zu denken und zu leben (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Kitwood (2000) wendet sich wie Stoke (2001) gegen die Sichtweise, dass auffälliges Verhalten nur als hirnorganisches Geschehen gedeutet werden kann, das wiederum nur mittels medizinischer Behandlungen zu therapieren ist. Vielmehr beziehen sie sich in ihrem Modell auf die psychosozialen Bedürfnisse von MmD (vgl. Kitwood, 2000).

Die Beziehung zwischen Pflegenden und MmD spielt dabei eine ausschlaggebende Rolle. Kitwood (2000) bezieht sich hier auf den Philosophen Martin Buber, der zwischen Ich-Es und Ich-Du-Beziehungen unterscheidet und davon ausgeht, dass Personensein nur in der Interaktion mit anderen erreicht werden kann (vgl. Buber In: Kitwood, 2000). Kitwood (2000) sieht in der personenzentrierten Interaktion zwischen Pflegenden und MmD ein therapeutisches Potenzial. Durch eine bedürfnisorientierte Pflege soll Wohlbefinden und Lebensqualität bei MmD gefördert und die Identität der Person gestärkt werden. Kitwood (2000) bezieht sich des Weiteren auf Carl Rogers und setzt für eine therapeutisch wirksame Beziehung die Grundelemente: Echtheit, Wertschätzung und Empathie voraus (vgl. Rogers In: Kitwood, 2000).

Eine Orientierung an der autonomen Persönlichkeit eines MmD widerspricht jeglichen Maßnahmen, die diese einschränken. Damit werden FEM jeglicher Legitimation entzogen. Wie sich allerdings dieser Ansatz in die Praxis implementieren lässt, bleibt im Rahmen dieser Arbeit offen.

5.2 Alternative Therapien und psychosoziale Interventionen

Der Einsatz von psychotropen Medikamenten zur Behandlung von herausforderndem Verhalten ist sehr umstritten. Außerdem gehen sie häufig mit starken Nebenwirkungen einher (vgl. Kleijer et al, 2009). Aufgrund dieser Tatsache, wird auf herausforderndes Verhalten immer mehr mit verschiedenen alternativen Therapien und psychosozialen Interventionen reagiert. Dazu zählen u.a. tiergestützte Therapien, Aromatherapien, kognitive Stimulationstherapien, Musiktherapien, Kunsttherapien, körperliche Betätigungen, Lichttherapien, Anregung einzelner Sinne durch Berührungen mittels basaler Stimulation und Massagen, multisensorische Stimulationen wie Snoezelen, spezielle Tagesstrukturierungen und Beschäftigungen durch z.B. Werkzeugkisten-Ansätze, und den Einsatz von Puppen und Spielzeugen, (integrative) Validation, transkutane elektrische Nervenstimulation, realitätsorientierte Therapien, Reminiszenztherapien (Erinnern lebensgeschichtlicher Ereignisse und Beziehungen, welches Identität und soziale Zugehörigkeitsgefühl stärken soll) etc. Die Besonderheit dieser Verfahren ist, dass sie präventiv eingesetzt werden können, um das allgemeine Wohlbefinden zu steigern. Sie bieten aber auch in akuten Situationen Handlungsoptionen. Diese können von Pflegenden selber oder auch von speziell ausgebildetem Personal in einer Einrichtung angeboten werden (vgl. James, 2011).

Die Leitliniengruppe um Köpke et al (2009) untersuchte mittels einer systematischen Literaturrecherche eine Reihe der oben genannten Interventionen auf ihren Evidenzgrad bzgl. der Reduktion von FEM. Von der Leitliniengruppe werden davon spezifische Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung von MmD empfohlen sowie aktive und passive Musikinterventionen, tiergestützte Therapien wie auch aktive und passive Bewegungsanregungen. Die Leitlinie kann aufgrund fehlender Evidenzen noch keine Empfehlungen bzgl. Validation, Snoezelen, basale Stimulation, Aromatherapie und Berührungen, geriatrisch rehabilitative Maßnahmen, Nachtgestaltung, Individuelle Toilettengänge, realitätsorientierte Therapien, biographieorientierte Interventionen und Lichttherapie machen (vgl. Köpke et al, 2009). Dafür bedarf es noch weiterer Forschungen. Zunächst sollen in dieser Arbeit das Vorhandensein und die Vielzahl an möglichen Alternativen zu FEM aufgewiesen werden. Des Weiteren soll die (integrative) Validation, als ein Beispiel für eine psychosoziale Intervention, kurz erläutert werden.

Validation ist eine Kommunikationsmethode mit MmD, die sich an der humanistischen Psychologie nach Carl Rogers orientiert und von Naomi Feil in den 1960er Jahren entwickelt wurde. Auf Initiative von Nicole Richard wurde die Validation nach Feil in den Jahren 1992 bis 1997 von einer Bundesarbeitsgemeinschaft weiter entwickelt. Als Ausgangspunkt der

