



EVIDENZBASIERTE PRAXISLEITLINIE

**Vermeidung von
freiheitseinschränkenden
Maßnahmen
in der beruflichen Altenpflege**

Evidenzbasierte Praxisleitlinie

Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege

1. Aktualisierung 2015

Autoren:

Leitung:

Prof. Dr. phil. S. Köpke (Universität zu Lübeck)

Prof. Dr. phil G. Meyer (Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg)

Mitarbeiter:

J. Abraham

Dr. R. Möhler

A. Henkel

R. Kupfer



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG



Universität Hamburg



Zitationshinweis:

Köpke S, Möhler R, Abraham J, Henkel A, Kupfer R, Meyer G:

Leitlinie FEM - Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege.

1. Aktualisierung 2015.

Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, 2015.

Verzeichnis der Abkürzungen	6
1. Einleitung	11
1. Das Leitlinienprojekt	14
1.1. Hintergrund der ersten Praxisleitlinie	14
1.2. Methodisches Vorgehen	15
1.2.1. Interventionen	16
1.2.2. Ergebnisparameter	17
1.2.3. Empfehlungsstärken	18
1.2.4. Externe Begutachtung und Materialien	18
2. Klärung der verwendeten Begriffe	19
2.1. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen	19
2.2. Bewohnerinnen	19
2.3. Berufliche Altenpflege	20
3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege	21
3.1. Definitionen und Methoden der Erhebung von FEM	21
3.2. Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	24
3.3. Gründe für die Anwendung von FEM	25
3.4. Haltung, Einstellung und Erleben bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	29
3.4.1. Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden	29
3.4.2. Haltung, Einstellung und Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen	32
3.5. (Gemeinsame) Entscheidungsfindung in der Pflege bezüglich der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen	35
3.6. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und ähnliche Dokumente zur Vermeidung von FEM	39
3.7. Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen	42
3.8. Der Einsatz von Hilfsmitteln zur Reduktion von FEM	45
3.9. Der „Werdenfelser Weg“	49

4.	Assessmentinstrumente	51
4.1.	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	52
4.2.	Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)	52
4.3.	Neuropsychiatric Inventory (NPI)	53
4.4.	Dementia Care Mapping (DCM)	53
5.	Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege	54
	Vorbemerkung	54
5.1.	Eingriffe in die Freiheit der Person, juristische Kategorien und Terminologie	56
5.1.1.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	56
5.1.2.	Freiheitsentziehende Maßnahmen	57
5.1.3.	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	58
5.1.4.	Neue Formen der freiheitsentziehenden Maßnahmen	59
5.1.5.	Freiheitsberaubung	59
5.2.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Relevanz in unterschiedlichen Rechtsgebieten	60
5.2.1.	Betreuungsrecht	61
5.2.2.	Strafrecht	62
5.2.3.	Haftungsrecht	63
5.2.4.	Sozialrecht	64
5.2.5.	Heimrecht	65
5.2.6.	Weitere Rechtsgebiete	66
5.3.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Legitimation	66
	Zusammenfassung	69
6.	Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege	71
6.1.	Empfehlung - Schulungsprogramme	74
6.2.	Empfehlung - Spezifische Beschäftigungsprogramme	79
6.3.	Empfehlung - Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz	88
6.4.	Empfehlung - Aktive und passive Musikinterventionen	96
6.5.	Empfehlung - Snoezelen	110
6.6.	Empfehlung - Personenzentrierte Pflege	114

6.7.	Empfehlung - Tierkontakt	118
6.8.	Empfehlung - Spezielle Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)	122
6.9.	Empfehlung - Kognitive Stimulation	125
6.10.	Empfehlung - Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung	129
6.11.	Empfehlung - Spezielle Wohnkonzepte	135
6.12.	Empfehlung - Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung	144
6.13.	Empfehlung - Aromatherapie	146
6.14.	Empfehlung - Körperlich-aktivierende Maßnahmen	153
6.15.	Empfehlung - Basale Stimulation	162
6.16.	Empfehlung - Validation	164
6.17.	Empfehlung - Soziale Unterstützung	172
6.18.	Empfehlung - Spezifische Berührung und Massage	179
6.19.	Empfehlung - Spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie	185
7.	Anhang	193
7.1.	Anhang Zusammensetzung der Leitliniengruppe (I)	193
7.2.	Suchstrategien	194
8.	Literaturverzeichnis	197
9.	Glossar	231

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1:	Evidenztabelle - Einfache Schulungsprogramme	78
Tab. 2:	Evidenztabelle - Multikomponentenprogramme	78
Tab. 3:	Übersicht der eingeschlossenen Studien	81
Tab. 4:	Evidenztabelle - Spezifische Beschäftigungsprogramme	87
Tab. 5:	Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika	91
Tab. 6:	Evidenztabelle - Spezifische Beschäftigungsprogramme	95
Tab. 7:	Übersicht der Studiencharakteristika	99
Tab. 8:	Evidenztabelle aktive und passive Musikinterventionen	109
Tab. 9:	Evidenztabelle Snoezelen	113

Tab. 10:	Evidenztabelle personenzentrierte Pflege	117
Tab. 11:	Evidenztabelle biographieorientierte Pflege	117
Tab. 12:	Evidenztabelle Tierkontakt	121
Tab. 13:	Evidenztabelle spezielle Pflege- Qualifikationen	124
Tab. 14:	Evidenztabelle kognitive Stimulation	128
Tab. 15:	Übersicht der eingeschlossenen Studie	133
Tab. 16:	Evidenztabelle zu Umgebungsgestaltung	134
Tab. 17:	Tabelle - Übersicht der eingeschlossenen Studien	140
Tab. 18:	Evidenztabelle Spezielle Wohnkonzepte FEM	143
Tab. 19:	Evidenztabelle Spezielle Wohnkonzepte Herausforderndes Verhalten	143
Tab. 20:	Übersicht der eingeschlossenen Studien	148
Tab. 21:	Evidenztabelle Aromatherapie Herausforderndes Verhalten	152
Tab. 22:	Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika	155
Tab. 23:	Evidenztabelle körperlich-aktivierende Maßnahmen	161
Tab. 24:	Tabelle – Übersicht der eingeschlossenen Studien zu Validation	167
Tab. 25:	Evidenztabelle Validation FEM	171
Tab. 26:	Evidenztabelle Validation und herausforderndes Verhalten	171
Tab. 27:	Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika	175
Tab. 28:	Evidenztabelle Soziale Unterstützung	178
Tab. 29:	Evidenztabelle Soziale Unterstützung	178
Tab. 30:	Übersicht der eingeschlossenen Studien	182
Tab. 31:	Evidenztabelle Spezifische Berührung und Massage	184
Tab. 32:	Übersicht der eingeschlossenen Studien	188
Tab. 33:	Evidenztabelle Spezifische helle Beleuchtung & Lichttherapie	192

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

Verzeichnis der Abkürzungen

DCM	Dementia Care Mapping	
engl.	Englisch	
et al.-et alli.	und andere (lat.)	
etc.	et cetera (lat.)	und so weiter
FEM	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	
ff	folgende	
FGG	Freiwillige Gerichtsbarkeit Gesetz	
GG	Grundgesetz	
ggf.	gegebenenfalls	
GNP	Gerontological Nurse Practitioner	Pflegeexpertin in der Geriatrie
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation	
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz	
HeimG	Heimgesetz	
High-Tec	High-Technology (engl.)	Technische Hilfsmittel
HILDE	Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz	
HTA	Health Technology Assessment	Syst. Bewertung medizinischer Verfahren
HV	Herausforderndes Verhalten	
ICN	International Council of Nurses (engl.)	Internationaler Pflegeverband
IG	Interventionsgruppe	

k.A.	Keine Angabe	
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe	
KG	Kontrollgruppe	
KI	Konfidenzintervall	
KS	Korrelationsstudie	
LEG	Leitlinienentwicklungsgruppe	
LLKG	Leitlinienkoordinationsgruppe	
LN	Licensed Nurse	Lizenzierte Pflegefachkraft
Low-Tec	Low-Technology (engl.)	Technische Hilfsmittel
Lux	Luxmeter	
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	
MDS	Minimum Data Set	
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.	
MIDEMAS	Einführung milieu-therapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich	
MMSE	Mini-Mental-State-Examination (engl.)	
MOSES	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects	
MScN	Master of Science in Nursing (engl.)	Master in Pflegewissenschaft

Verzeichnis der Abkürzungen

NA	Nursing Assistant (engl.)	Pflegeassistent
NP	Nurse Practitioner (engl.)	Spezialisierte Pflegeexpertin
NPI	Neuropsychiatric Inventory (engl.)	
nRCT	Nicht-randomisierte kontrollierte Studie	
n.z.	Nicht zutreffend	
OBRA	Omnibus Budget Reconciliation Act (engl.)	
OR	Odds Ratio (engl.)	Relatives Chancenverhältnis
OSCAR	Online Survey und Certification of Automated Records (engl.)	
PRLTC	Physical Restraint in Long Term Care (engl.)	
PRUQ	Perception of Restraint Use Questionnaire	
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie	
RE	Rahmenempfehlung	
ROT	Realitätsorientierungs-training	
RR	Relatives Risiko	
Rz.	Randziffer	
Tbl.	Tablette	
SCU	Special Care Unit (engl.)	Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz
SDM	Shared Decision Making (engl.)	Participative Entscheidungsfindung

SEBR	Subjective Experience of Being Restrained (engl.)	
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung	
SR	Systematic Review (engl.)	Systematische Übersichtsarbeit
StGB	Strafgesetzbuch	
STI	Serial Trial Intervention	
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin	
TN	Teilnehmerinnen	
u.a.	und andere	
VNS	Vorher-Nachher-Studie	

Einleitung

Eine selbstbestimmte Lebensführung ist ein hohes Gut. Über den Aufenthaltsort frei zu entscheiden und sich nach eigenen Vorstellungen frei zu bewegen gehört zu der grundlegenden Freiheit, die bei Personen in allen Lebenslagen unabhängig vom Alter zur menschenwürdigen Alltagsgestaltung gehört. Die Willens- und Fortbewegungsfreiheit ist deshalb von den Grundrechten des Grundgesetzes sowie den internationalen Menschenrechten entsprechend geschützt und in allen Lebensbereichen unbedingt zu achten. Die Achtung dieser Freiheit ist auch eine wesentliche Aufgabe der beruflichen Altenpflege in Deutschland. Die Willens- und Fortbewegungsfreiheit einzuschränken ist rechtlich gesehen immer begründungsbedürftig, unabhängig vom Umfang und Intensität der Einschränkung. Denn grund- und menschenrechtlich gesehen ist die Freiheit der einzelnen Person der Normalfall, die Beschränkung dieser Freiheit dagegen ist die Ausnahme.

Auch in der professionellen Pflegepraxis ist jeder Eingriff der Freiheit rechtfertigungsbedürftig, unabhängig vom Alter und dem Gesundheitszustand der betreffenden Person. Und je stärker der Eingriff in die persönliche Freiheit ist, desto größer sind die Anforderungen an deren Rechtfertigung. Die Freiheitseinschränkung muss das letzte Mittel der Wahl sein. Zuvor müssen alle anderen Maßnahmen ergriffen werden, die nicht die Freiheit einschränken oder weniger intensiv in diese eingreifen.

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

Insbesondere die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen¹ (im Folgenden mit FEM abgekürzt) ist in den vergangenen Jahren stark in das Interesse öffentlicher Diskussionen gerückt. Gemeint sind damit von Pflegekräften oder anderen Bezugspersonen veranlasste oder eingeleitete Maßnahmen, die zur Einschränkung der Willens- und Fortbewegungsfreiheit von Bewohnerinnen in Pflegeheimen führen.

¹ In der aktualisierten Leitlinie wird wie in der ersten Leitlinienfassung der Begriff „freiheitseinschränkende“ Maßnahmen verwendet. Wir betrachten den juristischen Begriff der „freiheitsentziehenden“ Maßnahmen und den in der Leitlinie verwendeten Begriff synonym.

Im Jahr 2006 problematisierte die vom Deutschen Institut für Menschenrechte herausgegebene Studie¹ FEM in der Altenpflege im Zusammenhang mit internationalen Menschenrechten, wie etwa den Rechten auf menschenwürdige Pflege, auf angemessenes Wohnen, auf körperliche Integrität und auf Gesundheit. Auch im Fernsehen und anderen Medien wurde regelmäßig über mechanische und chemische Fixierungen in deutschen Pflegeheimen berichtet. So beispielsweise die ARD in der Sendung Report Mainz am 29. März 2004 über das „Elend alter Menschen im Heim“, die „festgebunden“ und „ruhig gestellt“ sich ihres Schicksals nicht erwehren können. Dies sei der „quälende Alltag in deutschen Altenheimen“. Von vernachlässigten, fixierten und sedierten Bewohnerinnen berichtet auch der Journalist Markus Breitschdel in seinem Buch „Abgezockt und totgepflegt“.² In der Süddeutschen Zeitung wurde gar von einer „Debatte über die Wertschätzung des Lebens“ gesprochen.³ Das Thema fand erneut starke Medienresonanz nach der Veröffentlichung des dritten Pflegeberichts des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDS) im Jahr 2012. Schließlich wurde 2013 das Thema FEM in der Altenpflege als ein Schwerpunkt für den nächsten deutschen Staatenbericht der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter ausgewählt.⁴ Diese hat daher angekündigt, dass sie Pflegeheime begutachten wird, um zum Thema Stellung zu nehmen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Diskussion sind die Ergebnisse aus verschiedenen Studien zur Häufigkeit vom FEM in Pflegeheimen. Hier zeigen sich in Untersuchungen ausgeprägte Unterschiede bei der Häufigkeit von FEM zwischen verschiedenen Pflegeheimen (vgl. Kapitel 3.2.).⁵ Die einfach zu messenden Einrichtungsmerkmale wie z.B. Trägerschaft und Größe der Einrichtung oder Anzahl der Bewohnerinnen pro Pflegekraft können diese Unterschiede nicht erklären. Offensichtlich kann Pflege auch unter Standardversorgungsbedingungen mit sehr wenig FEM auskommen.

Die Anwendung von FEM wirft wichtige pflegfachliche und insbesondere ethische Fragen auf. FEM werden zum Beispiel grundsätzlich für notwendig erachtet, um drohenden Schaden abzuwenden. Eine solche Sichtweise kann als Spiegel eines paternalistischen Pflegeverständnisses gesehen werden, weil sie die individuelle Autonomie und selbstbestimmte Bewegungsfreiheit der Betroffenen einer vermeintlichen Sicherheit und Gefahrenabwehr unterordnet (vgl. Kapitel 3.7.). Aus pflegfachlicher Sicht sind FEM nicht gerechtfertigt. So zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass die häufig genannten Gründe für die Anwendung von FEM auf Grundlage des aktuellen Wissensstandes nicht gerechtfertigt sind (vgl. Kapitel 3.3. Gründe für die Anwendung von FEM).

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

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

Ziel der hier vorgelegten aktualisierten Leitlinien ist es, eine Pflegepraxis zu unterstützen, die sich in allen Fällen an der Menschenwürde der Bewohnerinnen orientiert und ihre Willens- und Fortbewegungsfreiheit achtet. Die Umsetzung dieses Ziels zeigt sich unter anderem in einer Pflegepraxis, die auf FEM gänzlich verzichtet bzw. die Eingriffe juristisch abgesichert so geringfügig wie möglich hält. Grundsätzlich setzt dies voraus, dass Einrichtungen ihren Umgang mit FEM entsprechend überdenken, die eigene Praxis ständig selbstkritisch überprüfen und in diesem Zuge Schritte gehen, um die „Praxis der Freiheitseinschränkung“ einzudämmen.

Dank einer erneuten Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung konnten wir die erste Version der Leitlinie nun aktualisieren und die Erfahrungen und Rückmeldungen der letzten Jahre in das neue Dokument einfließen lassen. Wir hoffen, erneut ein nützliches Produkt vorgelegt zu haben, das ermutigt, befreit, bestärkt und von Ihnen als hilfreich empfunden wird.

*Ihre Mitglieder der Leitlinienkoordinationsgruppe
und Leitlinienentwicklungsgruppe*

1. Das Leitlinienprojekt

1.1. Hintergrund der Praxisleitlinie

Unsere Beobachtungsstudie mit ca. 2.400 Bewohnerinnen in 30 Pflegeheimen hatte gezeigt, dass FEM in Pflegeheimen zwar in geringerem Umfang als in den Medien behauptet zum Einsatz kommen, dennoch aber zu einer relativ gefestigten Versorgungspraxis gehören.¹ Zwischen den Einrichtungen haben wir große Unterschiede in der Häufigkeit dokumentiert (siehe Kapitel 3.2.). Die Ergebnisse der Beobachtungsstudie stehen im Widerspruch zu einer weithin anerkannten Position, dass die (Alten-)Pflege ohne FEM, d.h. ohne körpernahe oder körperferne Fixierungen, der Standard sein soll, alles andere hingegen ist keine gute Pflegepraxis.

Vor diesem Hintergrund, also dem Wissen aus unserer Vorstudie und den zahlreichen internationalen und nationalen Programmen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege, wurde die erste Fassung dieser wissenschaftlich fundierten, praxisorientierten Leitlinie im Jahr 2009 erstellt. Für deren Erstellung hat sich die Leitlinienentwicklungsgruppe (im Folgenden mit LEG abgekürzt) der Methoden evidenzbasierter Leitlinien bedient. Eine Leitlinie kann ein wirkungsvolles Instrument zur Überwindung von Praxisvariation und zur Förderung wissenschaftsbasierter Versorgungsprozesse sein. Eine Nutzen versprechende, implementierbare Leitlinie muss alle Akteure der Entscheidungen über FEM in den Entwicklungsprozess involvieren und adressieren. Expertinnen und Experten fordern die Entwicklung solcher Leitlinien, die die Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit der Vermeidung von FEM unterstützen.²

Nach Fertigstellung der Leitlinie wurde untersucht, inwieweit die Häufigkeit von FEM durch eine Leitlinien-gestützte Intervention reduziert werden kann. Dazu wurden in einer randomisierten kontrollierten Studie 18 Pflegeheime per Zufallsverfahren einer Interventionsgruppe und 18 Heime einer Kontrollgruppe zugeteilt. In der Interventionsgruppe wurden alle Pflegenden auf Basis der Leitlinie geschult und einige Pflegenden erhielten eine besondere Schulung (als sogenannte „FEM Beauftragte“). Weiterhin wurden Informationsmaterialien für Bewohnerinnen, Angehörige, gesetzliche Betreuer(innen) und Pflegenden bereitgestellt. Die Heime in der Interventionsgruppe versicherten mit einer schriftlichen Deklaration, sich für die Reduktion von FEM einzusetzen. Die Kontrollgruppe erhielt eine kurze Information zu FEM. Am Ende der sechsmonatigen Beobachtungszeit war die Anzahl der Bewohner mit FEM in den Interventionsheimen von 31,5% auf 22,6 % gesunken. In der Kontrollgruppe blieb die Zahl der FEM nahezu unverändert (30,6% bei Studienbeginn und 29,1% bei Ende der Studie). In der Interventionsgruppe verringerten sich alle Arten von FEM. Außerdem wurden keine negativen Auswirkungen der Intervention beobachtet. Es kam weder zu einer Zunahme von Stürzen oder sturzbedingten Verletzungen noch zu einer vermehrten Verordnung von Psychopharmaka.³

Nachdem nun der Nachweis dazu erbracht war, dass eine an der Leitlinie orientierte Pflegepraxis mit weniger FEM auskommen kann ohne negative Folgen für die Bewohnerinnen befürchten zu müssen, wurden die Leitlinie und alle dazugehörigen Dokumente für Interessierte kostenfrei im Internet zur Verfügung gestellt (www.leitlinie-fem.de). Weiterhin wurde die Leitlinie in verschiedenen Fachpublikationen und Vorträgen präsentiert, um die Nutzung zu fördern.

Im Rahmen des Folgeprojekts, das die Implementierung der Leitlinie als Grundlage für eine FEM-freie Pflege zum Ziel hat und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird, wurde nunmehr die vorliegende aktualisierte Fassung der Leitlinie erstellt.

1.2. Methodisches Vorgehen

Die erste Leitlinienfassung wurde mittels eines stringenten methodischen Vorgehens erstellt. Dazu wurde ein Methodenpapier verwendet, das sich an internationalen Standards orientierte (4). Da dieses Vorgehen sich als praktikabel erwiesen hat, wurde dieselbe Methode mit leichten Modifikationen auch für die Aktualisierung der Leitlinie angewendet.

Zunächst wurde die LEG zusammengestellt. Dazu wurden alle Teilnehmer der ersten LEG angefragt und zu einigen Themenfeldern neue Teilnehmer nominiert. Die LEG sollte zunächst prüfen, ob neue Schlüsselfragen in die aktualisierte Leitlinie einbezogen werden sollten.

Die LEG wurde mit 15 Expertinnen und Experten aus den relevanten Bereichen zusammengestellt, sechs Pflegewissenschaftlerinnen der Universitäten Lübeck und Halle-Wittenberg bildeten die neue Leitlinienkoordinationsgruppe (im Folgenden mit LLKG abgekürzt). Eine Übersicht zu allen Teilnehmern der LEG befindet sich in Kapitel 7.2. Alle Teilnehmer(innen) der LEG erhielten erneut das Methodenpapier und die neu hinzugekommenen Teilnehmer(innen) darüber hinaus eine Einführung zum geplanten methodischen Vorgehen. In fünf geplanten Online Konferenzen wurden Empfehlungen zu allen in der ersten LL enthaltenen bzw. neu von der LEG vorgeschlagenen Themen und Fragestellungen entwickelt und verabschiedet. Die Online Konferenzen wurden durch Mitglieder der LLKG moderiert.

Das methodische Vorgehen bei der Entwicklung der Leitlinie ist detailliert im Methodenpapier dargelegt und soll an dieser Stelle nicht wiederholt ausgeführt werden. In der ersten Leitlinienfassung waren einige Abweichungen vom geplanten Vorgehen nötig, die für die Aktualisierung so beibehalten wurden und im Folgenden beschrieben werden. Der genaue Verlauf der Leitlinienentwicklung ist im separat erscheinenden Leitlinienreport nachzulesen.

1.2.1. Interventionen

Zunächst wurde überprüft, welche der in der ersten LL-Fassung einbezogenen Interventionen bei der Aktualisierung der LL wieder berücksichtigt werden sollten bzw. inwieweit weitere Interventionen einbezogen werden müssten. Hierzu wurden Betroffenenvertreter von fünf Organisationen angefragt und um Stellungnahme gebeten. Rückmeldungen gingen von acht Vertreter(inne)n der folgenden Organisationen ein:

- Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V. (BIVA e.V.)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (bagso e.V.)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- Pflege-Selbsthilfeverband e.V.
- SHG Angehörige und Ehrenamtliche in der Heimmitwirkung
- WIR! Stiftung pflegender Angehöriger

Außerdem wurden die stimmberechtigten Mitglieder der LEG eingeladen, weitere Themen zu ergänzen. Als Ergebnis der Befragung wurden Themen zusammengefasst (z.B. *Biographieorientierte- und Personenzentrierte Pflege*), zusätzliche Interventionen wurden jedoch nicht einbezogen. Das Thema *Individuell geplante Toilettengänge* wurde als nicht relevant eingeschätzt und ausgeschlossen. Als neues Hintergrundthema wurde der *Wendelfelder Weg* ergänzt und das Thema *Signalsysteme* wurde nicht mehr als Intervention, sondern als Hintergrundthema aufgearbeitet. Eine ausführliche Übersicht zu den Rückmeldungen ist im Leitlinienreport zu finden.

1.2.2. Ergebnisparameter

Für die Auswahl und Analyse der Literatur der aktualisierten LL wurden dieselben Ergebnisparameter verwendet wie für das ursprüngliche LL. Dies waren neben der „Anwendung bzw. Häufigkeit von FEM“ lediglich das „herausforderndes Verhalten“.

Herausforderndes Verhalten

Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ bezieht sich auf verschiedene Verhaltensformen von Menschen mit Demenz, die ihre Umgebung „herausfordern“. Darunter fallen z.B. körperlich oder verbal aggressives Verhalten, aber auch lautes Schreien oder ständiges Rufen und scheinbar zielloses Umherlaufen als Ausdruck motorischer Unruhe. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Begriff ist an anderer Stelle zu finden.² Etliche Studien belegen, dass herausforderndes Verhalten mit der Anwendung von FEM assoziiert ist.³ Es ist ein häufig untersuchter Ergebnisparameter in Studien mit Programmen, die potentiell auf FEM wirken könnten und anderenorts auch als Alternative zu FEM empfohlen werden. Aus diesem Grund wurde herausforderndes Verhalten als gültiger Ersatzparameter für die Anwendung von FEM definiert. Konnten also keine Untersuchungen mit dem direkten Ergebnisparameter (Anwendung bzw. Häufigkeit von FEM) identifiziert werden, wurde in einem nächsten Schritt nach Studien gesucht, die die Wirkung von Interventionen bzw. Programmen auf herausforderndes Verhalten untersuchten. Es handelt sich gemäß der Definition des Methodenpapiers dann jedoch nicht um direkte Evidenz. Mit anderen Worten: zeigt eine Maßnahme gute Wirksamkeit auf die Verminderung oder Kontrolle des herausfordernden Verhaltens, bleibt die Auswirkung auf FEM spekulativ, so lange diese nicht direkt untersucht wurde.

Stürze und Sturzgefährdung

Besonders intensiv wurde in der LEG der ersten Leitlinienfassung diskutiert, ob nicht auch Sturzgefährdung und Stürze bzw. sturzbedingte Verletzungen als weitere gültige Ersatzparameter erachtet werden sollten. Die LEG hat sich schließlich dagegen entschieden. Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass zwar eine potentielle Sturzgefährdung häufig von Pflegenden für die Anwendung von FEM angeführt wird, allerdings ist weitgehend unklar, ob durch FEM Stürze abgewendet werden können. Außerdem gibt es zunehmend Belege dafür, dass FEM sogar zu mehr Stürzen führen. Ein direkter Zusammenhang zwischen FEM und Stürzen bzw. Sturzgefährdung besteht somit nicht; anders als beim herausfordernden Verhalten. Die Voraussetzungen, um Sturz und Sturzgefährdung als verlässlichen Ersatzparameter anzunehmen, waren gemäß der Auffassung der LEG nicht gegeben. Ein ausführliches Kapitel zum Thema Sturzprävention findet sich im Kapitel 3.7.

1.2.3. Empfehlungsstärken

Im Methodenpapier waren je eine starke und eine abgeschwächte Empfehlung für bzw. gegen die entsprechende Maßnahme geplant. Aufgrund der häufig geringen oder ganz fehlenden Evidenzgrundlage beim Thema Vermeidung von FEM hat sich die LEG nach eingehender Diskussion in der ersten LL-Fassung für ein fünfstufiges Empfehlungsschema ausgesprochen. Dieses Schema wurde auch für die aktualisierte Leitlinie beibehalten.

Empfehlungsstärken

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

1.2.4. Externe Begutachtung und Materialien

Drei externe Gutachter haben die Leitlinie begutachtet.

Alle Materialien wurden aktualisiert. Die aus der Leitlinie entwickelten Kurzversionen (Broschüren, Flyer) wurden mit Pflegenden, Angehörigen von Pflegeheimbewohnerinnen und Betreuern diskutiert und auf dieser Grundlage angepasst.

Die aktualisierte Leitlinie und die zugehörigen Materialien bilden erneut die Grundlage für eine Implementierungsstudie in 120 Einrichtungen in vier Regionen Deutschlands.

2. Klärung der verwendeten Begriffe

Im folgenden Kapitel erfolgt die Klärung und Darstellung zentraler Begriffe dieser Leitlinie. Der Begriff freiheitseinschränkende Maßnahme und die Methoden der Messung werden im Kapitel 3.1. detailliert beschrieben.

2.1. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen²

Die vorliegende Leitlinie richtet sich an stationäre Altenpflegeeinrichtungen. Damit sind alle stationären Einrichtungen gemeint, die professionelle Pflege und Versorgung für ältere Menschen anbieten/vorhalten. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen sind neben Pflege- und Versorgungsinstitutionen in erster Linie Lebens- und Wohnorte für ihre Bewohnerinnen. Zu stationären Altenpflegeeinrichtungen gehören z.B. das Altenwohnheim, Altenheim, Pflegeheim, Betreutes Wohnen, die Senioren-Residenz und das Altenwohnstift. Die Grenzen zwischen den verschiedenen Wohnformen verschwimmen zunehmend und man findet immer mehr stationäre Einrichtungen, die verschiedene Wohnformen unter einem Dach vereinen.^{1 2} Nicht unter diese Definition fallen neben dem häuslichen Wohnumfeld auch Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz („Demenz-WGs“).

In Deutschland werden 30% aller 2,5 Millionen Menschen, die im Sinne des SGB XI als pflegebedürftig gelten, in stationären Altenpflegeeinrichtungen versorgt.³ Bundesweit gab es zum Jahresende 2011 rund 12.400 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen. Die Mehrzahl (54%) stand unter einer freigemeinnützigen Trägerschaft; der Anteil der privaten Träger betrug 40%. Öffentliche Träger haben den geringsten Anteil von 5%.³

2.2. Bewohnerinnen

Die meisten Menschen in Altenpflegeeinrichtungen sind Frauen. Zum Jahresende 2011 betrug ihr Anteil 74% und zeigte damit nur geringe Veränderung zu den Vorjahren.³ Da sie die starke Mehrheit in den Altenpflegeeinrichtungen bilden, sind die „Lebenswelten“ in den stationären Einrichtungen stark weiblich geprägt.

Hieraus ergeben sich spezifische Anforderungen an das Gender-Mainstreaming der Institutionen. Der in dieser Leitlinie verwendete Begriff der „Bewohnerin“ ist sehr bewusst gewählt. Er pathologisiert nicht, wie es die Begrifflichkeiten „Patientin“, „Pflegebedürftige“, „zu Pflegende“ oder „Pflegeempfängerin“ tun, sondern impliziert viel mehr das wesentliche Kennzeichen dieser Population, nämlich dass diese Menschen

² Der Begriff der stationären Altenpflegeeinrichtung wurde nach ausführlicher Diskussion von der LEG gewählt, obwohl dieser nicht den z.B. in Gesetzestexten üblichen Begrifflichkeit entspricht. Wie dieser Begriff im Rahmen der Leitlinie verstanden wird, wird in diesem Abschnitt im Einzelnen dargelegt.

in einer Altenpflegeeinrichtung wohnen. Auch unterstützen diese häufig verwendeten Begriffe nur wenig eine Pflege, die ihre Adressatinnen als gleichberechtigte, mündige Bürgerinnen sieht.

Kennzeichen dieser Population, nämlich dass diese Menschen in einer Altenpflegeeinrichtung wohnen. Auch unterstützen diese häufig verwendeten Begriffe nur wenig eine Pflege, die ihre Adressatinnen als gleichberechtigte, mündige Bürgerinnen sieht.

2.3. Berufliche Altenpflege

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

Bundesweit waren zum Jahresende 2011 insgesamt 661.000 Personen in der stationären Altenpflege beschäftigt, davon betrug der Frauenanteil 85%. Darunter waren 6% (37.000) Auszubildende, Praktikantinnen oder Schülerinnen und weitere 1% (6.000) Helferinnen im freiwilligen sozialen Jahr bzw. Bundesfreiwilligendienst. Die Mehrzahl (61%) arbeitete in Teilzeit. Unter den Mitarbeiterinnen verfügte knapp die Hälfte über einen Abschluss als Altenpflegerin (33 %), Gesundheits- und Krankenpflegerin (12 %) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (1%).³

3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte zur Anwendung von FEM in der Altenpflege thematisiert. Zunächst wird der Begriff FEM definiert, die Möglichkeiten der Erhebung von FEM vorgestellt und die vorliegenden Daten zur Häufigkeit von FEM aufbereitet.

Die folgenden Abschnitte bieten eine Übersicht des aktuellen Wissensstands zu den Gründen für die Anwendung von FEM, den Haltungen und Einstellungen der Pflegenden, Bewohnerinnen und Angehörigen zu FEM und zur Entscheidungsfindung über FEM. Danach folgt eine Übersicht zu nationalen und internationalen Leitlinien zum Thema FEM.

Die folgenden zwei Abschnitte betrachten Themen, die häufig im Zusammenhang mit FEM genannt werden. Zum einen die Übersicht zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen und zum anderen zum Einsatz von Hilfsmitteln als Maßnahmen der Vermeidung von FEM.

Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem Abschnitt zum Werdenfelser Weg, einem neueren, hierzulande häufig genannten Ansatz zur Vermeidung von FEM im Rahmen des betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens.

3.1. Definitionen und Methoden der Erhebung von FEM

Die in internationalen Publikationen berichtete Häufigkeit von FEM in Pflegeheimen variiert stark (vgl. Kapitel 3.2.). Gründe für diese Variationen sind neben unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Merkmalen der untersuchten Personengruppen und Pflegesettings auch unterschiedliche Definitionen von FEM und Methoden der Datensammlung.

Definition von FEM

In der ersten Leitlinienfassung wurden insgesamt 30 Publikationen identifiziert, in denen 20 verschiedene Definitionen verwendet wurden.¹ Für die aktualisierte Leitlinie wird eine Definition von FEM zugrunde gelegt, die zum Zwecke eines international einheitlichen Verständnisses des Begriffes FEM in Forschung und Praxis entwickelt und im Delphi Verfahren konsentiert wurde.² Für die aktualisierte Leitlinie wurde diese Definition übersetzt.

Danach ist eine FEM *„jede Handlung oder Prozedur, die eine Person daran hindert, sich an einen Ort oder in eine Position ihrer Wahl zu begeben und/oder den freien Zugang zu ihrem Körper begrenzt durch irgendeine Maßnahme, die direkt am oder in unmittelbarer Nähe des Körpers angebracht ist und nicht durch die Person mühelos kontrolliert oder entfernt werden kann.“*

Erhebungsmethoden von FEM

Für die vorliegende Leitlinie wurde die Recherche zu den Erhebungsmethoden von FEM der ersten Leitlinienfassung aktualisiert. Hierfür wurde im März 2014 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE via PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Gerolit und MedPilot durchgeführt sowie die Referenzlisten der identifizierten Publikationen gesichtet. Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Studien, die explizit FEM bei Pflegeheimbewohnerinnen erhoben haben. Die Auswertung erfolgte anhand eines im Vorfeld erstellten Auswertungsbogens (u.a. Art und Ablauf der Erhebung, Angabe der Zuverlässigkeit und inhaltlichen Gültigkeit sowie der praktischen Anwendbarkeit der Erhebungsmethode).