Demenz werden hier nicht mehr, wie in der Theorie nach Feil, unerledigte Lebensaufgaben betrachtet, sondern die Verhaltensänderungen, die durch hirnrorganische Erkrankung entstehen (vgl. Feil, Klerk-Rubin, 2013). Bartholomeyczik et al (2006a) unterscheiden zwischen der Validationstherapie, die begrenzt und geplant eingesetzt wird und einer grundsätzlich validierenden Haltung. Die Expertengruppe um Bartholomeyczik et al (2006a) empfiehlt insbesondere eine solche bestätigende wertschätzende Haltung im Umgang mit MmD und herausforderndem Verhalten (vgl. Bartholomeyczik, et al 2006a). Naomi Feil geht davon aus, dass sich MmD im Laufe der Erkrankung zunehmend in eine innere, gefühlsgeprägte Wirklichkeit zurückziehen. Die gegenwärtige Realität, die geprägt ist von dem Erleben von Verlusten verschiedener Fähigkeiten, wird als schmerzhaft empfunden. Die unterschiedlichen Situationsverständnisse zwischen Pflegenden und dem MmD scheint nach Feil das Hauptproblem im Umgang mit MmD zu sein. Den Kern der Validation bildet die Bereitschaft, sich in die ‚innere Welt‘ der MmD einzufühlen. Ausgangspunkt der Validation ist, ähnlich wie in der personenzentrierten Pflege, die Überzeugung, dass jedes Verhalten eine Bedeutung hat. In der Kommunikation mit MmD soll der Fokus auf den Gefühlen und Intentionen einer Äußerung oder einer Handlung liegen. Durch Bestätigung und Akzeptanz der MmD soll sich das Wohlbefinden und das Verhalten der Betroffenen positiv verändern (vgl. Feil, Klerk-Rubin, 2013).

Die Expertengruppe empfiehlt, Validation nicht nur präventiv einzusetzen, sondern auch in psychiatrischen Krisen bei Wahnvorstellungen, Panikattacken, Halluzinationen und bei aggressivem Verhalten. Auch werden Deeskalationsstrategien im Umgang mit aggressivem Verhalten empfohlen. Geeignet hierfür erscheinen der Expertengruppe die Leitsätze „bei entstehender Spannung und bei Gefahr“ nach Sauter (vgl. Sauter, 2004). Auch eine S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gibt unter dem Titel „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ konkrete Empfehlungen für Deeskalationsstrategien (vgl. DGPPN, 2009).

5.3 Anpassung der Umgebung

12 von 16 Stimmen der Leitliniengruppe um Köpke et al (2009) empfehlen Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung des Innen- und Außenbereichs von Alten- und Pflegeheimen. Allgemein wird angenommen, dass die physikalische und räumliche Umgebung bzw. Umwelt

das Wohlbefinden und das Verhalten von Bewohner_Innen, insbesondere von dementiell erkrankten, maßgeblich beeinflusst. Eine Evidenz liegt bisher dafür aber noch nicht vor (vgl. Köpke et al, 2009). Zu umgebungsgestaltenden Maßnahmen zählt im Innenbereich beispielsweise die Gestaltung einer häuslich-vertrauten Atmosphäre mit privaten Rückzugsräumen und Gemeinschaftsräumen zum sozialen Austausch. Die Räume sollen eine beruhigende Wirkung haben. Passende Farbgebung und deutliche Beschriftungen dienen zur Orientierung. Im Außenbereich können z.B. therapeutische Gärten Bewegungsfreiheit bieten und Agitationen entgegenwirken (vgl. James, 2011).

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe gibt eine Reihe von Empfehlungen zu Gestaltungsmaßnahmen. Da es nach der systematischen Analyse der Literatur nach Köpke et al (2009) noch keine Aussagen dazu gibt, inwiefern Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung zur Reduktion von FEM beitragen, besteht hier noch Forschungsbedarf. Die Maßnahmen werden aber daher nicht von der Leitliniengruppe als mögliche Alternativen ausgeschlossen (vgl. Köpke et al, 2009). Die Leitliniengruppe um Köpke et al (2009) weist darauf hin, dass umgebungsgestalterische Maßnahmen die FEM verhindern sollen, kritisch reflektiert werden müssen, ob diese nicht selber die Freiheit der Bewohner_Innen einschränken. Besonders bei segregativen Konzepten darf die bauliche Trennung des Wohnbereichs keine Barriere zur Außenwelt darstellen. Solche Maßnahmen stellen an sich bereits eine FEM dar (vgl. Köpke et al, 2009).

Ein Ergebnis der Literaturanalyse von Bartholomeyczik et al (2006a) ist, dass Einschränkungen des Sehvermögens signifikant mit abweichenden Verhaltensweisen, wie verschobenem Tagesrhythmus, Agitation und Halluzinationen bei MmD verbunden sind. Da MmD im höheren Lebensalter von diversen Beeinträchtigungen der Sehleistung betroffen sein können, empfehlen Bartholomeyczik et al (2006a) insbesondere die Anpassung der baulichen Umgebung im Bereich der Beleuchtung. Hier werden verschiedene Aspekte genannt, wie eine stärkere aber schattenarme Beleuchtung, die Vermeidung von Direkt- und Reflexblendungen, eine gute Farbwiedergabe, flimmerfreies Licht, tageslichtähnliche Veränderungen und natürliche und flexible Lichtquellen (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Jedoch können Köpke et al (2009) zu dem Teilaspekt der hellen Beleuchtung als Umgebungsgestaltung keine Empfehlungen aussprechen, da Evidenzen zu Auswirkungen auf FEM fehlen (vgl. Köpke et al, 2009).

5.4 Spezifische Signalsysteme

10 von 15 Expert_Innen stimmen in der Leitlinie nach Köpke et al (2009) dem Einsatz von Signalsystemen trotz der breiten menschenrechtlichen Diskussion zu. Signalsysteme, die Bewegungen von MmD signalisieren, tangieren nach der Leitliniengruppe zwar die Menschenwürde der MmD stellen einen Eingriff in deren Intimsphäre dar und sind genehmigungspflichtig, werden aber von der Leitliniengruppe nicht als FEM gewertet. Zu solchen Maßnahmen zählen z.B. Matten, die auf Druck oder Bewegung ein Signal senden, Türsensoren oder Chips, welche an der Kleidung der Betroffenen befestigt werden und bei Verlassen der Einrichtung ein Signal aussenden. Sensoren, welche durch Bewegungen Lampen oder Beleuchtung an bzw. abschalten, stellen nach Meinung der Leitliniengruppe keine Signalsysteme dar, welche die Menschenwürde der Betroffenen tangieren (vgl. Köpke et al, 2009). Um Signalsysteme einzusetzen, müssen diese nach der Leitliniengruppe immer auf einem Handlungskonzept basieren, welches festlegt, wie auf ein ausgelöstes Signal im Einzelfall reagiert wird. Außerdem ist die persönliche Einstellung des jeweiligen MmD zu solchen technischen Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Der Einsatz muss die Privat- und Intimsphäre der Person wahren, deshalb lehnt die Leitliniengruppe Systeme zur dauerhaften Überwachung, beispielsweise durch Videokameras oder akustische Systeme (z.B. „Babyphone“ o.ä.) bei MmD ab. Bisher ist allerdings ein klinischer Nutzen von Signalsystemen und deren angewandten Handlungskonzepten bei MmD noch nicht bewiesen (vgl. Zwijsen et al, 2012).

5.5 Spezifische Betreuung und Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz

Aufgrund der besonderen Bedürfnisse von MmD und den damit wachsenden Problemen in der stationären Versorgung, etablieren sich in einigen Ländern, u.a. auch in Deutschland, immer mehr besondere Wohnkonzepte für MmD. Zu den bekanntesten gehören die Domus Unit, Anton Piekhofje, das Cantou-Modell, das Schweden-Modell oder Special Care Units (im weitem mit SCU abgekürzt) sowie in Deutschland Haus- und Wohngemeinschaften und ambulant betreute Wohngruppen (vgl. Bartholomeyczik et al, 2006a). Die Übereinstimmung dieser Konzepte liegt in einer Orientierung an den Bedürfnissen von MmD, wodurch ein komplexes Modell entsteht, das aus verschiedenen, sich bedingenden und wechselseitig wirkenden Komponenten besteht (vgl. Köpke et al, 2009). Bisher gibt es allerdings kaum Forschungsergebnisse zu diesen Konzepten. Eine im Vergleich höhere Evidenz weisen USCs

auf. Die Leitlinie nach Köpke et al (2009) empfiehlt einstimmig eine spezifische Betreuung für MmD in der Altenpflege. SCUs scheinen eine sinnvolle Einrichtung zu sein, um herausforderndes Verhalten und FEM zu lindern. Allerdings bleibt unklar, welche konkreten Konzepte und welche Faktoren innerhalb der multidimensionalen Konzepte eine Wirkung zeigen und welche nicht. Anscheinend ist das Zusammenspiel verschiedener Faktoren ausschlaggebend (vgl. Köpke et al, 2009). Trotzdem weist die Expertengruppe darauf hin, dass eine solche Abteilung ein besonderes Betreuungskonzept beinhalten und nicht nur aus gesonderten Räumlichkeiten bestehen sollte. Die Autor_Innen geben außerdem zu bedenken, dass segregative Konzepte eine soziale Ausgrenzung und eine Stigmatisierung der MmD oder der Abteilung bewirken können. Daher sprechen sie sich eher für integrative als für segregative Konzepte aus (vgl. Köpke et al, 2009).

Als konkretes Betreuungskonzept kann z.B. die Milieutherapie genannt werden, die aufgrund fehlender empirischer Fundierungen von Köpke et al (2009) noch nicht empfohlen werden kann. Milieutherapie ist ein komplexes Konzept, das die oben beschriebenen räumlichen, architektonischen Gestaltungen mit den psychosozialen Interventionen sowie speziellen Qualifikationen und patientenorientierten Pflegekonzepten und Leitbildern verknüpft (vgl. Köpke et al, 2009).

Unter anderem wurden auch in Hamburg in einem Projekt nach Weyerer und Schäufole (2009) 750 Pflegeheimplätze so konzeptionell umgestaltet, dass sie den besonderen Bedürfnissen von MmD gerecht werden. Dabei mussten milieutherapeutische Grundsätze der Betreuung eingehalten werden, wie die Anpassung des Lebensraums und der Tagesgestaltung, eine Orientierung der Pflege an Biographie, Ressourcen und Wünsche der MmD sowie aktivierende Betreuungsangebote. Zu den baulichen Anforderungen gehörte die Bedingung, dass Gruppen und Rückzugsräume vorhanden waren sowie Wege zum Wandern. Anforderungen an die Mitarbeiter_Innen waren spezielle Schulungen, Beratungen und Fallbesprechungen im Umgang mit MmD. Die fachliche Leitung musste eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation vorweisen können (vgl. Weyerer, Schäufole In: DGGPP, 2009)

Weyerer und Schäufole (2009) untersuchten dieses Projekt im Hinblick auf FEM und verglichen die Hamburger Einrichtungen mit einer Zufallsstichprobe aus elf Mannheimer Altenpflegeheimen. Ergebnis war, dass Bettgitter und Fixierungen signifikant seltener in den Einrichtungen genutzt wurden, die sich auf eine spezielle Betreuung von MmD fokussiert hatten (vgl. Weyerer, Schäufole, In: DGGPP, 2009).