In den 52 ausgewerteten Publikationen wurden sieben verschiedene Methoden der Datenerhebung von FEM berichtet:

1. *Direkte Beobachtung:* Die am häufigsten verwendete Methode ist die direkte Beobachtung.³⁻²⁴ Diese zeichnet sich durch ein hohes Maß der Übereinstimmung bei der Beobachtung durch zwei verschiedene Beobachter (Interrater-Reliabilität) aus. Die Messungen wurden dabei in den Studien zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt und variierten hinsichtlich der Häufigkeit. Diese Methode der Datenerhebung hat sich auch in unserer Beobachtungs- und Interventionsstudie^{14 20} als praktikables und zuverlässiges Verfahren erwiesen.
2. *Medizinisch-/pflegerische Dokumentation:* Eine weitere Möglichkeit ist die Erhebung aus der medizinischen und pflegerischen Routinedokumentation.^{5 6 15 16 19 21 25-28} Die Methode hat gegenüber der direkten Beobachtung den Vorteil, dass FEM über einen längeren Zeitraum erfasst werden können. Allerdings ist eine lückenhafte Dokumentation nicht auszuschließen, sodass die Validität der Erhebung ggf. eingeschränkt ist.
3. *Fragebogen:* Bei dieser Erhebungsmethode²⁹⁻⁴⁰ ist die Übereinstimmung der Angaben zwischen mehreren Befragten geringer als beispielsweise die Übereinstimmung bei der direkten Beobachtung. Außerdem wurden Probleme beim Verständnis der Bögen berichtet. In einigen Studien haben die Pflegedienstleitungen und nicht die Pflegekräfte der Abteilungen geantwortet. Die Zuverlässigkeit der Angaben könnte daher eingeschränkt sein. Sozial erwünschtes Antworten und mäßige Rücklaufquoten stellen ein Problem dieser Methode dar.
4. *Minimum Data Set (MDS):* In einigen Untersuchungen wurden Daten aus Erhebungen mit dem MDS genutzt.⁴¹⁻⁴⁹ Da das MDS nicht nur in den USA angewendet wird, sind Vergleiche zwischen mehreren Ländern möglich. Das Handbuch zum MDS weist darauf hin, dass für einige Formen von FEM keine entsprechende Rubrik vorgehalten wird, d.h. einige FEM nicht abgebildet sind. Die Angaben werden von Pflegenden getätigt. Eine Verzerrung durch sozial erwünschtes Antworten ist nicht auszuschließen.

5. *Strukturierte Interviews*: Diese Erhebungsmethode ist mit einem hohen Zeitaufwand behaftet und hat die gleichen Probleme wie die pflegedokumentationsbezogenen Methoden.^{6 15 16 50-52}
6. *Dokumentationsbögen*: Diese werden zusätzlich zur Pflegedokumentation geführt.^{20 53} Auch hier ist ein Trend zum sozial erwünschten Antworten sowie Verzerrungen durch mehrere dokumentierende Pflegende nicht auszuschließen.
7. *Online Survey and Certification of Automated Records (OSCAR)*: Die Erhebung durch den Online Survey and Certification of Automated Records⁵⁴ wird in den USA für die Einrichtungen durchgeführt, die durch Medicare/Medicaid zertifiziert sind. Da nicht alle FEM abgebildet sind, ist eine Unterschätzung der Häufigkeit von FEM wahrscheinlich. Die OSCAR-Daten sind über die Centers for Medicare and Medicaid Services frei verfügbar.

Fast alle Studien messen die Häufigkeit von FEM an einem Zeitpunkt (Punktprävalenz) bzw. innerhalb eines bestimmten Zeitraums (Periodenprävalenz). Die Prävalenz erfasst vorwiegend dauerhaft angewendete Maßnahmen. Nur in wenigen Studien wurden die nach der Punktprävalenzerhebung neu hinzukommenden Maßnahmen erhoben, z.B. in einer eigenen Studie¹⁴, in der die Pflegenden über einen Zeitraum von 12 Monaten einen zusätzlichen Dokumentationsbogen geführt haben. Zur Beschreibung der Dauer und Kontinuität von FEM werden zahlreiche unterschiedliche Maße eingesetzt.

3.2. Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

International liegen vor allem seit Anfang der achtziger Jahre diverse Untersuchungen zur Häufigkeit von FEM bei Bewohnerinnen in Pflegeheimen vor.

Eine frühe multinationale Studie vergleicht die Häufigkeit der Anwendung von FEM in Pflegeheimen. Hier wurde für Einrichtungen in Dänemark, Island und Japan eine Prävalenz von weniger als 9% berichtet, für Frankreich, Italien, Schweden und USA hingegen eine Prävalenz um ca. 20%. Spanien wies eine Prävalenz von ca. 40% auf.¹ Seither wurde eine Reihe von Prävalenzerhebungen veröffentlicht. Die in neueren internationalen Publikationen berichteten Prävalenzraten von FEM liegen zwischen 5% und 70%.²⁻⁹ Die am häufigsten berichteten FEM sind Bettgitter; seltener sind Gurte im Bett und im Stuhl sowie Tische mit fester Steckplatte (Stecktische oder sog. „Therapietische“).^{2-3,8} Die große Variation in den Prävalenzraten ergibt sich einerseits aus unterschiedlichen Definitionen von FEM, verschiedenen Methoden der Datensammlung sowie heterogenen Stichproben und Charakteristika des Settings. Andererseits haben auch gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Länder und verschiedene pflegerische Voraussetzungen sowie Traditionen einen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung von FEM (siehe Kapitel 3.2.). So hatte z.B. eine Gesetzesänderung in den USA zusammen mit verschiedenen politischen und professionellen Bemühungen einen deutlichen Einfluss auf die Häufigkeit von FEM bei Bewohnerinnen von Pflegeheimen.¹⁰ Die Häufigkeit der Maßnahmen ist offensichtlich abhängig von der jeweiligen „(Pflege-) Kultur“ in der Einrichtung bzw. in der geographischen Region.¹⁴

Aus Deutschland gibt es ebenfalls Untersuchungen zur Häufigkeit von FEM in Pflegeheimen. In einer bereits älteren Befragung in Köln wurde eine Prävalenz von ca. 30% Bewohnern mit FEM berichtet.¹¹ In einer Befragung von Pflegekräften aus Münchener Pflegeheimen wurde eine ca. 40%ige Prävalenz berichtet.¹² Eine Sekundäranalyse von Daten aus einer Erhebung, die im Jahr 2009 in 76 Pflegeheimen durchgeführt wurde, ergab eine Prävalenz von ca. 26%.¹³ Dem letzten Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zufolge, wurden bei ca. 20% der Bewohnerinnen FEM angewendet. Grundlage des Berichtes sind die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in den Ländern im Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2010.¹⁴

Im Rahmen einer eigenen Untersuchung aus dem Jahr 2009 mit insgesamt 2.367 Bewohnerinnen aus 30 Hamburger Pflegeheimen wurden alle FEM erfasst.¹⁵ Die Erhebung erfolgte an drei Zeitpunkten eines Stichtags durch trainierte externe Untersucher(inne)n. Der Anteil der Bewohnerinnen mit mindestens einer mechanischen FEM betrug ca. 26%. Dabei stellten Bettgitter mit 24,5% die häufigste FEM dar. Gurte, Stecktische und andere Maßnahmen waren mit 2% bis 3% vergleichsweise selten.

Direkt im Anschluss an die Prävalenzerhebung erfolgte eine prospektive Erfassung aller FEM binnen zwölf Monate (neu hinzukommende und bereits angewendete FEM). Im Vergleich zur Stichtagserhebung lag der Anteil der Bewohnerinnen, bei denen mindestens einmal eine FEM angewendet wurde bei ca. 40%. Bei fast jedem zehnten Bewohner wurden mindestens einmal in zwölf Monaten ein Gurt und/oder ein Stecktisch eingesetzt. Ein wichtiger Befund unserer Prävalenzerhebung waren die ausgeprägten Unterschiede zwischen den 30 Pflegeheimen. So lag der Anteil in dem Pflegeheim mit der geringsten FEM-Rate bei ca. 4%. Im Pflegeheim mit dem höchsten Anteil waren es hingegen ca. 60% der Bewohnerinnen. Diese großen Unterschiede ließen sich nicht durch Bewohnerinnen- oder Einrichtungsmerkmale erklären.

Insgesamt legen diese Studien nahe, dass mechanische FEM in Deutschland im Pflegeheim routinemäßig angewendet werden.

3.3. Gründe für die Anwendung von FEM

Für die vorliegende Leitlinie wurde die Recherche der ersten Leitlinienfassung zu den Gründen für die Anwendung von FEM aktualisiert.

Die Gründe für die Anwendung von FEM werden im Folgenden aus pflegewissenschaftlicher Perspektive betrachtet und sind von der juristischen Rechtfertigung zu unterscheiden. Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken MEDLINE via PubMed und CINAHL. Dabei war die Recherche auf englisch- und deutschsprachige Veröffentlichungen im Zeitraum von Januar 2007 bis März 2014 begrenzt. Darüber hinaus wurden die Literaturreferenzen der gesichteten Artikel durchgesehen.

Im Rahmen der ursprünglichen Literaturrecherche wurden insgesamt elf relevante Studien identifiziert. Dabei handelt es sich um vier deskriptive Studien²⁻⁵, drei qualitativen Studien⁶⁻⁸ sowie vier Literaturanalysen.⁹⁻¹¹ Die Aktualisierung ergab zwei weitere relevante Fragebogenstudien.^{12 13}

Die systematische Übersichtsarbeit von Evans et al.¹ basiert auf 23 Studien (drei beobachtenden, zwei interpretativen und 18 deskriptiven). Davon beziehen sich zehn Studien auf den stationären Altenpflegebereich, deren Ergebnisse Grundlage der folgenden Aktualisierung sind. Insgesamt konnten vier Hauptkategorien identifiziert werden, wobei die erste Kategorie fünf Subkategorien beinhaltet:

1. Patientenorientierte Gründe:¹⁻¹³

- Sicherheit vor Sturz und Verletzungen
- Agitation
- Umherwandern
- Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens
- Kontrolle von Verhalten

2. Patientenorientierte Gründe:^{1 3 4 6-9 11}

- Rechtliche Verantwortung des Personals, strukturelle Merkmale wie Personalbesetzung

3. Behandlungsorientierte Gründe:^{1 2 4 5 8 10 13}

- Verhinderung der Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung

4. Sozialorientierte Gründe:^{1 4 9}

- Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung

Zusammenfassung der Ergebnisse

FEM und patientenorientierte Gründe

Einer der am häufigsten angeführten patientenorientierten Gründe für die Anwendung von FEM ist der Schutz der Bewohnerinnen vor Stürzen und damit verbundenen Verletzungen. Diese Thematik wird daher an anderer Stelle in einem eigenen Kapitel ausführlich betrachtet (siehe Kapitel 3.7.).

Ein weiterer Grund für den Einsatz von FEM sind herausfordernde Verhaltensweisen wie z.B. Aggressivität und Agitation. In der ursprünglichen Literaturrecherche wurden insgesamt 12 Beobachtungsstudien eingeschlossen, die den Zusammenhang zwischen herausforderndem Verhalten beziehungsweise damit verbundenen Merkmalen (wie z.B. kognitiver Beeinträchtigung) und FEM untersuchten. Bis auf drei Publikationen (je eine aus Schweden¹⁸, den Niederlanden¹⁶, Deutschland²²) stammen alle übrigen aus den USA.^{41 42} Die Aktualisierung ergab eine systematische Übersichtsarbeit, in der insgesamt neun Primärstudien eingeschlossen wurden.²⁸ Hierzu zählen auch die Studien von Huizing et al.¹⁶ und Meyer et al.²², die im Rahmen der ursprünglichen Recherche eingeschlossen wurden.

Insgesamt werden FEM besonders bei Menschen mit Demenz angewendet. Verschiedene Studien belegen, dass kognitive Einschränkungen bei Bewohnerinnen direkt mit der Anwendung von FEM assoziiert sind.^{16-23 25 26 28} In einzelnen Studien wurden weiterhin Zusammenhänge zwischen aggressivem Verhalten^{17 20} bzw. herausforderndem Verhalten^{22 27} identifiziert, die ebenfalls häufig bei Menschen mit Demenz zu beobachten sind. Allerdings ist unklar, ob das Verhalten zur Anwendung von FEM führt oder ob Personen, die fixiert werden auch häufiger entsprechende Verhaltensweisen zeigen.

FEM und personal- und organisationsorientierte Gründe bzw. Merkmale

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

Im Rahmen der ursprünglichen Recherche wurden 15 Studien eingeschlossen, die einen Zusammenhang zwischen personellen sowie institutionellen Merkmalen und FEM untersuchen (zehn Beobachtungsstudien, vier Sekundäranalysen aus routinemäßig erhobenen Daten, eine Fall-Kontroll-Studie). Die Mehrzahl der Studien stammt aus den USA^{18 23 29-34} gefolgt von Australien^{35 36} Finnland³⁷, Schweden³⁸, Norwegen³⁹, den Niederlanden¹⁶ und Deutschland.²² Die Aktualisierung ergab eine relevante Sekundäranalyse einer Studie, die im Jahr 2009 in Deutschland durchgeführt wurde⁴⁰, sowie zwei Sekundäranalysen aus routinemäßig erhobenen Daten aus den USA.^{41 42}

Die Ergebnisse der Studien sind widersprüchlich, d.h. die Personalquote und -qualifikation ist in einigen Untersuchungen mit einer erhöhten Rate an FEM assoziiert und in anderen mit einer niedrigeren Rate. Von den 18 eingeschlossenen Studien können neun Beobachtungsstudien und zwei Sekundäranalysen keinen bzw. nur einen schwachen Zusammenhang zwischen der Personalquote und -qualifikation und FEM feststellen.^{16 22 23 29 34-40} Zwei Studien finden keinen Zusammenhang zwischen FEM und Größe der Station bzw. Einrichtung.^{22 38} Sieben Studien unterschiedlichen Designs zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalquote und -qualifikation und FEM auf.^{18 30-33 41 42} Drei Studien zeigen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen institutionellen Faktoren und FEM auf.^{30 32 39}

Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für FEM in der speziellen Demenzabteilung und in größeren Einrichtungen reduziert. In einer eigenen Untersuchung mit 2.367 Bewohnerinnen aus 30 Hamburger Pflegeheimen stand keines der untersuchten Merkmale der Heime²² im Zusammenhang mit einer häufigeren Anwendung von FEM.

Auch eine Studie aus den Niederlanden bestätigt¹⁶, dass Heimmerkmale für die Anwendung von FEM wahrscheinlich weniger Bedeutung haben als Merkmale wie z.B. kognitive Einschränkungen, die sich auf die Bewohnerinnen beziehen.

Insgesamt sind die Ergebnisse zu personellen sowie institutionellen Merkmalen und der Anwendung von FEM sehr heterogen und widersprüchlich und lassen keine eindeutige Aussage zu. Die personellen und einrichtungsstrukturellen Merkmale sind eher nicht geeignet, die Unterschiede in der Häufigkeit von FEM zu erklären. Die Anwendung von FEM ist daher vermutlich stärker von der Haltung der Pflegenden wie auch deren Umgang, z.B. mit Demenz, als von Aspekten wie Personalquote und -qualifikation oder Einrichtungsgröße abhängig.

FEM und behandlungsorientierte Gründe

Die behandlungsorientierten Gründe für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege beziehen sich auf die Unterbrechung von medizinischen oder pflegerischen Behandlungen. In diesem Zusammenhang häufig genannte Verhaltensweisen von Bewohnerinnen sind beispielsweise das Ziehen an und Entfernen von Zu- und Ableitungen wie Ernährungs- oder Magensonden, Kathetern oder das Entfernen von Wundverbänden.

Durch die aktualisierte Recherche konnte wie auch in der ursprünglichen Recherche keine Studie identifiziert werden, die die Zusammenhänge zwischen behandlungsorientierten Gründen und FEM untersucht.

FEM und sozialorientierte Gründe

Die sozialorientierten Gründe für den Einsatz von FEM im stationären Bereich der beruflichen Altenpflege beziehen sich auf das soziale Umfeld der von FEM betroffenen Bewohnerinnen.

Sowohl die ursprüngliche als auch die aktualisierte Recherche ergab keine Studien, die einen direkten Zusammenhang zwischen FEM und sozialorientierten Gründen wie z.B. die Sicherstellung eines friedlichen sozialen Umfelds von Bewohnerinnen der stationären Altenpflege belegen. Es fanden sich nur zwei Studien^{6,8}, die neben anderen Aspekten sozialorientierte Gründe beschreiben und damit die bisher bekannten Angaben zu sozialorientierten Gründen^{1,4,9} ergänzen.

Laut einer qualitativen Studie⁶ sind Angehörige von Heimbewohnerinnen der Ansicht, dass FEM zwar zur vermeintlichen Sicherheit der Bewohnerinnen, aber auch aus Gründen von Bequemlichkeit und Annehmlichkeit des Personals bzw. der Pflegeeinrichtung zum Einsatz kommen. Einer weiteren qualitativen Studie zufolge⁸ sind Pflegende bei der Anwendung von FEM den Erwartungen und dem Druck von Angehörigen sowie gesellschaftlichen und professionellen Normen ausgesetzt. Demnach wenden sie FEM an, wenn sie ein sozial unerwünschtes, aber auch mit ihren eigenen Wertvorstellungen nicht übereinstimmendes Verhalten der Bewohnerinnen erleben, das sich sowohl gegen sie selbst als auch gegen die Mitbewohnerinnen richtet.