6 Fazit

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass bei MmD und einem hohen Pflegebedarf ein sehr hohes Risiko besteht, FEM zu erleben. Ein Hauptargument hierfür ist das mit der Erkrankung häufig einhergehende Phänomen des herausfordernden Verhaltens. Dieses äußert sich in verschiedenen Formen. Einen besonders hohen Einfluss scheinen aggressive und agitierte Verhaltensformen zu haben. Gründe für herausforderndes Verhalten werden in einer Reihe von Erklärungsmodellen beschrieben, es gibt bisher aber noch keinen empirischen Konsens über Gründe und Ursachen für herausforderndes Verhalten, deutlich ist die Komplexität und Multidimensionalität der beeinflussenden Faktoren.

Belegt ist, dass sich herausforderndes Verhalten und eine erhöhte Sturzgefahr bei MmD gegenseitig bedingen. So ist es nicht verwunderlich, dass eine erhöhte Sturzgefahr als ein weiterer Hauptgrund für die Anwendung von FEM genannt wird.

Pflegende beschreiben in Interviews selber, dass sie in Situationen, in denen sie FEM anwenden, keinen anderen Ausweg sehen. Durch eine FEM wird der Versuch gestartet, die verlorene Kontrolle über eine Situation wiederzuerlangen. FEM wirken dabei allerdings nur symptomatisch. Die Ursache des zugrunde liegenden Problems bleibt oft unerkannt. Anstatt wirkungsvolle Handlungsansätze im Umgang mit herausforderndem Verhalten zu entwickeln, wird versucht dieses zu unterbinden.

Durch FEM konnte bisher keine Reduktion von Stürzen oder selbstgefährdenden, herausfordernden Verhaltensweisen erreicht werden. Trotzdem werden FEM weiterhin in der Praxis angewandt. Mit der Ausrichtung auf Fürsorge wird unter Pflegenden versucht, diese Gewalttat zu legitimieren. So können Gefühle der Schuld auf Seiten der Pflegenden kompensiert werden. Die Gewalttat wird damit zur Schutzmaßnahme deklariert.

Dabei gefährden gerade FEM die Sicherheit der Betroffenen und steigern die Verletzungsgefahr. Insbesondere bei MmD sind die negativen Auswirkungen von FEM auf Körper und Seele höher zu bewerten.

Unklar bleibt, welchen Einfluss organisatorische Rahmenbedingungen, wie etwa ein niedriger Personalschlüssel, auf die Anwendung von FEM haben. Eine wesentliche Rolle im Entscheidungsprozess für FEM spielen Pflegende. Neben der Einstellung der Pflegenden ist mangelndes Wissen über FEM und mangelndes Verständnis von herausforderndem Verhalten ein beeinflussender Faktor.

Um FEM in der Pflege wirksam zu reduzieren, sind Methoden nötig, welche ein hermeneutisches Fallverstehen und eine genaue Bedürfnisanalyse auf Seiten der Pflegenden

entwickeln. Hierfür ist eine empathische, therapeutische Pflegebeziehung Voraussetzung um individuell auf herausfordernde Situationen eingehen zu können. Die nötigen Kompetenzen können im Rahmen einer Fallbesprechung im Team entwickelt werden. Gleichzeitig wird dadurch der Handlungsspielraum von Pflegenden in herausfordernden Situationen erweitert. Fraglich bleibt, auf welchem Konzept eine Fallbesprechung basieren sollte. Hier bedarf es weiterer Forschungen.

Mittels Schulungen können fehlende Informationen vermittelt werden. Die Schulungen sollten auf einem evidenzbasierten Konzept beruhen und neben der Vermittlung von Sachwissen auch Haltung, Einstellungen und Werte von Pflegenden fokussieren. Wie die Schulungen konkret aufgebaut sein sollten, bleibt im Rahmen dieser Arbeit auch offen. Hierzu bedarf es weiterer Forschungen.

Die Sichtung von Studien zu Alternativen von FEM verdeutlichte, dass eine wirkungsvolle Reduktion von FEM möglich ist, wenn präventive Maßnahmen ergriffen werden, die sich auf die besonderen Bedürfnisse von MmD beziehen. Auf den verfahrensrechtlichen Ansatz ‚Werdenfelser Weg‘ des Amtsgerichtes Garmisch Partenkirchen (2007) wurde im Zuge dieser Arbeit daher bewusst nicht eingegangen. Es handelt sich hierbei um ein Verfahren, welches spezialisierte Verfahrenspfleger_Innen einsetzt, allerdings erst wenn FEM zur Anwendung kommen (vgl. Amtsgericht Garmisch Partenkirchen, 2007).

Bei der Recherche zu der Frage wie FEM reduziert werden können, wurde deutlich, dass es keine festen Handlungsstrategien gibt, die auf jeden Fall anwendbar sind. Vielmehr sollte jeder Anwendung von bestimmten Interventionen ein genaues Assessment der Situation vorausgehen.

Pflegenden kommt hier eine zentrale Rolle zu, da sie in ihrer Arbeit an der Lebenswelt von pflegebedürftigen Menschen unmittelbar teilhaben. Für die ambulante Pflege konnten keine speziellen Empfehlungen gefunden werden. Für die stationäre Versorgung werden folgende Interventionen empfohlen die von Pflegenden oder anderen Berufsgruppen durchgeführt werden können: Spezifische Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung von MmD sowohl aktive und passive Musikinterventionen, tiergestützte Therapien als auch aktive und passive Bewegungsanregungen. Weitere Bedeutung kommt einer demenzgerechten Umgebungsgestaltung zu.

Empfohlen werden für die stationäre Pflege spezifische Betreuungsformen, in denen die zuvor genannten Komponenten vereint werden können. Auch Signalsysteme werden empfohlen, welche das Verlassen der Einrichtung oder der Station melden. Allerdings sollten diese

Empfehlungen kritisch hinterfragt werden. Es bleibt fraglich, warum bei MmD diese Maßnahmen nicht als Freiheitsentzug gewertet werden, aber Signalsysteme bei Straftäter_Innen rechtlich gesehen FEM darstellen.

Konzepte der Validation und der personenzentrierten Pflege bieten einen Ansatz, um einen Zugang zu MmD zu bekommen und diese als gleichberechtigte Personen zu akzeptieren. Die beschriebenen Konzepte müssten zudem auf ihre Evidenz hin überprüft werden.

Aus der Analyse des gesichteten Materials lassen sich letztlich die eingangs gestellten Fragen folgendermaßen beantworten:

Grund für die häufige Anwendung von FEM bei MmD ist das Phänomen des herausfordernden Verhaltens. Dieses bringt Pflegende häufig an ihre Wissens- und Kompetenzgrenzen. Es besteht eine Vielzahl von alternativen Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit herausfordernden Situationen. Diese müssen im Weiteren auf ihre Evidenz hin überprüft werden. Voraussetzung für die Umsetzung solcher Konzepte und Interventionen ist die Entwicklung pflegerischer Wissens- und Handlungskompetenzen. Schulungen und Fallbesprechungen bieten unter Umständen eine Möglichkeit, diese zu vermitteln.

Welche Bedeutung die Ergebnisse für die pflegerische Praxis haben können, möchte ich anhand des Eingangs beschriebenen Fallbeispiels erläutern:

Das geschilderte Erlebnis spielte sich auf einer Station ab, die als Aufnahme- und Kurzliegestation fungierte. Hier werden besonders viele MmD aufgenommen. Das Ziel der Station ist es, bei Patient_Innen mit einem dementiellen Krankheitsbild einen langen Krankenhausaufenthalt möglichst zu vermeiden. Das Stationsteam ist darauf spezialisiert, schnelle Diagnosen zu stellen, um MmD meist frühzeitig entlassen zu können. Eine ambulante Therapie und Betreuung soll folgend in der vertrauten häuslichen Umgebung stattfinden.

Diese Station könnte nach den Ergebnissen der Recherche davon profitieren, wenn sie als spezifische Betreuungsstationen umfunktioniert werden würde. Dadurch könnte eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden von MmD gewonnen werden, was sich wiederum positiv auf herausforderndes Verhalten und FEM auswirken kann. Eine Rolle spielen hier auch die Anpassungen der Umgebung und das Angebot von alternativen Therapien und Beschäftigungen. Zu bevorzugen wäre ein integratives Konzept, welches MmD als gleichwertige Personen in einer gemischten Patientengruppe der Station teilhaben lässt.

Gleichzeitig müsste das Team in besonderer Weise für den Umgang mit MmD und FEM geschult sein. Ein aufgeklärtes Stationsteam hätte eventuell die FEM kritisch in Frage gestellt. Bettgitter würden von geschultem Personal nicht als Sturzprophylaxe verstanden werden. Weder das Bettgitter noch eine Sedierung könnten als Lösung des ursächlichen Problems der Patientin auf der Station gelten.

Die Pflegenden hätten also Wissen über kausale Zusammenhänge von Stürzen und FEM. Für mich persönlich stellte das Verhalten der Patientin in der anfangs beschriebenen Situation die größte Herausforderung dar. Die Hilflosigkeit in dieser Situation entstand, weil mir als Pflegende die entsprechenden Kompetenzen fehlten, um mich in die Situation hineinzusetzen und das Verhalten nachvollziehen zu können. Fehlendes Wissen zu alternativen Handlungsmöglichkeiten verstärkte das Ohnmachtsgefühl. Gleichzeitig herrschte das Pflichtgefühl vor, die Patientin zu schützen und ich wagte es nicht, die Bettgitter einfach abzubauen.

Eine Fallbesprechung hätte den Rahmen bieten können, sich über dieses Verhalten der Patientin auszutauschen und das Handeln zu reflektieren. Gemeinsam hätten neue Handlungsstrategien entwickelt werden können, die einen kreativen Umgang mit derartigen herausfordernden Situationen ermöglichen, ohne die Selbstbestimmung der Patientin einzuschränken. Als präventives Beispiel wären hier, auf Grund des hohen Wunsches nach körperlicher Aktivität, Bewegungsangebote zu nennen sowie regelmäßige soziale Kontakte (die Pat. wohnte in einem Einzelzimmer) und Gestaltung einer pflegerisch-wertschätzenden Atmosphäre.

Analysiere ich mein eigenes Vorgehen so fällt auf, dass auch ich noch während der Literaturrecherche im Rahmen dieser Arbeit anfänglich nach Mitteln suchte, die Stürze in anderer Weise verhindern könnten. Nachdem ich die Erkenntnis gewonnen hatte, dass Stürze einer der am häufigsten genannten Gründe für die Anwendung von FEM sind, suchte auch ich eine ganze Weile nur nach symptomatischen Behandlungsstrategien. Wieder blieb das Grundproblem des herausfordernden Verhaltens unberücksichtigt.