Der aktuellen Studienlage zufolge lassen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen sozialorientierten Gründen und der Anwendung von FEM in der stationären Altenpflege mittels Assoziationsanalysen bestätigen. Die vorliegenden Studien zeigen jedoch, dass der Einsatz von FEM mit durch das soziale Umfeld bedingten Aspekten begründet wird.

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

3.4.1. Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden

Die Haltungen und Einstellungen der Pflegenden zu FEM gelten als ein bedeutsamer Aspekt, der ihre Anwendung beeinflusst.^{1,2} Daher ist die Frage danach, wie und in welchem Ausmaß die Haltungen und Einstellungen der Pflegenden die Anwendung von FEM beeinflussen, für die Veränderung der Praxis wichtig.

Methodisches Vorgehen

Für diesen Beitrag wurde die Literaturübersicht der ersten Leitlinienfassung aktualisiert. Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, GeroLit, CINAHL, PsycINFO und PSYNDEx durchgeführt (Stand 03/2014). Die Suche wurde auf das Setting Altenheim bzw. die Langzeitpflege für ältere Menschen begrenzt, die Bereiche Akutpflege und Psychiatrie wurden ausgeschlossen. Außerdem wurde nur Literatur zu körpernahen FEM einbezogen, Studien zu medikamentösen FEM wurden ausgeschlossen. Zur Fragestellung lag eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit vor³, darüber hinaus konnten keine weiteren relevanten Studien identifiziert werden.

Die systematische Übersichtsarbeit untersuchte die Haltungen und Einstellungen der Pflegenden zu FEM bei der Versorgung älterer Menschen.³ Es wurden Studien aus Pflegeheimen, aber auch aus Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken eingeschlossen, sofern diese sich explizit auf die Versorgung älterer Menschen bezogen. Studien aus der Psychiatrie wurde ausgeschlossen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In die Übersichtsarbeit wurden insgesamt 29 Studien: neun qualitative, eine Mixed-Methods und 19 Fragebogenstudien, die von 1991 bis 2011 publiziert wurden. Die Studien stammen überwiegend aus den USA, sowie aus Europa (Schweden, Schweiz, Finnland, Niederlande, Deutschland, Großbritannien, Griechenland), Asien (Israel, Hongkong, Taiwan) und Australien. Die methodische Qualität der qualitativen und Mixed-Methods-Studien ist mittel bis gut, die der Fragebogenstudien niedrig.

In den qualitativen und Mixed-Methods-Studien beschreiben die Pflegenden überwiegend negative Gefühle, wenn sie FEM gegen den Willen der Bewohner anwenden. Sie fühlen sich schuldig, frustriert und traurig.^{2 4-8} Die Gefühle werden teilweise als weniger negativ beschrieben, wenn sie im Zusammenhang mit Strategien zum Umgang mit dem moralischen Dilemma beschrieben werden (siehe unten).

Gleichzeitig sind die Pflegenden in ihrer Praxis mit Situationen konfrontiert, in denen sie FEM als nötig ansehen. Die wichtigste Begründung hierfür ist die Sorge vor Stürzen und Sturz-bedingten Verletzungen (vgl. Kapitel 3.7.), vor der eigenen Haftung, aber auch das mangelnde Wissen über Alternativen.^{5 7-12}

Die Pflegenden beschreiben moralische Konflikte, wenn sie trotz ihrer negativen Gefühle dennoch in der Praxis FEM einsetzen.^{2 4 7 8 12} Dennoch treffen die Pflegenden in der Praxis meist die Entscheidung für die Fixierung (vgl. Kapitel 3.5.) und nutzen verschiedene Strategien, um mit ihren negativen Gefühlen umzugehen.

Die wichtigste Strategie ist die Veränderung der Bedeutung von FEM, beispielsweise die Fokussierung auf die erwarteten positiven Folgen der Maßnahmen wie eine vermeintlich erhöhte Sicherheit.^{2 4-6 8 9} Auch die Übertragung der Entscheidungsverantwortung auf andere, z.B. die Kollegen oder die Angehörigen gehört zu diesen Strategien.^{2 5 7 9 10} Viele Pflegende scheinen FEM für eine „normale“ Pflegemaßnahme zu halten. Insgesamt zeigt sich deutlich, dass die Pflegenden die Anwendung von FEM nicht grundsätzlich in Frage stellen und sich im Zweifel meist für FEM entschieden.^{2 4-10 12}

Die Daten der quantitativen Studien sind aufgrund der unterschiedlichen Instrumente schwer zu vergleichen, dennoch stützen sie die sehr auf Sicherheit ausgerichtete Einstellung der Pflegenden. Die Ergebnisse unterschieden sich kaum zwischen den verschiedenen geriatrischen Pflegesettings bzw. im Zeitverlauf.³

3.4.2. Haltung, Einstellung und Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen

Zur Darstellung des aktuellen Stands des Wissens zu den Haltungen, Einstellungen und dem Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen wurde die Literaturrecherche der ersten Leitlinienfassung aktualisiert.

Methodisches Vorgehen

Im März 2014 wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE via PubMed, GeroLit, CINAHL, PsycINFO und PSYINDEX durchgeführt. Die Suche wurde auf das Setting Pflegeheim begrenzt. Die Settings Akutpflege und Psychiatrie wurden ausgeschlossen. Auch Studien zu medikamentösen FEM wurden ausgeschlossen. Die Literatursuche wurde auf englische und deutsche Publikationen beschränkt.

Darstellung der Ergebnisse

Im Rahmen der ursprünglichen Literaturrecherche wurden fünf relevante Studien identifiziert. Dabei handelte es sich um eine Übersichtarbeit¹, eine Studie mit einem quantitativen Design² und drei Studien mit einem qualitativen Design.³⁻⁵ Die Aktualisierung ergab zwei weitere relevante Studien mit einem quantitativen Design.^{6 7}

Drei der Untersuchungen stammen aus den USA⁴⁻⁶ und jeweils eine aus Australien³ und Japan.⁷ Eine Untersuchung legt Daten aus Deutschland vor.² Die eingeschlossenen Studien weisen kleine Stichproben und teilweise methodische Schwächen auf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Studien nicht zwischen den Begriffen Haltung, Erleben und Einstellung differenziert wurde. Bewohnerinnen und deren Angehörige aus verschiedenen Ländern weisen unterschiedliche Haltungen und Meinungen zu FEM auf, wobei sowohl positive als auch negative Haltungen zu verzeichnen sind.

Die Anwendung von FEM wird als positiv erachtet, ...

- wenn sie dem Schutz der Bewohnerin dient, z.B. vor Stürzen oder Verletzungen¹⁻⁷,
- wenn Angehörige die Benutzung von FEM als ein bewährtes Mittel in der pflegerischen Versorgung wahrnehmen.¹⁻⁷

Die Anwendung von FEM wird als negativ erachtet ...

- da negative Gefühle, wie Erniedrigung, Angst, Furcht etc., bei den betroffenen Bewohnerinnen auslöst werden^{1 4 5},
- da negative Gefühle bei den Angehörigen hervorgerufen werden (z.B. Frustration, Unbehagen, Betroffenheit, Unzufriedenheit, Hilflosigkeit)^{1 3-5},
- da sie eingesetzt werden, wenn unerfahrene Pflegende bzw. Aushilfen im Dienst sind⁵,
- da FEM zur Entlastung der Pflegenden eingesetzt werden.³

Die Ergebnisse der eingeschlossenen relevanten Primärstudien werden nachfolgend detaillierter dargestellt.

Hardin et al.⁴ untersuchten in ihrer Interviewstudie die Empfindungen der Bewohnerinnen und deren Angehörigen bzgl. der Anwendung von FEM. Die Studie wurde in einer Einrichtung in den USA mit einem qualitativen Forschungsdesign durchgeführt (n= 25 Bewohner, n= 19 Angehörige). Die Autor(inn)en identifizierten vornehmlich negative Gefühle der Bewohnerinnen und deren Angehörigen gegenüber FEM.

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

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

Newbern & Lindsey⁵ untersuchten mit qualitativen Interviews die Einstellung zu FEM von Ehefrauen, deren Partner in einem Veteranenheim in den USA fixiert wurden. Die Autorinnen fanden primär negative Haltungen der Ehefrauen gegenüber FEM. Sie begegnen der Anwendung von FEM mit Unverständnis und empfinden die Anwendung von FEM ihres Angehörigen als entwürdigend. Die Fixierung ihres Angehörigen erleben sie mit dem Gefühl, dass sich diese in der letzten Lebensphase befinden. Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit wurden geäußert.

Moore & Haralambous³ untersuchten die Einstellung von Pflegenden, Bewohnerinnen und deren Angehörigen in Bezug auf die Anwendung von FEM und Barrieren der Reduktion von FEM. Die Studie wurde in drei stationären Altenpflegeeinrichtungen in Australien durchgeführt. Mit den Bewohnerinnen und deren Angehörige wurden Fokusgruppen durchgeführt, mit den Pflegenden Einzelinterviews.

Insgesamt vertraten die Bewohnerinnen und deren Angehörige eine positive Haltung bzgl. der Anwendung von FEM. Von den Angehörigen wurden FEM als legitimes pflegerisches Mittel angesehen, wenn deren Einsatz aus Gründen der Sicherheit erfolgt. Eine große Ablehnung wurde geäußert, insofern der Einsatz von FEM lediglich zur Entlastung der Pflegenden dient. Einige Angehörige fühlten sich nicht in den Entscheidungsprozess über FEM einbezogen und wünschten sich mehr Informationen über FEM und mögliche Alternativinterventionen.

In einer eigenen Studie wurden 170 Angehörige von Pflegeheimbewohnerinnen aus 13 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen mit einer übersetzten und angepassten Version des Maastricht Attitude Questionnaire befragt.²

Insgesamt beurteilten die Angehörigen FEM tendenziell eher positiv. Die Benutzung von FEM wurde als probates Mittel in der pflegerischen Versorgung erachtet. Am unangenehmsten und am meisten freiheitseinschränkend wurden von den Angehörigen Hand- und Fußgelenksgurte eingeschätzt. Einseitige Bettgitter, Infrarotsysteme und Sensormatten stellten für sie die Maßnahmen mit dem geringsten Grad der Freiheitseinschränkung und Unannehmlichkeit dar.

In einer älteren Fragebogenstudie aus den USA wurden insgesamt 137 Angehörige von Bewohnerinnen einer stationären Altenpflegeeinrichtung bzgl. der Einstellung gegenüber der Anwendung von FEM befragt, bevor Maßnahmen zur Vermeidung in diesen Einrichtungen implementiert wurden.⁶ Darüber hinaus wurden 30 Angehörige von Bewohnerinnen, bei denen FEM nicht mehr angewendet wurden, noch einmal befragt. Die Teilnehmer wurden anhand des Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) (13 Items; häufigste Gründe in Bezug auf Anwendung von FEM) befragt.

Grundsätzlich sahen die Angehörigen FEM als eine wichtige pflegerische Maßnahme an, insbesondere wenn sie zum Schutz vorm Herausziehen eines Katheters oder als Schutz vor Stürzen eingesetzt werden. Auch erachtete der Großteil der Befragten die verwendeten FEM für ihre Angehörigen als angemessen. Angehörige von fixierten und kognitiv stärker eingeschränkten Bewohnerinnen empfanden FEM als wichtiger als Angehörige von nicht-fixierten und kognitiv weniger eingeschränkten Bewohnerinnen. Bei der Nachbefragung der 30 Angehörigen zeigte sich keine Veränderung der Sichtweise auch nachdem die FEM bei den Bewohnerinnen nicht mehr angewendet wurden.

Lai und Wong⁷ untersuchten anhand eines selbst erstellten Fragebogens die Einstellung von Angehörigen gegenüber FEM. Hierzu wurde eine Gelegenheitsstichprobe von 25 Angehörigen von Patienten, die auf internistischen und geriatrischen Stationen einer Rehabilitationseinrichtung behandelt und dabei FEM angewendet wurden, ausgewählt.

Insgesamt vertraten die Angehörigen eine positive Haltung gegenüber der Anwendung von FEM. So wurde festgestellt, dass mit 22 Angehörige (ca. 90%) die Mehrheit die Anwendung als nützlich einschätzte. Dies wurde überwiegend mit einer größeren Sicherheit der Bewohnerinnen begründet. Es wurde ebenfalls deutlich, dass mehr als die Hälfte der Angehörigen keine Alternative hierzu sahen und viele Angehörige noch nie darüber nachgedacht haben, inwiefern es Alternativen zu FEM gibt.

Insgesamt ist festzustellen, dass sowohl bei den Angehörigen als auch bei den Bewohnerinnen nicht nur negative Haltungen und Empfindungen gegenüber der Anwendung von FEM zu verzeichnen sind. Dies steht überwiegend im Zusammenhang mit dem Aspekt der Sicherheit und dem Vertrauen in die Entscheidungen der Pflegenden.

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

Der Einbezug von Betroffenen in die Entscheidungsfindung bei medizinischen Therapien oder der pflegerischen Versorgung wird sowohl von Patient(inn)enorganisationen als auch von Gesundheitsdienstleistern gefordert. Das Konzept des „Shared Decision Making“ (SDM), also die gemeinsame bzw. „partizipative“ Entscheidungsfindung, ist eine Methode um dies zu erreichen.¹ International wird das Konzept bereits seit längerem auch für pflegerische Entscheidungen diskutiert. In einer kanadischen Studie haben Stacey et al.² einen Rahmen für einen so genannten Entscheidungscoach in der Pflege vorgestellt. Hier wird zusätzlich zu den Pflegenden und den Betroffenen (Bewohnerinnen und/oder Angehörigen) die Rolle einer speziell ausgebildeten Pflegekraft beschrieben, die den Entscheidungsprozess begleiten und zur Umsetzung des SDM beitragen soll. Hierzu bedarf es demnach (a) der genauen Erfassung des Entscheidungsbedarfs, (b) der Bereitstellung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen, (c) der Begleitung und Förderung des Entscheidungsprozesses und (d) der Erfassung von Faktoren und Bedürfnissen, die die Umsetzung von Entscheidungen beeinflussen.² Diese Kompetenzen sind teilweise im neuen Berufsbild der „klinischen Pflegespezialist(inn)en“ enthalten, die beispielsweise in der Studie von Capezuti et al.³ zur Reduktion von Bettgittern in US-amerikanischen Pflegeheimen eingesetzt werden. Die Aufgaben der von Stacey et al.² beschriebenen „Entscheidungscoaches“ sind jedoch unabhängig vom pflegerischen Versorgungsbereich. Der Coach soll in Zusammenarbeit mit der „klinischen“ Spezialistin Entscheidungen über unterschiedliche Fragestellungen begleiten. Dieser innovative Ansatz geht weit über die zurzeit in Deutschland denkbaren Anwendungen des SDM hinaus, da das Konzept des SDM hier in der Pflege bislang kaum etabliert ist bzw. diskutiert wird. Ein Grund hierfür sind sicher die unter-

schiedlich ausgeprägten Kompetenzbereiche beruflich Pflegender in Deutschland im Vergleich z.B. zum englischsprachigen Ausland.

Natürlich steht außer Frage, dass auch in Deutschland Pflegende maßgeblich an Gesundheitsentscheidungen beteiligt sind, allerdings geschieht das in der Regel eher implizit, während weiterhin die Ärztin bzw. der Arzt als expliziter Entscheidungspartner der Patient(inn)en bzw. Bewohnerin oder der Angehörigen fungiert. Allerdings gerade im Bereich der stationären Altenpflege, wo Ärztinnen und Ärzte weniger als in anderen Pflegesettings präsent sind, werden Pflegende mit Entscheidungen konfrontiert, die nicht immer delegierbar bzw. aufschiebbar sind.

Entscheidungsfindung mit Menschen mit Demenz

Bei vielen Bewohnerinnen in Pflegeheimen ist die Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt oder nicht mehr gegeben. Entscheidungen für diese Bewohnerinnen werden in der Regel durch ihre Betreuer(innen) oder Vorsorgebevollmächtigten getroffen. Allerdings sollten auch diese sich bei der Entscheidungsfindung am (mutmaßlichen) Willen der Betroffenen orientieren. Konzepte zur Realisierung von (gemeinsamer) Entscheidungsfindung stehen aus.

Der Einbezug von Menschen mit Demenz wird meist im Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende in Studien thematisiert, z.B. bezüglich der Anlage von Ernährungssonden.⁴ Für Mitarbeiter(innen) der Gesundheitsberufe wie auch für Angehörige stellt die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Menschen mit Demenz eine große Herausforderung dar. Einerseits ist das Ziel die Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen zu wahren, andererseits sehen sie sich in der Verantwortung, die körperliche Unversehrtheit der Menschen mit Demenz zu gewährleisten.⁵ Allerdings ist der Grad der Demenz kein ausreichender Indikator für die Fähigkeit der Betroffenen, ihre Wünsche und Meinungen zu bestimmten Entscheidungen zu äußern.^{5 6} Auch Menschen mit Demenz geben in Studien an, dass sie gerne bei Entscheidungen einbezogen werden wollen, sie sich jedoch häufig nicht ausreichend informiert und wahrgenommen fühlen.^{5 7 8}

Entscheidungsfindung zu FEM

Die Entscheidungen zur Anwendung von FEM werden in Deutschland (formal) durch die Betreuer(innen) oder Vorsorgebevollmächtigten getroffen und durch Richter(innen) genehmigt (vgl. Kapitel 5.). Dennoch haben die Pflegenden in der Praxis ebenfalls eine bedeutsame Rolle bei der Entscheidungsfindung. Die Rolle der Pflegenden wird in Studien aus Deutschland bislang jedoch kaum thematisiert. Auch liegen kaum Informationen dazu vor, ob Bewohnerinnen bzw. deren Angehörige über das Thema FEM informiert und in die Entscheidungsfindung einbezogen wurden.