Für weitere Untersuchungen stellt sich die Frage, warum die nötige Offenheit gegenüber MmD oft fehlt, um ein Verständnis für ihr Verhalten zu entwickeln. Wieso wird herausforderndes Verhalten häufig unter dem Begriff des „Störenden Verhaltens“ von Pflegenden abgewertet? Wenn das Verhalten der MmD nur als störend interpretiert wird, bleiben die Ursachen, die dieses Verhalten beeinflussen unerkannt.

Im Verlauf einer Demenz scheinen die Betroffenen immer mehr zu Objekten der Fürsorge zu werden, welchen eine autonome Selbstbestimmung nach und nach abgesprochen wird. Die Ressourcen von MmD, welche einen differenzierten emotionalen Ausdruck auch in fortgeschrittenen Stadien ermöglichen, werden dabei schnell übersehen. In einer Gesellschaft in der Leistung, Fitness und Jugend prägende Ideale darstellen, ist eine Reflexion unseres Altersbildes unabdingbar, um einen würdevollen Umgang auch mit älteren MmD zu gewährleisten. Dieser Umgang mit MmD fordert die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und Verletzbarkeit des Lebens. Er bietet aber auch die Möglichkeit, solche Grenzerfahrungen, als natürlichen Teil des Lebens zu verstehen.

Um FEM bei MmD wirksam zu reduzieren, bedarf es in der Öffentlichkeit mehr Aufmerksamkeit und Sensibilität für Gewalt gegen ältere Menschen. Kampagnen gegen Gewalt bei Kindern gibt es hingegen reichlich. Ein allgemeiner Politikwechsel könnte unterstützend wirken. In den Niederlanden sind beispielhaft Bettgitter zur Sturzreduktion seit 2011 gesetzlich verboten.

Die Pflege von MmD kann mit einem Minimum an Gewalt auskommen, dies verdeutlichen in der vorliegenden Arbeit Studien zu dem Thema FEM aus dem In- und Ausland. Die Untersuchung von MmD im Zusammenhang mit FEM bedarf allerdings weiterer vergleichbarer epidemiologischer Studien, um genauere Aussagen zu treffen.

Im Zuge dieser Arbeit wurde keine Spezialisierung auf ein bestimmtes pflegerisches Setting vorgenommen. Hier bedarf es in Zukünftigen Untersuchungen genauerer Differenzierung. Besonders der Bereich der ambulanten und familiären Pflege stellt ein noch unerforschtes Feld bzgl. FEM da. Dabei ist hier gerade durch die Tatsache, dass FEM in der familiären Pflege keiner richterliche Genehmigung bedürfen höchste Aufmerksamkeit geboten

Zur Reduktion von FEM müssen stationäre Einrichtungen in denen professionelle Pflegenden tätig sind, wie auch ambulante Pflegedienste, ein größeres Verantwortungsbewusstsein verinnerlichen. Die Umsetzung von bestehenden Konzepten zur Reduktion von FEM in der Praxis verlangt eine flexiblere Handhabung von Rahmenbedingungen und Strukturen in der Pflege. Die Arbeitsplätze von Pflegenden müssen so gestaltet werden, dass Pflegende genügend Spielraum und Freiheit haben, die Arbeitsabläufe an die Bedürfnisse von MmD anzupassen. In diesem Rahmen wird es überhaupt erst möglich sein, bei herausforderndem Verhalten kreative Alternativen zu entwickeln.

Nicht zuletzt kommt eine umfassende Verantwortung jeder/m einzelnen Pflegenden_n zu eine Perspektive zu entwickeln und zu erhalten, in der die Selbstbestimmung eines MmD stets gegenüber FEM Vorrang hat.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Bartholomeyczik S, Halek M, (2006)** Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. 1 Auflage. Schlüter Verlag, Hannover.

Literaturverzeichnis

Amtsgericht Garmisch Partenkirchen (2007) Der Werdenfelser Weg zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege. Download vom 17.01.2014 <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/>.

Bartholomeyczik S, Halek M (2011) Herausforderndes Verhalten demenzkranker Menschen In: Haberstroh J, Pantel J, Demenz Psychosozial Behandeln. 1 Auflage. AKA Verlag, Heidelberg 281-293.

Bartholomeyczik S Halek M, (2006) Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. 1 Auflage. Schlüter Verlag, Hannover.

Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner, C (2006a) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit, Witten.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (BStMAS) (2006) Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege-Leitfaden des Bayrischen Landespflegeausschuss. Download vom 13.12.2013. <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/Fixierungsleitfaden.pdf>.

Berzlanovich AM, Schöpfer J. Keil W (2012) Todesfälle bei Gurtfixierungen. In: Deutsches Ärzteblatt 3, 27-32. Download vom 6.12.2013 <http://data.aerzteblatt.de/pdf/109/3/m27.pdf>.

Brethauer C. Becker B. Eichner P. Koczy Th. Nikolaus, Z (2005) Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. In: Gerontology and Geriatrics 38, 10–18.

Bobbert M. (2002) Patientenautonomie und Pflege: Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. 1. Auflage. Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (2012) Grundgesetz für die Bundespolitik Deutschland. Download vom 20.04.2014. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2013) Strafgesetzbuch. Download vom 17.04.2014. <http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/>.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2013) Bürgerliches Gesetzbuch. Download vom 17.04.2014 <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/>.