Entscheidungshilfen („Decision Aids“)

In Deutschland wie auch international liegen Materialien bzw. Entscheidungshilfen für Pflegenden zur Unterstützung von Entscheidungen über die Anwendung von FEM vor. Die erste Auflage der Leitlinie beinhaltet solche Entscheidungshilfen in Form der Empfehlungen, die in der Praxis die Auswahl von Alternativen zu FEM erleichtern sollen. Andere Dokumente enthalten Checklisten oder Flussdiagramme, um die Entscheidungsfindung zu unterstützen.⁹ Alle diese Dokumente stellen jedoch klar, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen sind. Um dies zu unterstützen wurde für die erste Auflage der Leitlinie eine Broschüre speziell für Betreuer(innen) und Angehörige entwickelt. Inwieweit diese oder andere Dokumente jedoch ausreichen, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne des SDM-Konzeptes treffen zu können, ist bislang nicht untersucht.

Forschungsstand

International liegt eine Reihe von Forschungsarbeiten vor, die die Rolle der Pflegenden bei Entscheidungen über FEM beleuchten. Die aktualisierte Literaturrecherche identifizierte eine systematische Übersichtsarbeit zur Entscheidungsfindung bei FEM.¹⁰ In dieser Übersichtsarbeit wurden zwölf Studien eingeschlossen, die in den USA, China, Kanada, Finnland, Großbritannien, Schweden und der Schweiz durchgeführt wurden. Von diesen zwölf Studien wurden jedoch nur vier Studien in Pflegeheimen durchgeführt. Außerdem wurde eine qualitative Studie aus Finnland identifiziert, die nicht in diese Übersichtsarbeit eingegangen war.¹¹

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Übersichtsarbeit beschreibt die Entscheidungsfindung bzgl. der Anwendung von FEM als komplexen Prozess.¹⁰ Auf der einen Seite beschreiben die Pflegenden in den eingeschlossenen Studien, dass sie die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner bei der Entscheidung einbeziehen würden. In der Praxis werden die Entscheidungen zur Anwendung von FEM jedoch stark durch den Aspekt „Sicherheit“ geprägt. Sicherheit bedeutet in diesem Zusammenhang in erster Linie den Schutz der Bewohner vor Verletzungen durch Stürze. Die Pflegenden sehen sich in der Pflicht, die Sicherheit der Bewohner garantieren zu müssen und dies durch die Anwendung von FEM erreichen zu können. Dieser Fokus auf Sicherheit führt häufig dazu, dass eine ausgewogene Entscheidungsfindung, die auch das Recht auf Mobilität und die Würde der Betroffenen einbezieht, nicht stattfindet (vgl. Kapitel 3.4.1.). Ein Faktor, der starken Einfluss auf die Entscheidungsfindung zu FEM hat, ist die Interpretation des Verhaltens der Bewohnerin durch die Pflegenden. Wenn Pflegenden das Verhalten der Bewohnerin erklären oder nachvollziehen können, sind sie eher geneigt, keine FEM anzuwenden.¹² Ein weiterer Faktor sind die Wünsche der Angehörigen, die häufig der Ausgangspunkt

für die Anwendung von FEM sind. In der Übersichtsarbeit zeigte sich, dass bei der Entscheidungsfindung zur Anwendung von FEM die Wünsche bzw. die Meinung der Betroffenen in den eingeschlossenen Studien nicht thematisiert wurden.¹⁰ Dagegen beschrieben die Pflegenden in der qualitativen Studie aus Finnland in einem stärkeren Maße den Einbezug der Angehörigen und der Betroffenen in die Entscheidungsfindung. Gleichzeitig beschreiben sie jedoch auch, dass sie sich häufig mit der Entscheidung allein gelassen zu fühlen.¹¹

Die Folgen der Entscheidungen über FEM für die Pflegenden werden in der Übersichtsarbeit als ethisches Dilemma beschrieben. In den eingeschlossenen Studien beschrieben die Pflegenden ihrerseits Strategien, mit diesem Dilemma umzugehen (vgl. Kapitel 3.4.1.).¹⁰

In einer eigenen Fragebogenstudie zu Belastungen der Pflegenden im Zusammenhang mit Entscheidungen zur Anwendung von FEM wurde der Anteil der Belastung, die durch Entscheidungen zu FEM ausgelöst wurde, untersucht.¹³ Insgesamt nahmen 690 Pflegende aus verschiedenen Pflegebereichen (stationäre Altenpflege, ambulante Pflege, Krankenhaus) daran teil. Diese schätzten den Anteil der Belastung durch Entscheidungen zu FEM an der Gesamtbelastung mit 22,9% (Standardabweichung $\pm 22,7$) ein (Gesamtbelastung 100). Bei den 105 Pflegenden aus der stationären Altenpflege lag der Wert mit 23,8% ($\pm 25,5$) nur geringfügig höher.¹³

Zusammenfassung

Pflegende und Angehörige haben einen bedeutenden Anteil bei der Entscheidungsfindung, allerdings werden die Wünsche der Bewohnerinnen bei dieser Entscheidung selten mit einbezogen. Die Entscheidungen über die Anwendung von FEM werden also selten im Sinne des SDM getroffen.

3.6. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und ähnliche Dokumente zur Vermeidung von FEM

Leitlinien (LL) und leitlinien-ähnliche Dokumente, die Literatur-basiert zu spezifischen Themen Empfehlungen für die Praxis beinhalten, sind im Bereich der Gesundheitsversorgung bedeutsame Instrumente der Qualitätssicherung. Das Ziel dieser Dokumente ist die Verbesserung des Transfers von aktuellem Wissen und die Erleichterung der Entscheidungsfindung in der täglichen Versorgung.¹ In der Pflege gibt es auch andere Dokumente, die Empfehlungen oder Stellungnahmen beinhalten, beispielsweise Standards. Auch diese Dokumente haben das Ziel, Entscheidungs- und Orientierungshilfen für eine angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlich-pflegerischen Problemen in der Praxis darzustellen. Viele der Dokumente werden jedoch nicht mittels systematischer Methoden und auf Grundlage des aktuellen Stands des Wissens erstellt. Inwieweit sie die Pflegepraxis tatsächlich beeinflussen, ist nur wenig untersucht. Die Wirksamkeit einer Intervention, die auf der ersten Fassung der vorliegenden Leitlinie basierte, wurde in einer methodisch hochwertigen Studie bestätigt.² Diese Studie belegt, dass eine geplante und strukturierte Implementierung einer evidenz-basierten Leitlinie zu einer Verbesserung von relevanten Versorgungsergebnissen führen kann.

Um einen Überblick über die national und international verfügbaren Dokumente mit Empfehlungen zur Reduktion von FEM in der stationären Altenpflege zu erhalten, wurde für die aktualisierte Leitlinie eine Übersicht erstellt.

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

Zur Identifikation der Dokumente wurde die Recherche der ersten Leitlinienfassung aktualisiert (April 2014) und folgende Quellen durchsucht: elektronische Datenbanken (PubMed, CINAHL, Gerolit und Carelit), Internet-Suchmaschinen (Google). Weiterhin wurden die Internetseiten der folgenden nationaler und internationaler Organisationen und Gruppen durchsucht.

Nationale Organisationen

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Bundeskonferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

- Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes, Bund der Krankenkassen (MDS)

Internationale Organisationen

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

Es wurden jeweils deutsche bzw. englische Suchbegriffe verwendet. Eingeschlossen wurden alle deutsch- und englischsprachigen Publikationen, welche die prädefinierten Einschlusskriterien erfüllten (siehe Tabelle).

Tabelle: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltlich • Freiheitseinschränkende, mechanische Maßnahmen – allgemein und spezifisch • Stationäre Pflegeeinrichtungen • Pflege alter Menschen • Primäre Adressaten: Pflegende	Inhaltlich • Psychiatrie • Krankenhaus • akute Pflege • JCAHO, weil es auf „hospital & behavioural health“ fokussiert
Formal • Leitlinie • Richtlinie • Standard • Leitfaden • Empfehlungen • Positionspapier • Entscheidungsfindungshilfe • Initiative • Help Guide (Assessment und Alternativen)	Formal • Dokumente einer Organisation für Pflegeeinrichtungen mit Empfehlungen zum Umgang mit FEM • Literaturübersichten und -analysen • Interventionsstudien bzw. -projekte • Gesetzliche Vorgaben

Zusammenfassung der Ergebnisse

In der aktualisierten Recherche wurden 51 Dokumente (neue Dokumente oder aktualisierte Versionen bereits eingeschlossener Dokumente) identifiziert. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 28 Dokumente eingeschlossen. Elf Dokumente wurden in Deutschland erstellt, sechs in den USA, fünf in Australien, drei in der Schweiz, zwei in Kanada und eins in Großbritannien. Die Dokumente wurden von 2002 bis 2012 publiziert.

Nur zwei dieser Dokumente waren evidenzbasierte Leitlinien, die erste Leitlinienfassung und ein Dokument aus Kanada.^{3 4} Von den 28 Dokumenten basierten die Empfehlungen nur in vier Dokumenten auf einer systematischen Literaturrecherche und nur für die beiden evidenzbasierten Leitlinien wurde die Entwicklungsmethode der Empfehlungen beschrieben. Die evidenzbasierte Leitlinie aus Kanada wurde nicht spezifisch für die stationäre Altenpflege erstellt.⁴

.

3.7. Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

In zahlreichen Studien wurde mit unterschiedlichen Methoden versucht, Gründe für die Anwendung von FEM zu ermitteln. Eine durchgehend und häufig angeführte Begründung ist das Anliegen, Stürze und sturzbedingte Verletzungen verhindern zu wollen.¹⁻³ Angehörige fragen FEM ebenfalls zum Zwecke der Sturzprävention nach und äußern in einigen Untersuchungen eine hohe Akzeptanz von FEM.⁴⁻⁵ Studien, welche die direkten Auswirkungen vom FEM auf Stürze untersuchen, liegen nicht vor. Aus ethischen Gründen sind diese auch nicht zu erwarten. Zwar erscheint es plausibel, dass während der Anwendung der FEM Stürze durch die Einschränkung der Bewegung verhindert werden, da die Maßnahmen jedoch nicht rund um die Uhr angewendet werden, besteht in den Zeiten ohne FEM weiterhin ein Sturzrisiko. In einer neueren systematischen Übersichtsarbeit wurde die Wirksamkeit von FEM in Bezug auf die Reduktion von Stürzen untersucht.⁶ Hierbei zeigte sich, dass die Anwendung von FEM nicht mit einer Verringerung der Stürze assoziiert ist und andererseits die Reduktion von FEM nicht mit einer Zunahme von Stürzen einhergeht. Die Ergebnisse wurden in anderen Primärstudien und systematischen Übersichtsarbeiten bestätigt.⁷⁻¹⁰

Zusätzlich liegen mittlerweile Hinweise vor, dass sich das Sturzrisiko der von FEM betroffenen Personen in Zeiten ohne FEM sogar erhöht.⁸ Eine Erklärung dafür könnte die Abnahme der Mobilität durch fehlende Übung und den Abbau von Muskelkraft und Gleichgewicht aufgrund der FEM-bedingten Immobilität sein. Diese Zusammenhänge lassen sich schwer in aussagekräftigen Daten abbilden.

Außerdem gibt es Beschreibungen von unerwünschten Wirkungen von FEM. Aus Beobachtungsstudien sind zahlreiche mit FEM assoziierte Beeinträchtigungen dokumentiert, wie beeinträchtigter Gang und Gleichgewicht, Gelenkversteifungen, ein erhöhtes Risiko für Harnschwäche, Dekubitus, Hautabschürfungen und Infektionen, zunehmende Unruhe und Verwirrung.¹¹ Unklar ist, inwieweit diese Beeinträchtigungen, die Teil eines komplexen Beschwerdebildes sind, durch FEM hervorgerufen sind oder sogar FEM bedingen. Strangulationen und Einklemmungen durch FEM sind ebenso beschrieben wie direkte schwere bis zum Tode führende Verletzungen durch FEM.¹²⁻¹⁵ Es dürfte sich um seltene, wenn auch lückenhaft berichtete Ereignisse handeln.

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit fokussiert auf die Folgen der Anwendung bzw. des Weglassens von Bettgittern auf Stürze und Verletzungen.¹⁶ In dieser Arbeit wurden 24 Studien eingeschlossen, keine davon mit einem kontrollierten Studiendesign. Die Autoren schlussfolgern, dass größere Verletzungen in der Regel mit inkorrektem Anbringen oder überholten Modellen von Bettgittern einhergehen und Bettgitter scheinbar nicht das Risiko für Stürze und sturzbedingte Verletzungen erhöhen.¹⁴ Diese Aussagen stimmen mit den Empfehlungen des aktualisierten Expertenstandards zur Sturzprophylaxe überein, die FEM ebenfalls als ungeeignete Maßnahmen zur Sturzprävention einstufen.¹⁷

Da FEM jedoch häufig als Mittel zur Sturzprävention benutzt werden, wurde von der LEG der Wunsch geäußert, die Evidenz zur Sturzprävention zu sichten.

Methodisches Vorgehen

Die im Rahmen der ersten Leitlinienfassung erstellte Literaturübersicht wurde für die aktualisierte Leitlinienfassung überarbeitet. Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL und PubMed. Gesucht wurde nach systematischen Übersichtsarbeiten bzw. nach in den Übersichtsarbeiten nicht berücksichtigten aktuellen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Darüber hinaus wurde auch der Expertenstandard zur Sturzprävention eingeschlossen. In die ursprüngliche Übersicht gingen sechs Reviews und vier RCTs ein. Für die vorliegende Aktualisierung wurden vier Publikationen eingeschlossen, ein deutschsprachiger HTA-Report, ein Cochrane Review und der aktualisierte Expertenstandard zur Sturzprävention.¹⁷⁻¹⁹

Multifaktorielle Assessment- und Interventionsprogramme

Diese Interventionen sind komplexe Programme, die mehreren Interventionskomponenten zur Sturzprävention beinhalten, z.B. Anpassung der Medikation, Raumanpassung, gesundheitsbezogene Angebote oder körperliche Bewegung. Die Zusammenstellung der Programme variiert dabei. Zwei systematische Übersichtsarbeiten berichten übereinstimmend von einer nicht eindeutigen Evidenzlage. Die Aussagekraft der Studien ist aufgrund methodischer Limitierungen und der Heterogenität der untersuchten Programme eingeschränkt.¹⁷⁻¹⁹ Das Cochrane Review berichtet eine Reduktion bei der Sturzrate durch die Interventionen (Ereignisrate 0,78, 95% KI 0,59-1,04; 7 Studien, 2.876 Teilnehmer) bzw. des Sturzrisikos (RR 0,89, 95% KI 0,77-1,02; 7 Studien, 2.632 Teilnehmer), beides nicht statistisch signifikant.¹⁹ In einer Studie stieg die Anwendung von FEM in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe an.

Körperliches Training

Zwei systematische Übersichtsarbeiten untersuchten die Wirksamkeit von Interventionen zum Erhalt oder zur Verbesserung von motorischen Funktionen.^{18,19} Beide Übersichtsarbeiten berichten übereinstimmend, dass die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien teilweise widersprüchlich sind. Die Metaanalyse des Cochrane Reviews zeigt keinen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Sturzrate (Ereignisrate 1,03, 95% CI 0,81-1,31; 8 Studien, 1844 Teilnehmer) oder des Sturzrisikos (RR 1,07, 95% CI 0,94 -1,23; 8 Studien, 1887 Teilnehmer).¹⁹ Weitere Untersuchungen der Effekte für bestimmte Gruppen zeigten in beiden Reviews eine Tendenz für ein erhöhtes Sturzrisiko dieser Interventionen bei Menschen mit hohem Pflegebedarf.^{18,19} Die methodische Qualität der Studien war limitiert.

Anpassung von Wohnraum

Es wurden keine Studien identifiziert, die Interventionen zur Anpassung der Umgebung oder des Wohnraums in Alten- und Pflegeheimen untersuchten.