Buscher I, Dichter MN, Vollmar HV, Holle D, Bartholomeyczik S, Halek M, Reuther S (2012) Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. In: International Psychogeriatrics 24, 1891–1903.

Buscher I Reuthte S, Holle D, Bartholomeyczik S, Vollmar HC, Halek, M (2012a) Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen. In: Pflegewissenschaft 14, 168-178.

- Buscher I, Kühnert S, Pauke Kochinke B (2010)** Leuchtturmprojekt Demenz, QUIKK. Abschlussbericht. BMFG, Düsseldorf.
- Brand C A, Sundararajan V A (2010)** 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. In: *Quality and Safety in Health Care* 19, 51.
- Cotter VT, (2005)** Restraint free care in older adults with dementia. In: *The Keio Journal of Medicine* 54, 80-84.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2013)** ICD-10-WHO Version Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Download vom 12.03.2014. www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f00-f09.hmt.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)(2009)** S2Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Download vom 24.01.2014. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf.
- Evans D, Fitzgerald M (2002)** Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. In: *International Journal of Nursing Studies* 39, 735–743.
- Engberg J, Castle N G, McCaffrey D (2008)** Physical Restraint Initiation in Nursing Homes and Subsequent Resident Health. In: *The Gerontologist* 48, 442-452.
- Feil N, Klerk-Rubin de V (2013)** Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 10. Auflage. Ernst Reinhard Verlag, München.
- Franck N, Stary J (2009)** Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 15. Auflage. Ferdinand Schöningh Verlag, Paderborn.
- Gastmans C, Milisen K (2006)** Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. In: *Journal of Medical Ethics* 32, 148–152.
- Goethals S, Dierckx de Casterle B, Gastmans C (2013)** Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. In: *International Journal of Nursing Studies* 50, 603–612.
- Gulpers M, Bleijlevens M, Capezuti E, Rossum E, Ambergen T, Hamers J (2012)** Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. In: *International Journal of Nursing Studies* 49, 1473–1479.
- Hamers J P, Huizing A (2005)** Why do we use physical restraints in the elderly? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 19–25.
- Hamers J P, Gulpers M J, Strik W (2004)** Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. In: *Journal of Advanced Nursing* 45, 246-251.
- Hoffmann B, Klie T (2004)** Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. C.F. 1. Auflage, Müller Verlag, Heidelberg.
- Höwler E (2008)** Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender. 1. Auflage 2008. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Huizing A, Hamers JP, Gulpers M, Berger M (2009)** A cluster randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 57, 138–148.

- Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J, Candel M, Berger MP (2007)** Organisational determinants of the use of physical restraints:a multilevel approach. In: Social Science and Medicine 65, 924–933.
- James I A (2013)** Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzung, Verstehen und Handeln. 1 Auflage. Verlag Hans Huber, Hoegrafe AG, Bern.
- Kammergericht Berlin, Urteil v. 25.05.04 - 14 U 37/0** Aufsichtspflichten des Pflegeheimes / Arztes. Download vom 11.11.2013 http://iqb-info.de/Rezension_Kammergericht_LB.pdf.
- Kitwood T (2000).** Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hans Huber Verlag,Bern.
- Kleijer BC, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA, Frijters D, Heerdink ER, Ribbe M.(2009)** The course of behavioral problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics. In: International Psychogeriatrics21, 931-940.
- Klie T, Pfundstein, T (2004)** Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In: Hoffmann B, Klie T (Hrsg.) Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis. Heidelberg, CF Müller, 75-130.
- Klie, Stascheit (2011):** Gesetze für Pflegeberufe. Textsammlung. 12. Auflage. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, Kleiner A, Guerra V, Rissmann U, Kurrle S & Bredthauer D (2011)** Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. In: Journal of the American Geriatrics Society 59, 333–339.
- Koczy P, Klie T, Kron M, Bredthauer D, Rissmann U, Branitzki S, Guerra V, Klein A, Pfundstein T, Nikolaus T, Sander S, Becker C (2005)** Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents with dementia. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 33–39.
- Kong E-H, Evans LK (2012)** Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes In: Asian Nursing Research 6, 173-180.
- Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A (2012)** Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a cluster randomized controlled trial. In: The Journal of the American Medical Association 20, 2177-84.
- Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G (2009) Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke. Download vom 06.12.2013 <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>.
- Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G (2013)** Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study In: International Journal of Nursing Studies 50, 1599–1606.
- Krüger C, Meyer G, Hamers J (2010)** Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. Ein systematischer Literaturüberblick In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43, 291–296.
- Luo H, Lin M, Castle N, (2011)** Physical Restraint Use and Falls in Nursing Homes: A Comparison Between Residents With and Without Dementia. In: American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias 26- 44.