Psychotrop wirksame Medikamente

Psychotrop wirkende Medikamente wie Benzodiazepine, Neuroleptika und Antidepressiva können die Sturz- und Frakturgefährdung erhöhen. Die systematischen Übersichtsarbeiten schlossen eine bis vier Studien ein, welche die Effekte von verschiedenen Interventionen zur Reduktion von psychotropen Medikamenten auf Stürze untersuchten.^{18 19} Die methodische Qualität der Studien war limitiert. Die Ergebnisse dieser Studien sind widersprüchlich. Das Cochrane Review zeigt keine reduzierende Wirkung der verschiedenen Interventionen auf das Sturzrisiko (RR 1,00; 95% KI 0,91-1,10; 4 Studien).¹⁹

Abschließende Beurteilung

Für keine der vorgestellten Interventionen liegen überzeugende Wirksamkeitsnachweise bzgl. der Sturzprophylaxe vor. Insgesamt ist die Qualität der Studien limitiert und die Ergebnisse sind häufig widersprüchlich. Im Unterschied zur ersten Fassung der Leitlinie legt die derzeitige wissenschaftliche Beweislage keine Wirksamkeit der aufwändigen multifaktoriellen Screening- und Interventionsprogrammen zur Sturzprophylaxe nahe. Gleichzeitig ist bei diesen Programmen ein Vergleich aufgrund der Heterogenität der Komponenten schwierig. Die Einführung multifaktorieller Interventionen in Pflegeheimen ohne Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen und externer Unterstützung ist jedoch sehr wahrscheinlich kein Nutzen zu erwarten, sondern möglicherweise eher Schaden.¹⁸

Die Wirksamkeit von Hüftprotektoren zur Vermeidung von hüftgelenksnahen Frakturen wird im Abschnitt Hilfsmittel dargestellt. Zusammenfassend legt die Studienlage nahe, dass durch Hüftprotektoren hüftgelenksnahe Frakturen vermieden werden können, allerdings lassen sich keine eindeutigen Angaben zum Ausmaß dieser Vermeidung machen (siehe Abschnitt Hilfsmittel, (Kapitel 3.9.)). Ein Angebot von Hüftprotektoren an Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen kann in Betracht gezogen werden, sollte jedoch mit weiteren Maßnahmen für eine verbesserte Nutzung der Protektoren kombiniert werden.

Die Wirksamkeit von Sturzprävention zur Reduktion von FEM ist unklar, gleichzeitig zeigen diverse Studien, dass die Reduktion von FEM nicht zu einem Anstieg der Stürze oder sturz-bedingten Verletzungen führt.

3.8. Der Einsatz von Hilfsmitteln zur Reduktion von FEM

Der Einsatz von Hilfsmitteln zur Reduzierung von FEM ist ein viel diskutiertes Thema. Während das Redufix-Projekt¹ den Einsatz verschiedener Hilfsmittel als eine Säule ihrer Intervention definiert, fokussiert die erste Leitlinienfassung² stärker auf eine Veränderung der Entscheidungsfindungsprozesse zu FEM (vgl. Kapitel 3.5.).

Es ist unbestreitbar das gewisse Hilfsmittel das Ziel, FEM zu reduzieren, unterstützen können. Gleichzeitig liegen nur wenige Studien zur Wirksamkeit der verschiedenen Hilfsmittel zur Reduktion von FEM vor. Außerdem kann der Einsatz bestimmter Hilfsmittel auch eine FEM sein. Ein Niedrigbett, das beispielsweise tief gestellt wird, damit eine Bewohnerin nicht mehr aufstehen kann oder eine Sensormatte, deren Signal genutzt wird um eine Bewohnerin gegen ihren Willen am Herumlaufen zu hindern, sind solche Fälle.

Wie in der ersten Leitlinienfassung dargelegt wurde, ist die beste Alternative zum Einsatz von FEM deren Nichtanwendung und die Suche nach spezifischen Lösungen für die zu Grunde liegenden Probleme bei einzelnen Bewohnerinnen.² In diesem Kontext können Hilfsmittel hilfreich sein, ein spezielles Ziel zu erreichen, sie stellen jedoch in diesem Fall nicht die Alternative zu FEM dar, sondern sind Instrumente, um eine Alternative umzusetzen.

Im Rahmen der überarbeiteten Leitlinie wird daher das Thema Hilfsmittel im Hintergrund näher betrachtet. Hilfsmittel werden in der Regel für die Zulassung als Medizinprodukte auf ihre Sicherheit getestet, ein Wirksamkeitsnachweis ist nicht erforderlich. Aus diesem Grund ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit vieler Hilfsmittel bezüglich der klinischen Ergebnisse sehr gering.

Methodisches Vorgehen

Für alle hier betrachteten Hilfsmittel wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL und PubMed durchgeführt. Die Ergebnisse der Recherche sind für jedes Thema separat dargestellt.

Niedrigbetten

Niedrigbetten können bis beinahe auf Bodenebene herunter gestellt werden, so dass nur ein geringer Niveauunterschied zum Boden und oft keiner zu einer vorgelegten Matratze bleibt. Der Einsatz solcher Betten kann bei Bewohnerinnen, die nicht mehr aufstehen können, aber sich dennoch stark bewegen und aus dem Bett zu stürzen drohen, die Verletzungsgefahr durch einen Sturz aus dem Bett minimieren. Gleichzeitig können sie eine FEM darstellen, wenn die Bewohnerin aus einem normalen Bett aufstehen könnte, aus dem tief gestellten Bett jedoch nicht.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es liegen keine Studien aus Pflegeheimen vor, welche die Wirksamkeit von Niedrigbetten zur Vermeidung von FEM oder sturzbedingten Verletzungen untersuchten. Es liegt eine RCT über die Wirksamkeit von Niedrigbetten zur Vermeidung von Stützen und sturzbedingten Verletzungen vor, die in Krankenhaus durchgeführt wurde.³ In dieser Studie zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Reduktion der Sturzereignissen zwischen der Gruppe, in der Niedrigbetten eingesetzt wurden (Interventionsgruppe, je 1 Niedrigbett pro 10 Patientenbetten) und der Kontrollgruppe, in der keine Niedrigbetten eingesetzt wurden. Gleichzeitig ging die Anzahl der Stürze in beiden Gruppen während der sechsmonatigen Studiendauer sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zurück.³ Dies ist ein Hinweis darauf, dass auch ohne zusätzliche Hilfsmittel eine Reduktion von Stürzen möglich ist. Allerdings können diese Ergebnisse nicht direkt auf den Pflegeheimbereich übertragen werden.

Hüftprotektoren

Hüftprotektoren weisen verschiedene Wirkprinzipien auf, die sich in die Hauptsysteme Energieumverteilung und Energieabsorption einteilen lassen. Dabei haben alle Systeme zum Ziel, den Trochanter Major mit möglichst wenig Kraft bei einem sturzbedingten Aufprall zu belasten. Bei den energieumleitenden Hüftprotektoren wird die Aufprallenergie vom Trochanter aus auf das umliegende Weichteilgewebe umgeleitet und somit das Aufprallareal vergrößert. Andere Hüftprotektoren arbeiten nach dem Prinzip der energieabsorbierenden Polsterung. Einige Protektoren bedienen sich beider Wirkprinzipien.⁴

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ein aktuelles Cochrane Review⁵ zeigt einen reduzierenden Effekt von Protektoren auf das Hüftfrakturrisiko bei Bewohnerinnen in Pflegeheimen (RR 0,82; 95% KI 0,67-1,00; 14 Studien). Das bedeutet, wenn je 1.000 Personen verglichen werden, erleiden in der Gruppe, die einen Hüftprotektor tragen, 11 Personen weniger eine Fraktur als in der Gruppe, die keine Hüftprotektoren tragen (95% KI von 20 Personen weniger bis 0 Personen weniger). Dies entspricht einer Number Needed to Treat (NNT) von 91 Personen, die einen Hüftprotektor tragen müssen, damit eine weitere Person mit Hüftprotektor keine Fraktur erleidet. In einigen Studien wurden seltene Fälle von unerwünschten Wirkungen wie beispielsweise Hautirritationen beschrieben. Die Akzeptanz- bzw. Nutzungsrate der Hüftprotektoren wurde in einigen Studien als limitiert beschrieben, die Nutzungsraten reichten von 24% bis 80%.⁵ Bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen zur Steigerung der Nutzung von Hüftprotektoren liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. In einer Studie konnte die Nutzung der Protektoren verbessert werden,⁶ in einer anderen zeigte sich nur ein geringer und kurzzeitiger Effekt.⁷ Ein Angebot von Hüftprotektoren an Pflegeheimbewohnerinnen kann auf Grundlage des aktuellen Wissensstands zur Vermeidung von hüftgelenknahen Frakturen in Betracht gezogen werden, sollte jedoch mit weiteren Maßnahmen für eine verbesserte Nutzung der Protektoren kombiniert werden.

Signalsysteme

Unter Signalsysteme fallen zwei Gruppen von Hilfsmitteln: (1) Systeme zur Alarmierung (*engl. tagging*) geben ein Signal, sobald sich eine Bewohnerin einem bestimmten Bereich nähert oder ihn verlässt bzw. bei Lage- oder Position in Bett oder Zimmer verändert. Dies beinhaltet z.B. Sensormatten vor oder im Bett oder Systeme, die das Verlassen eines Wohnbereichs oder Gebäudes melden. (2) Systeme zur Standortbestimmung (*engl. tracking*) ermöglichen es, den Standort einer Person zu ermitteln, unabhängig davon, wo diese sich aufhält. Hierzu muss die Bewohnerin einen GPS-Sender tragen, z.B. in Kleidung oder Schuhen. Nicht unter die Signalsysteme im Sinne der Leitlinie fallen Sensoren oder Bewegungsmelder, die automatisch die Beleuchtungen an- oder abschalten, aber kein weiteres Signal, z.B. zur Alarmierung, abgeben.

Der Einsatz von Signalsystemen bei Bewohnerinnen mit Demenz wird kontrovers diskutiert und es gibt verschiedene ethische, technische und rechtliche Aspekte zu bedenken.⁸⁻¹¹ Als Ziel dieser Systeme wird in der Regel die Sicherheit der Bewohnerinnen mit Demenz genannt, z.B. um sie vor Schaden beim Verlassen des Pflegeheims zu bewahren. Gleichzeitig stellt der Einsatz solcher Systeme für die Betroffenen eine zeitweise Überwachung ihrer Bewegungen und damit einen Eingriff in die individuelle Freiheit und Autonomie dar.

Aus juristischer Sicht ist zu beachten, dass der Einsatz von Signalsystemen bzw. der Umgang mit den Signalen ebenfalls eine FEM darstellen kann. Zwar wurden solche Systeme in Gerichtsentscheidungen bislang überwiegend nicht als FEM gewertet, da die Signale an sich keine Einschränkung der Bewegungsfreiheit bedeuten, sondern lediglich zur Benachrichtigung der Pflegenden dienen.¹² Allerdings wenn als Folge des Signals eine Bewohnerin gegen ihren Willen daran gehindert wird, einen bestimmten Ort aufzusuchen, stellt diese Maßnahmen als Folge des Signals durchaus eine Form von FEM dar. Das bedeutet, dass dem Einsatz von Signalsystemen ein Handlungskonzept zugrunde liegen muss, das festlegt, wie auf einen ausgelösten Alarm im Einzelfall reagiert wird.

Auch die technische Zuverlässigkeit der Systeme (z.B. Fehlalarm oder technisches Versagen) sowie die nötigen Kosten für Anschaffung und Wartung müssen bedacht werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit von Signalsystemen in Pflegeheimen vor. Eine RCT untersuchte die Wirksamkeit von Drucksensoren auf die Anwendung von FEM in Rehabilitationseinrichtungen nach Schlaganfall (etwa die Hälfte der Studienteilnehmer(innen) hatten eine Demenzdiagnose). In der Interventionsgruppe wurde der Einsatz von Sensormatten von der Leitung gefördert, in der Kontrollgruppe nicht. Nach 10 monatiger Beobachtungszeit zeigte sich kein Unterschied zwischen den Studiengruppen bezüglich der Anwendung von FEM.¹³ Auch in Bezug auf Sturzvermeidung liegen nur wenige methodisch hochwertige Studien vor. Eine aktuelle RCT

untersuchte die Wirksamkeit von Drucksensoren im Vergleich zur Standardversorgung auf die Anzahl der Sturzereignisse am Bett im Krankenhaus. In dieser Studie zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bei den Sturzereignissen zwischen den beiden Gruppen.¹⁴ Für den Pflegeheimbereich liegen keine methodisch hochwertigen Studien vor.¹⁵

Bezüglich der Praktikabilität zeigen qualitative Studien, dass Pflegende Signalsysteme als Möglichkeit beschreiben, FEM zu reduzieren. Allerdings werden auch Grenzen dieser Technik beschrieben. Der Einsatz der Signalsysteme verhindert keine Stürze, sondern nur die Reaktion der Pflegenden auf ein Signal kann ggf. einen Sturz verhindern. Gleichzeitig können die Pflegenden nicht in jeder Situation sofort auf ein Signal reagieren, das bedeutet, dass trotz eines Signals nicht sofort eine Pflegekraft vor Ort sein kann. Pflegende beschreiben auch die dauerhafte Überwachung der Bewegungen der Bewohnerinnen. Außerdem müssen die Systeme auch zuverlässig wirken.^{16 17} Hier sind besonders Systeme, die einen Sender benötigen anfällig für abwehrendes Verhalten von Bewohnerinnen, die z.B. einen Sender entfernen oder nicht tragen wollen.¹⁸

Fazit

Verschiedene Hilfsmittel können zur Vermeidung von FEM hilfreich sein, allerdings sind die Hilfsmittel hierbei ein unterstützender Gegenstand. Die Evidenzlage zur Wirksamkeit verschiedener Hilfsmittel zur Vermeidung von FEM ist gering bis sehr gering. Hier besteht dringender Forschungsbedarf.

Beim Einsatz von Hilfsmitteln muss immer im Vorfeld geprüft werden, ob sie geeignet und in der Lage sind, das gewünschte Ziel zu erreichen bzw. zu unterstützen. Besonders bei Signalsystemen müssen hierbei die Grenzen der Technik und die Folgen für die Privatsphäre der Bewohnerinnen mit einbezogen werden.

3.9. Der „Werdenfelser Weg“

In den vergangenen Jahren hat der „Werdenfelser Weg“ als ein weiterer Ansatz zur Reduktion von FEM viel Aufmerksamkeit erregt. Dieser Ansatz stellt eine besondere Form des betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens dar und wurde von Dr. S. Kirsch und J. Wassermann in Garmisch-Partenkirchen entwickelt.

Das Ziel des Werdenfelser Wegs ist die Integration pflegfachlichen Wissens in betreuungsgerichtliche Genehmigungsverfahren zu FEM durch den Einbezug von pflegfachlich erfahrenen und juristisch geschulten Verfahrenspfleger(innen).¹

Hintergrund des Werdenfelser Weg ist die Tatsache, dass der Einsatz von FEM bei Bewohnerinnen, die selbst nicht mehr einwilligungsfähig sind und in Einrichtungen oder einrichtungsähnlichen Wohnformen leben, vom Betreuungsgericht genehmigt werden müssen (vgl. Kapitel 5.).

Die Verfahrenspfleger(innen) werden vom Betreuungsgericht bestellt und vertreten die Rechte der Bewohnerinnen. Dabei ersetzen sie jedoch nicht die Betreuer(innen) oder Vorsorgebevollmächtigten. Die Verfahrenspfleger(innen) erstellen eine Stellungnahme für das Betreuungsgericht zu den beantragten FEM. Hierbei stehen Alternativen zu den beantragten FEM im Vordergrund und inwieweit diese bereits erprobt wurden. Weiterhin können die Verfahrenspfleger(innen) als Ansprechpartner für die Pflegenden in den Einrichtungen und die Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten dienen und Vermittler zwischen den am Prozess beteiligten Personen sein.

Der Werdenfelser Weg wird von verschiedenen Gerichten bzw. von verschiedenen Richter(inne)n desselben Gerichts sehr unterschiedlich umgesetzt. Die Ausbildung der eingesetzten Verfahrenspfleger(innen) ist nicht festgelegt, auch hier gibt es regionale Unterschiede. Es herrscht keine einheitliche Sichtweise zur Grundqualifikation (z.B. ob eine Ausbildung in einem Pflegefachberuf notwendig ist) und zu den Kompetenzen. Derzeit gibt es eine Vielzahl von Weiterbildungsmöglichkeiten, die für die Funktion als Verfahrenspfleger(in) nach dem Werdenfelser Weg qualifizieren sollen.

Der Werdenfelser Weg und die Leitlinie FEM

Der Werdenfelser Weg und diese Leitlinie stellen zwei unterschiedlich Ansätze zur Reduktion vom FEM dar. Während die Leitlinie ein Instrument zur Unterstützung der pflegfachlichen Entscheidungsfindung zu FEM darstellt, zielt der Werdenfelser Weg auf das betreuungsgerichtliche Genehmigungsverfahren. Wenn Pflegeeinrichtungen, z.B. auf Basis der Leitlinie, ihren Umgang mit FEM so weit verändern, dass sie nahezu ohne diese Maßnahmen auskommen, sind auch keine Anträge zur Genehmigung vom FEM beim Betreuungsgericht nötig.

Für Verfahrenspfleger(innen) nach dem Werdenfelser Weg stellt diese Leitlinie eine wertvolle Ressource dar, da sie den aktuellen Stand des Wissens zum Thema FEM präsentiert, der auch für die Verfahrenspfleger(innen) der Ausgangspunkt der Arbeit darstellen sollte.

Effekte des Werdenfelser Wegs

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass nach Einführung des Werdenfelser Wegs die Anträge zu FEM und auch die Genehmigungen der Maßnahmen abnehmen. Der genaue Grund hierfür ist allerdings bislang nicht untersucht. Möglicherweise sorgt die gesteigerte Aufmerksamkeit für das Thema FEM dafür, dass sich der Umgang mit dem Thema verändert. Mit dem Werdenfelser Weg sind Kosten für die Bereitstellung von Verfahrenspfleger(innen) verbunden. Andererseits ließen sich durch eine Verringerung von Anträgen beim Betreuungsgericht evtl. Kosten einsparen. Bislang wurde jedoch nicht systematisch untersucht, inwieweit dieser Ansatz im Vergleich zu Interventionen, die bei den Einrichtungen ansetzen, effektiver und effizienter ist.

Eine Evaluation der Effekte in Bezug auf die Häufigkeit der Maßnahmen, die Kosten-Nutzen-Relation und die Auswirkungen auf die Betroffenen, ist daher zu fordern.

4. Assessmentinstrumente

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

Zur Erhebung des herausfordernden Verhaltens liegen verschiedene Instrumente vor.¹⁻³ Einige ermöglichen eine globale Einschätzung von Verhalten (z.B. Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)⁴ oder Neuropsychiatric Inventory (NPI)).⁵ Andere Instrumente, wie das Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI),⁶ beurteilen gezielt einzelne Formen von herausforderndem Verhalten.^{1,2} Eine weitere Gruppe von Instrumenten geht über die Erhebung eines Befundes hinaus und ermöglicht auf dessen Grundlage auch die Ableitung von Interventionen, z.B. das Dementia Care Mapping (DCM).^{7,8}

Die Anwendergruppe spielt eine bedeutende Rolle bei der Beurteilung und Auswahl eines Assessmentinstrumentes. Instrumente zur Selbsteinschätzung sind bei Menschen mit Demenz, je nach Schweregrad der Erkrankung, nur bedingt einsetzbar. Meist werden daher Instrumente zur Fremdeinschätzung eingesetzt.¹⁻³ Die Anwender(innen) können Pflegende oder Angehörige sein. Bei vielen Assessmentinstrumenten müssen die Anwender(innen) geschult werden, um das Instrument korrekt einsetzen und so die Qualität der Resultate sicherstellen zu können.

In diesem Kapitel werden verschiedene Assessmentinstrumente vorgestellt, die in den gesichteten Studien im Rahmen der Leitlinienerstellung häufig angewendet wurden:

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
- Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)
- Neuropsychiatric Inventory (NPI)
- Dementia Care Mapping (DCM)

4.1. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Dieses international häufig verwendete Instrument wurde für den Einsatz in Pflegeheimen entwickelt. Es dient zur Einschätzung beobachtbarer Verhaltensweisen. Die Verhaltensweisen sind in vier Kategorien unterteilt:

- verbal aggressiv (z.B. direkt bezogen auf eine Person oder ein Objekt)
- verbal nicht-aggressiv (z.B. nicht direkt bezogen auf eine spezifische Person oder ein Objekt)
- körperlich aggressiv (z. B. Schlagen, Treten, zielgerichtet)
- körperlich nicht-aggressiv (z. B. Eindringen in fremde Räume, nicht zielgerichtet)²

Anhand einer 7-Punkte-Skala kann die Häufigkeit (von „nie“ bis „mehrmals in der Stunde“) von 29 häufig auftretenden Verhaltensweisen eingeschätzt werden. Die Skala wird von Pflegenden ausgefüllt und erfordert ca. 10 bis 20 Minuten Zeit. Die Nutzer(innen) müssen in der Anwendung geschult werden.^{1 2} Es gibt mehrere unterschiedliche Versionen des Instrumentes, die sich in der Anzahl der Items unterscheiden, eine Kurzform (14 Items), eine Langform (29 Items) und eine Version für die häusliche Pflege (37 Items, CMAI-C). Für das CMAI liegen Daten zur Validität (inhaltliche Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) vor.^{1 2 9} Auch liegt für das Instrument eine Übersetzung in deutscher Sprache als modifizierte Version mit 25 Items vor.¹⁰ Die Validität der deutschsprachigen Fassung wurde allerdings bislang nicht untersucht.¹

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

Bei diesem Instrument handelt sich um eine der ersten Skalen, die zur globalen Einschätzung von Verhalten entwickelt wurde.² Das BEHAVE-AD besteht aus zwei Teilen. Zum einen werden 25 Verhaltenssymptome (Art und Schwere) in sieben Gruppen erfasst (paranoide Ideen und Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Störungen der Motorik, Aggressivität, affektive Störungen, Angst, Phobien) und jeweils auf einer 4-stufigen Skala eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgt durch die Pflegenden für den Zeitraum der letzten beiden Wochen. Zum anderen wird eine Gesamteinschätzung der Belastung von Angehörigen durchgeführt. Die Anwendungsdauer liegt bei ca. 20 Minuten. Das Instrument ist auf inhaltliche Gültigkeit und Zuverlässigkeit untersucht.^{2 3 11} Auch vom BEHAVE-AD gibt es unterschiedliche Versionen. Das E-BEHAVE-AD für die direkte Beobachtung und das BEHAVE-AD-FW, welches die Häufigkeit des Verhaltens berücksichtigt.² Eine deutsche Übersetzung liegt ebenfalls vor.¹²

4.3. Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Auch dieses Assessmentinstrument wird zur globalen Einschätzung von Verhalten eingesetzt. Das NPI misst einen großen Bereich von neuropsychiatrischen Störungen. Die ursprüngliche Skala beinhaltete zehn Bereiche, später wurden zwei weitere hinzugefügt (Wahnvorstellungen, Depression, Halluzinationen, Unruhe (Agitiertheit), Angststörungen, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, nächtliche Unruhe, Appetitstörungen). Die Häufigkeit des Verhaltens wird auf einer 4-Punkte-Skala und der Schweregrad auf einer 3-Punkte-Skala eingeschätzt. Das NPI ist ebenfalls auf Validität und Reliabilität untersucht.^{29 13} Das Instrument liegt in einer deutschen, nicht validierten Übersetzung vor.¹⁴

4.4. Dementia Care Mapping (DCM)

DCM ist ein Assessment- und Beobachtungsinstrument zur Bewertung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz sowie zur Entwicklung und Verbesserung der Betreuungspraxis. Das Instrument wurde Anfang der 90er Jahre in England entwickelt.¹ Der Grundgedanke ist, die Perspektive der Menschen mit Demenz einzubeziehen. Das Instrument wird ausschließlich zur Beobachtung von Menschen mit Demenz eingesetzt und ist für stationäre und teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen konzipiert. Es besteht aus drei Bereichen: Verhalten (24 Items), Befinden (6 Items) und Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz (standardisierte und frei formulierte Items). Die strukturierte Beobachtung (Mapping) mit dem DCM-Instrument soll das Befinden, das Verhalten und die Interaktion der Bewohnerin detailliert abbilden. Die Beobachtungen finden ausschließlich im öffentlichen Raum der Einrichtung statt. Aus diesem Gesamtbild kann ein individueller Handlungsplan erstellt werden. DCM ist ein aufwendiges Verfahren, die Beobachtung (für max. acht Bewohner) erfordert sechs bis acht Stunden. Die Einschätzung wird nach drei bis sechs Monaten wiederholt. Die Beobachter(innen) müssen hierfür geschult werden.¹ Das Instrument wurde auf seine Validität und Reliabilität untersucht.^{15 16 17} DCM ist in deutscher Sprache verfügbar.¹⁸ DCM, das ursprünglich als Instrument entwickelt wurde, wird inzwischen als Methode in der Pflege von Menschen mit Demenz und in Studien als personenzentrierte Intervention angewendet (siehe Kapitel 6.6.).

5. Rechtliche Rahmenbedingungen von FEM in der beruflichen Altenpflege

Juristische Expertise zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Zusammenhang der Leitlinienentwicklung

Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg

Vorbemerkung

Unter freiheitseinschränkenden Maßnahmen werden aus juristischer Sicht alle technischen, arzneimittelbasierten, kommunikativen und interaktiven Eingriffe in die (Fortbewegungs-) Freiheit einer Person verstanden. Die Leitlinie fokussiert auf mechanische körpernahe Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. In der Leitlinie wird hierfür der Begriff „freiheitseinschränkende Maßnahmen“ (abgekürzt FEM) genutzt. In der juristischen Literatur wird in der Regel der Begriff „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ mit FEM abgekürzt (siehe unten).

Der Schutz der persönlichen Freiheit, insbesondere der so genannten Freiheit der Person im Sinne der Fortbewegungsfreiheit, ist ein hohes, durch die Verfassung und internationale Menschenrechtsübereinkommen geschütztes Gut (Art. 2 Abs. 2 GG).³

Mit Verabschiedung der Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze in den 1960er/70er-Jahren und insbesondere mit der Verabschiedung des Betreuungsrechtes im Jahr 1992 hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass Eingriffe in die Freiheitsrechte der Bürger(innen) in Krankenhäusern und Pflegeheimen ebenso dem grundgesetzlichen Schutz unterliegen. Dies gilt auch dann, wenn diese Eingriffe fürsorglicherisch motiviert sind. Zentrales Anliegen der Einführung des Betreuungsrechtes und der dort enthaltenen Personensorgeregelungen war es, das Ausmaß von freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei psychisch kranken und geistig behinderten Menschen sowie bei Personen mit Demenz zu begrenzen und ein rechtsstaatliches Verfahren vorzusehen, das einen wirksamen Grundrechtsschutz in jedem Einzelfall gewährleistet.⁴ Mit dem Betreuungsrecht wurde damit eine besondere Aufmerksamkeit auf eine bis dato vernachlässigte Wirklichkeit in Pflegeheimen und Krankenhäusern gelenkt. Durch gemeinsame Anstrengungen der Medizin, Pflege, sozialer Arbeit, aber auch von Ehrenamtlichen und Familienangehörigen sollte eine humane und hinsichtlich ihrer Rechtseingriffe reflektierte Betreuungspraxis befördert werden. Das Betreuungsrecht stellt klar, dass die Entscheidung über freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht bei Ärzt(inn)en und Pflegenden, sondern bei den Betroffenen selbst oder ihren rechtlichen Vertreter(inne)n oder Bevollmächtigten liegt. Diese müssen ihre Entscheidungen bei besonders intensiven Eingriffen in die Freiheitsrechte von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betreuungsgerichtlich genehmigen lassen.

Dieses erfolgt in einem Verfahren, das sicherstellt, dass die Betroffenen angehört werden und eine sachverständige Aussage zur Grundlage der Entscheidung erfolgt, bei der die Eignung, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der beabsichtigten Maßnahmen geprüft wird. Dieser festgelegte Ablauf der Entscheidungsfindung dient in besonderer Weise dem wirksamen Rechtsschutz vor übermäßigen Grundrechtseingriffen. Die im Grundgesetz aber auch im Betreuungsrecht niedergelegten Wertungen sind für Medizin und Pflege sowie für die rechtlichen Betreuer(innen) und Bevollmächtigten verbindliche Wertvorgaben, die sie in ihre professionelle Praxis einzubeziehen haben. Es entspricht dem Ethos aller mit der Pflege Betrauten, die Würde, die Selbstbestimmung und Autonomie von auf Pflege angewiesenen Menschen in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Flankiert werden die deutschen Rechtsregeln zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen und die berufliche Ethik durch Artikel 12 § 6 Satz 1 der UN-Prinzipien und Garantien zum Schutz psychisch kranker Personen vom 26.8.1988 und Artikel 14 Abs. 1 b Behindertenrechtskonvention (ratifiziert am 26.3.2009), die jeweils den Schutz der Freiheit und die strenge Überprüfung und Dokumentation von freiheitseinschränkenden Maßnahmen vorschreiben.

Mit der Leitlinie zur Reduktion von freiheitseinschränkenden Maßnahmen greift die professionelle Pflege und Pflegewissenschaft ein sowohl berufsethisch als auch rechtlich in hohem Maße relevantes Thema auf. Sie unterstützt damit eine fachlich und rechtlich fundierte Entscheidungsfindung, die national und international zugängliche Wissensbestände berücksichtigt. Für die gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der Entscheidungsfindung sind die in der Leitlinie dokumentierten Wissensbestände in hohem Maße relevant. Dies gilt in gesteigertem Maße dann, wenn den Wissensbeständen eine hohe Evidenz bescheinigt wird. Die Leitlinie greift ein in der öffentlichen Wahrnehmung bislang vornehmlich juristisch geprägtes Themenfeld auf und fokussiert es. Daraus ergibt sich eine besondere Interaktionsbeziehung zwischen rechtlichen und pflegewissenschaftlichen Betrachtungsweisen.

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

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

Verfassungsrecht GG	Freiheitseinschränkende Maßnahmen = jeder Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit (Art. 2 II GG)		
Zivilrecht BGB	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen = Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und / oder Dauer	Freiheitsentziehende Maßnahmen (Art. 104 GG) = Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit <i>Unerheblich: Motivation, es reicht aus: potentieller Gebrauch</i>	Unterbringungsähnliche Maßnahmen § 1906 Abs. 4 BGB
Strafrecht StGB	Freiheitsberaubung = wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen (Bewegungs-) Freiheit beraubt wird. (§ 239 StGB)		
	<i>Liegt nicht vor:</i> <i>Einwilligung des Betroffenen</i> <i>Gerechtfertigt:</i> <i>Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten</i>	<i>Gerechtfertigt:</i> <i>Entscheidung des Betreuers/Bevollmächtigten und gerichtliche Genehmigung</i>	

Abb. 1 Rechtliche Kategorien von Freiheitseinschränkungen⁵

5.1.1. Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Das Grundgesetz spricht von der Freiheit der Person, wenn es die Eingriffe in die persönliche Fortbewegungsfreiheit schützen will (Art. 2 Abs. 2 GG). Eingriffe in die freie Entfaltung der Persönlichkeit, die nicht mit Eingriffen in die Fortbewegungsfreiheit verbunden sind (Fragen der Lebensführung), sind hiervon nicht erfasst. Dieses Grundrecht steht in einer Tradition der „habeas corpus-Akte“, die eine wichtige Rolle in der bürgerlichen Emanzipationsbewegung der Aufklärung inne hatte, und die Freiheit des Bürgers vom Staat in besonderer Weise dokumentiert.⁵ Es handelt sich in dieser Tradition um ein klassisches liberales Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates in die persönliche Freiheit, insbesondere mit Blick auf Festnahmen und Haft.⁶ Spätestens durch das Betreuungsrecht wurde klargestellt, dass Eingriffe in die „Freiheit der Person“ in Krankenhäusern und Pflegeheimen den gleichen Rechtsschutz genießen.

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

Mit dem von der Leitliniengruppe gewählten Begriff der freiheitseinschränkenden Maßnahmen wurde ein Begriff gewählt, der jeden Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 2 GG erfasst, unabhängig von seiner spezifischen rechtlichen Qualifizierung. In anderen Zusammenhängen wird z.B. von bewegungseinschränkenden Maßnahmen gesprochen⁷, um die unter Juristen übliche Abkürzung FEM für freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden. Der exakten rechtlichen Qualifizierung der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in jedem Einzelfall kommt für die Frage der Legitimation in materieller und formeller Hinsicht entscheidende Bedeutung zu.

5.1.2. Freiheitsentziehende Maßnahmen

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

Bei der Unterbringung spielt die räumliche Komponente eine zentrale Rolle. Die Bewegungsfreiheit des Betroffenen wird auf einen bestimmten oder bestimmbaren Raum eingegrenzt und sein Aufenthalt überwacht.⁸ Eine freiheitsentziehende Maßnahme mit einer entsprechenden betreuungsgerichtlichen Genehmigungspflicht besteht dort in jedem Fall, wenn die Freiheitsentziehung 24 Stunden andauert. Bei den unterbringungsähnlichen Maßnahmen wird die Genehmigungspflicht und damit die Qualifikation als freiheitsentziehende Maßnahme daran geknüpft, dass sie über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig erfolgt. Von unterbringungsähnlichen Maßnahmen sind insbesondere Maßnahmen erfasst, die bestimmte Bewegungen des Betroffenen einschränken. Dazu gehören körpernahe Maßnahmen wie z.B. Bettgitter. Darüber hinaus zählen hierzu die Einschränkung bestimmter Bewegungswünsche und -absichten durch personenbezogene Interventionen (Zurückholen u. ä.). Angesichts der potentiellen Intensität dieser Maßnahmen wird für das Vorliegen einer unterbringungsähnlichen Maßnahme nicht an die 24-Stunden-Regel angeknüpft.⁹ Eine unterbringungsähnliche Maßnahme liegt auch dann vor, wenn die einzelne freiheitsentziehende Maßnahme zwar nur für einen kurzen Zeitraum, aber regelmäßig etwa zur selben Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass ergriffen wird. All diese als freiheitsentziehenden Maßnahmen zu wertenden Eingriffe in die Freiheit der Person unterliegen der betreuungsgerichtlichen Genehmigungspflicht (§ 1906 BGB). Werden bei Personen, die in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht sind, darüber hinaus körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt, so wird bisweilen von „unterbringungsverschärfenden Maßnahmen“ gesprochen, für die eine zusätzliche

Genehmigungspflicht strittig ist.¹⁰ Erfolgen die Eingriffe nicht, um das Wohl des Betroffenen zu schützen, sondern aufgrund von Drittinteressen, etwa um Störungen des Straßenverkehrs zu vermeiden oder aggressive Angriffe gegen Mitpatient(inn)en zu unterbinden, so ergeben sich die Voraussetzungen für die Genehmigungspflicht nicht aus § 1906 BGB, sondern aus den landesrechtlichen Unterbringungsgesetzen.¹¹ Diese regeln die Unterbringungsvoraussetzungen für den Fall, dass eine Person nicht zum „eigenen Wohl“, sondern zum Schutz Dritter untergebracht oder ihr auf andere Weise ihrer Freiheit entzogen werden soll. Dabei werden allerdings drohende Gefahren für den Straßenverkehr durch einen von Demenz Betroffenen oder fremdaggressive Verhaltensweisen einer Pflegeheimbewohnerin etwa nicht nur als Gefährdungen Dritter, sondern zugleich auch als Selbstgefährdung interpretiert¹², die ggf. unterbringungsähnliche Maßnahmen gemäß § 1906 BGB rechtfertigen können. Auch die Unterbringung Suizidgefährdeter erfolgt auf die „polizeirechtliche“ Weise. In diesen Fällen kommt nur eine Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern nach den jeweiligen Landesgesetzen in Betracht. Dadurch wird nochmals deutlich, dass das Betreuungsrecht das Wohl und die Wünsche des Betroffenen fokussiert. Sobald Dritte, Mitbewohnerinnen, der Straßenverkehr oder Pflegepersonal - geschützt werden sollen, muss geprüft werden, welche „polizeirechtlichen“ Maßnahmen ergriffen werden können oder müssen.¹³

5.1.3. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Als freiheitsbeschränkende Maßnahmen gelten gegenüber freiheitsentziehenden Maßnahmen all diejenigen Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von nur geringer Intensität und/oder Dauer, die nicht als freiheitsentziehende Maßnahmen zu werten sind. Dazu gehören auch solche, die den Bewegungsraum in bestimmte Richtung begrenzen, etwa bestimmte Zimmer unzugänglich machen. Personen, die im Sinne des § 1906 Abs. 1 BGB untergebracht sind, denen also von vornherein nur ein begrenzter Bewegungsraum in räumlicher Hinsicht zur Verfügung steht, werden in ihrer Freiheit nicht nur „beschränkt“, sondern diese wird ihnen „entzogen“, da sie nicht nur irgendwo nicht „hin“ sondern gar nicht erst „weg“ dürfen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen bedürfen grundsätzlich auch der Legitimation. Diese setzt die Einhaltung rechtlicher Spielregeln voraus, wobei auch das Hausrecht anderer Bewohnerinnen oder des Heim- oder Krankenhausträgers einzubeziehen ist. Grundsätzlich ist aber auch festzuhalten, dass § 1906 BGB nur in den Fällen greift, in denen Betreuer tätig werden, das Recht der psychischen Kranken nach dem jeweiligen Landesrecht (Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs)) dagegen eine unmittelbare Gefahrenlage voraussetzt. Beide Vorschriften zusammen weisen erhebliche Lücken auf, weil es Fälle gibt, in denen gefährdete Personen nicht unter Betreuung stehen, die Einweisung in die Psychiatrie aber nicht adäquat wäre.