- Maio G. (2005):** Voraussetzungen einer autonomen Willensbildung. In: *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*. 1. Auflage. Springer Verlag, Stuttgart.
- Möhler R, Meyer G, (2014)** Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. In: *International Journal of Nursing Studies* 51, 274–288.
- Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G (2012)** Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care- a Cochrane review. In: *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3070-3081.
- Nerheim H (2001)** Die Wissenschaftlichkeit der Pflege: Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften. 1. Auflage. Huber Verlag, Bern.
- Oliver D, Connelly J B, Victor C R, Shaw F E, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin F C, Gosney M A (2006)** Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. Download vom 27.1.2014. www.bmj.com/content/334/7584/82.
- Pellfolk T, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S (2010)** Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes and Practice: A Cluster Randomized Trial. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 58, 62-69.
- Reuther S, Dichter MN, Buscher I, Vollmar HC, Holle D, Bartholomeyczik S, Halek M (2012)** Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. In: *International Psychogeriatrics* 12, 1891–1903.
- Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (2004)** Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Hans Huber Verlag. Bern.
- Senge PM (2011)** Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 1 Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.
- Stokes G (2001)** Challenging Behavior in Dementia: A person-centered Approach. Speechmark. Bicester, UK.
- Sterke CS, van Beeck EF, van der Velde N, Ziere G, Petrovic M, Looman CW, van der Cammen TJ (2012)** New insights: dose-response relationship between psychotropic drugs and falls: a study in nursing home residents with dementia. In: *Journal of Clinical Pharmacology* 52, 947-55.
- Suzuki M, Kurata S, Yamamoto E, Makino K, Kanamori M (2012)** Impact of Fall-Related Behaviors as Risk Factors for Falls Among the Elderly Patients With Dementia in a Geriatric Facility in Japan. In: *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 27, 439 -446.
- Sylliaas H, Selbaek G, Bergland A (2012)** Do behavioral disturbances predict falls among nursing home residents? In: *Aging Clinical and Experimental Research*. 24, 251-260.
- Testad I, Ballard C, Bronnick K, Aarsland D (2010)** The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single, blind, randomized controlled trial. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 71, 80-88.
- Wang W-W (2005)** Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. In: *The Australian Journal of Advanced Nursing* 22, 46-52.

Whall A L, Kolanowski A M (2004) The need-driven dementia-compromised behavior model-a framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. In: Aging and Mental Health 8, 106-108.

Whitney J, Close JC, Jackson SH, Lord SR (2012) Understanding risk of falls in people with cognitive impairment living in residential care In: Journal of the American Medical Directors Association. 13, 535-540.

Weyerer S, Schäufele M (2009) Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Einrichtungen der Altenhilfe-Ein Vergleich zwischen besonderer und traditionell integrativer Dementenbetreuung. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter Depression-Dement-Versorgung. Adler G, Gutzmann H, Haupt M, Kortus R, Wolter D (Hrsg.).1 Auflage. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart 252-258.

Zwijzen SA, Depla M, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh C (2012) Surveillance technology: An alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. In: International Journal of Nursing Studies, 49, 212–219.

Anhang

Anhang 1: Fragestellung 1&2

Anhang 2: Suchstrategien in der Datenbank PubMed

Anhang 3: Erweiterte Suche und Schlagwörter

Anhang 4: Auswahlkriterien des Materials

Anhang 1:

Fragestellung 1&2

PICO Schema	Deutsche Schlagwörter	Englische Schlagwörter, Freitextsuche
P1&2	Menschen mit Demenz	Patient with dementia, dement*
I1	Gründe, Ursachen	reason, cause
I2	Interventionen/Konzepte/Methoden /Leitlinie	Interventions/Concepts/Methods/Guidelines
C1&2	FEM	Physical restraints
O2	Reduzierung der FEM	reduct*/prevent* of physical restraints

Anhang 2:

Suchstrategien in der Datenbank PubMed zur 1. Fragestellung

Search	Query	Items found
#1	dement*	92454
#2	(((restrain*) AND physical) OR "Restraint, Physical"[Mesh])	15751
#3	(((reduct*) OR prevent*) OR "Preventive Health Services"[Mesh]) OR ("prevention and control" [Subheading])	2772647
#4	#1 AND #2 AND #3: (((dement*) AND (((restrain*) AND physical) OR "Restraint, Physical"[Mesh]))) AND (((((reduct*) OR prevent*) OR "Preventive Health Services"[Mesh]) OR ("prevention and control" [Subheading])))	95

Suchstrategien in der Datenbank PubMed zur 2. Fragestellung

Search	Query	Items found
#1	dement*	95018
#2	reason*	86676
#3	(((restrain*) AND physical) OR "Restraint, Physical"[Mesh])	15751
#4	#2AND #3: (((restrain*) AND physical) OR "Restraint, Physical"[Mesh]) AND reason*	310

#5	#4 AND #1: ((((((restrain*) AND physical) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) AND reason*)) AND dement*	14
----	--	----

Anhang 3: Erweiterte Suche

Register/Suchort	Schlagwort	Treffer	Relevante Literatur
Beluga: Hamburger Katalog für wissenschaftliche Bibliotheken	FEM	58	15
	Herausforderndes Verhalten	39	11
Google	Leitlinie FEM	9.320	1

Weitere Schlagwörter

Assessmentinstrumente	Nebenwirkungen
Autonomie	Personenzentrierte Pflege
Bauliche Veränderungen	Signalsysteme
Epidemiologie	Spezifische Betreuung
Fallbesprechungen	Schulungen
Fixierungen	Unterbringungsgesetzte
Gewalt	Validation
Millieuthapie	Zwang

Anhang 4: Auswahlkriterien des Materials

Einschluss	Ausschluss
Menschen mit Demenz	Kinder, Jugendliche
FEM in der professionellen Pflege	Kriminologie
Pflegeheime/ Altenheime, Wohnpflegegemeinschaften weitere Pflegeeinrichtungen,	FEM in der Familiären Pflege
Stationen im Krankenhaus, inklusive Gerontopsychiatrie	Sicherstellung medizinischer und pflegerischer Behandlungen
Ambulante Pflege	
Mechanische FEM	
Psychopharmaka	
Gründe für FEM	
Interventionen zur Reduktion von FEM	

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Datum, Ort

Unterschrift