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

5.1.4. Neue Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wurden im In- und Ausland technische Überwachungssysteme entwickelt, die pflegebedürftige Personen vor Risiken schützen und ihrer „Beaufsichtigung“ dienen sollen. Dazu gehören GPS Systeme, Sensormatten, Lichtschranken und Videoüberwachung. In den letzten Jahren haben zunehmend mehr Betreiber von Pflegeeinrichtungen elektronische Funkchips eingeführt, die von den Bewohnerinnen getragen werden sollen, damit sie die Einrichtung nicht (unbemerkt) verlassen können. Bekannt geworden sind solche Funkchips als „elektronische Fußfessel“, die im Strafrecht als Sonderform der freiheitsentziehenden Maßnahmen Haftstrafen ersetzen sollen (elektronisch überwachter Hausarrest).¹⁴ In der Altenpflege werden entsprechende Chips beispielsweise folgendermaßen eingesetzt: Die Heimbewohnerin wird mit einem Funkchip am Handgelenk, der einer Armbanduhr ähnelt, ausgestattet. Verlässt die Bewohnerin das Haus durch eine der Türen, löst dies ein Signal auf dem Diensthandy des Pflegepersonals aus. Das Pflegepersonal begibt sich sodann auf die Suche nach der Bewohnerin und bewegt diese zur Rückkehr.¹⁵ Umstritten ist unter den Betreuungsgerichten, ob diese Funkchips eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen.¹⁶ Funkchips als solche stellen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen dar. Werden sie jedoch eingesetzt, um das Verlassen eines bestimmten Ortes durch eine Bewohnerin regelmäßig zu verhindern, stellt sich das Maßnahmenbündel „Funkchip und Zurückhalten“ als freiheitsentziehende und genehmigungsbedürftige Maßnahme dar.

5.1.5. Freiheitsberaubung

Von den zivilrechtlichen Begriffen der freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen ist der Begriff der Freiheitsberaubung abzugrenzen, der seine Verankerung im Strafrecht findet. Das Strafrecht knüpft an die Handlung jedes einzelnen Bürgers an und ahndet dessen Verstöße gegen die Rechtsordnung, soweit für den Verstoß eine Strafe vorgesehen ist. Jeder Arzt bzw. jede Ärztin, jede Pflegeperson, jede(r) Betreuer(in) aber auch jede(r) Richter(in) muss persönlich für Rechtsübertretungen eintreten und macht sich persönlich strafbar, wenn er oder sie mittelbar (unrechtmäßiger Unterbringungsbeschluss) oder unmittelbar (Anbringen von Gurten, Gabe von Psychopharmaka) eine rechtswidrige Freiheitsbeschränkung zu verantworten hat. Der Tatbestand der Freiheitsberaubung ist erfüllt, wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen Bewegungsfreiheit beraubt ist (§ 239 StGB). Für die Qualifikation eines Freiheitseingriffs als Freiheitsberaubung kommt es nicht auf die Intensität an. Auch das Festhalten ein „Vater-Unser lang“ kann den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllen.¹⁷

Voraussetzung ist allerdings, dass in die, sei es auch nur potenzielle, Bewegungsfreiheit eines Menschen eingegriffen wird. Das Nicht-Zugänglichmachen bestimmter Räumlichkeiten gehört nicht dazu, aber jedes Festhalten, Einschließen oder Anwenden von freiheitseinschränken Maßnahmen. Jeder so geartete Eingriff in die Bewegungsfreiheit eines Menschen stellt sich nur dann nicht als eine rechtswidrige und

gegebenenfalls strafbare Handlung dar, wenn sie gerechtfertigt ist. Als Rechtfertigungsgründe kommen insbesondere die Notwehr oder -hilfe (Abwendung eines Angriffs einer Bewohnerin) oder der Notstand (Abwendung einer konkreten erheblichen Gefahr für die Bewohnerin selbst) in Betracht.¹⁸ Auch eine Einwilligung der Betroffenen kann die Rechtswidrigkeit des Freiheitseingriffes entfallen lassen („Ich wünsche die Aufstellung eines Bettgitters“). Eine Einwilligung muss allerdings wirksam erklärt sein. Das heißt, es muss hier in der Regel eine entsprechende Aufklärung über Sinn und Zweck, Risiken und Alternativen vorausgegangen sein. Sie kann nicht von einem Einwilligungsunfähigen erteilt werden. Bei diesen Personen ist, solange eine Genehmigungspflicht im Sinne einer Unterbringung (§ 1906 BGB) nicht vorliegt, der gesetzliche Vertreter oder Bevollmächtigte allein verantwortlich für die Einwilligung (nicht der Angehörige als solcher). Diese wird in der Regel im Zusammenhang mit einer entsprechenden Pflegeplanung für bestimmte Situationen generell erteilt. Eine Einwilligung kann und darf nur dann erteilt werden, wenn sie auch fachlich als geboten und geeignet erscheint, dem Wohl des Betroffenen zu dienen (§ 1901 BGB).¹⁹ Liegt eine Einwilligung oder Entscheidung des rechtlichen Vertreters oder Bevollmächtigten nicht vor, sind Pflegende nur aktuell in Gefahrensituationen zur vorübergehenden Freiheitseinschränkung berechtigt. Nach der Entscheidung des BGH zur Sterbehilfe²⁰ lassen sich auch zeitlich begrenzte freiheitsentziehende Maßnahmen nicht mit der Begründung rechtfertigen, dass die Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes im Sinne des § 34 StGB vorliegen, da eine Legitimation über die Figur des Notstandes nicht möglich ist, wenn verschiedene Rechtsgüter (z.B. Gesundheit und Freiheit) ein und derselben Person betroffen sind.²¹

Die strafrechtliche Betrachtungsweise macht deutlich, dass ärztliche und pflegefachliche Maßnahmen, die in die Freiheitsrechte von pflegebedürftigen Personen eingreifen, auch außerhalb eines betreuungsgerichtlichen Verfahrens, der Legitimation durch Einwilligung oder Entscheidung der hierfür Befugten bedürfen. Entweder entscheidet der Bewohner selbst - wenn er es denn kann - oder der(die) Bevollmächtigte oder rechtliche(r) Betreuer(-in). Eine Ausnahme gilt nur für akute Gefahrensituationen. Dann entscheidet der Angehörige, die Pflegefachkraft oder der Arzt bzw. die Ärztin.

5.2. Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Relevanz in unterschiedlichen Rechtsgebieten

Freiheitseinschränkende Maßnahmen können in unterschiedlichen Rechtsgebieten relevant werden. Dies spiegelt die Bedeutung der Grundrechte für die gesamte Rechtsordnung und ihre Ausstrahlungswirkung in die unterschiedlichen Rechtsgebiete wider.²² Die rechtgebietsübergreifende Betrachtungsweise macht deutlich, in welcher unterschiedlicher Weise freiheitseinschränkende Maßnahmen ihre Relevanz im deutschen Recht entfalten.

5.2.1. Betreuungsrecht

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

1. Die Unterbringung zur ärztlichen Diagnostik oder Durchführung einer ärztlichen Heilbehandlungsmaßnahme (§ 1906 Abs. 1, Ziff. 2 BGB).
2. Die Unterbringung in einer so genannten geschlossenen Einrichtung, sei es ein psychiatrisches Krankenhaus oder ein Pflegeheim (§ 1906 b, Abs. 1, Ziff. 1 BGB).
3. Die so genannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB).

Die Unterbringung zur Durchführung einer ärztlichen Heilbehandlung oder ärztlichen Untersuchung unterstreicht das Selbstbestimmungsrecht von Bürgerinnen und Bürgern in Fragen ihrer körperlichen Integrität und dem Umgang mit ihrer Gesundheit. Zwangsbehandlungen sind in Deutschland nur auf diese Art und Weise zulässig: Eine ambulante Zwangsbehandlung, auch in Pflegeheimen ist verboten.²³ Die Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung sind inzwischen im § 1906 Abs. 3 BGB geregelt. Sie sind nur stationär zulässig. Dies gilt auch in Fällen in denen der der Anwendung entgegenstehende Wille auf andere Weise als durch unmittelbaren Zwang übergangen wird.

Die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, im Heimbereich auch häufig beschützend genannt, regelt den Fall, dass eine Person zu ihrem eigenen Wohl daran gehindert werden soll, einen räumlich begrenzten Bereich verlassen zu können. Dabei kann es sich sowohl um einen Wohnbereich oder eine Station handeln, ein Haus oder ein Grundstück. Dabei kommt es bei einer Unterbringung nicht entscheidend darauf an, ob das Haus als solches für alle Bewohnerinnen abgeschlossen ist, sondern ob eine Bewohnerin daran gehindert wird, den Wohnbereich, das Haus oder das Grundstück zu verlassen.²⁴ Die unterbringungsähnlichen Maßnahmen betreffen körpernahe Maßnahmen wie Bettgitter, Gurte, Stecktische sowie die Verabreichung von Psychopharmaka zur Ruhigstellung etc. Diese sind dann genehmigungsfähig und -bedürftig, wenn sie in einer Einrichtung ergriffen werden.

Unterbringungsähnliche Maßnahmen, die von Familienangehörigen im Privathaushalt ergriffen werden, werden von § 1906 Abs. 4 BGB grundsätzlich nicht erfasst.²⁵

Unumgänglich ist allerdings, auch bei freiheitsentziehenden Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit, die Entscheidung durch einen ggf. für diesen Aufgabenkreis bestellten gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten. Familienangehörige als solche haben nicht das Recht, über freiheitsentziehende Maßnahmen, etwa unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB zu entscheiden.²⁶

Alle genehmigungspflichtigen Unterbringungsarten gemäß § 1906 BGB setzen voraus, dass sie zum Wohle des Betroffenen erforderlich sind. § 1906 BGB scheidet als Rechtsgrundlage für Unterbringungsmaßnahmen aus, die (allein) dem Schutze Dritter gelten (siehe oben). Die Gesetzgeber des Betreuungsrechtes gingen bei den Regelungen zum Unterbringungsrecht davon aus, dass eine staatliche Supervisionsfunktion und das Vorschreiben von Verfahren zur Überprüfung der Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zur Absenkung der in der Praxis verbreiteten Maßnahmen beitragen würden.²⁷

5.2.2. Strafrecht

Im Strafrecht sind freiheitseinschränkende Maßnahmen als Eingriff in die persönliche Bewegungsfreiheit gegebenenfalls als Freiheitsberaubung zu bewerten und bei fehlender Rechtfertigung und schuldhafter Begehungsform strafbar. Freiheits einschränkende Maßnahmen, die nicht die Voraussetzung der Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) erfüllen, können sich aber gegebenenfalls als nötige Handlung darstellen (§ 240 StGB). Bedeutsam im Alltag der Pflege ist dabei, dass die Person, die stets selbst den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllt, strafrechtlich betrachtet für ihr Tun verantwortlich gemacht wird. Eine „Anordnung“ oder „Veranlassung“ von Ärzten bzw. Ärztinnen oder Vorgesetzten, entbindet nicht davon, die Rechtmäßigkeit des eigenen Handelns bei entsprechenden offensichtlichen Zweifeln zu überprüfen.²⁹ Fehlt es an einer Einwilligung der Betroffenen oder einer entsprechenden Entscheidung des gesetzlichen Betreuers bzw. der Betreuerin und liegt keine akute Notsituation vor, kann das Aufstellen eines Bettgitters oder das Anlegen eines Bauchgurtes bei erkennbar fehlender Legitimation (Betreuer(-in) nicht eingeschaltet, keine betreuungsgerichtliche Genehmigung) als Freiheitsberaubung durch die handelnde Person gewertet werden, auch wenn eine dienstrechtliche Anordnung vorliegt. Dies kann sogar dann gelten, wenn eine betreuungsgerichtliche Genehmigung vorliegt, die erkennbar fehlerhaft ist oder deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Hat etwa die verantwortliche Pflegekraft eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einer Maßnahme dadurch bewirkt, dass sie die Gefährdungssituation einer Bewohnerin unrichtig dargestellt hat, Maßnahmen zur Vermeidung bewusst außer Acht gelassen hat, obwohl sie möglich gewesen wären und dies bewusst getan hat, um eine „schwierige“ Bewohnerin zu disziplinieren, käme eine persönliche Strafbarkeit in Betracht. Bei der strafrechtlichen Verantwortlichkeit ist allerdings auf die persönliche Situation der handelnden Person Rücksicht zu nehmen bzw. diese in die strafrechtliche Bewertung des Handelns mit einzubeziehen.³⁰ Während im Zivilrecht allein ein objektiver Maßstab angelegt wird (was muss von einer Pflegefachkraft erwartet werden?) können im Strafrecht auch subjektive Umstände (z.B. Stress oder Verbotsirrtum) berücksichtigt werden.³¹

5.2.3. Haftungsrecht

Bei der haftungsrechtlichen Betrachtungsweise im Sinne des zivilrechtlichen Schadensersatzrechtes ist zwischen der so genannten deliktischen und der vertraglichen Haftung zu unterscheiden.³² Die vertragliche Haftung ist an den Vertragspartner der pflegebedürftigen Menschen adressiert, das Krankenhaus, das Pflegeheim oder den Pflegedienst. Die deliktische Haftung knüpft an die Handlungen der Pflegenden an, aber auch an die Handlungen der für die Pflegeorganisation und Pflegeprozesssteuerung verantwortlichen Personen. Bei einem Eingriff in die Freiheitsrechte der Person lösen sie gegebenenfalls einen Schadensersatzanspruch aus, auch wenn kein materieller Schaden entsteht. Die Verursachung eines immateriellen Schadens (Schmerzensgeld wegen Ehrverletzung oder körperlichen oder psychischen Schmerz) gemäß § 253 BGB reicht gegebenenfalls aus.

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

Eine Haftung unter dem Gesichtspunkt der Fahrlässigkeit, das heißt bei Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt, kommt insbesondere dann in Betracht, wenn materielle (Kosten der Heilbehandlung) und immaterielle Schäden (Schmerzensgeld) zu beklagen sind. Diese können z.B. direkte Folgen einer freiheitseinschränkenden Maßnahme (z.B. Strangulation) oder einer unterlassenen freiheitseinschränkenden Maßnahme sein. Das Risiko eines Sturzes und des Eintritts von Sturzfolgen rechtfertigt mitnichten die präventive Ergreifung freiheitseinschränkender und -entziehender Maßnahmen: Auch im Haftungsrecht wirken die Freiheitsrechte als bedeutsame Auslegungsregel. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat im Zusammenhang mit Entscheidungen zu Sturzfolgen in Pflegeheimen Grundrechten eine besondere Bedeutung im Haftungsrecht zugesprochen.³³

Exkurs: Die Rechtsprechung des BGH zu Haftungsfragen

Zwei Entscheidungen sollen hier beispielhaft referiert werden. In der ersten Entscheidung³⁴ lehnte der BGH es ab, einer gestürzten Bewohnerin bzw. der klagenden Krankenkasse, Schadensersatz zuzusprechen, weil die Pflegekräfte keine freiheitseinschränkende Maßnahmen angewandt hatten. Eine solche Maßnahme hätte nur dauerhaft getroffen werden können und hätte daher einer Genehmigung bedurft. Ein hinreichender Anlass für den Heimträger, von sich aus auf eine solche hinzuwirken, habe schon deshalb nicht bestanden, weil die Klägerin seit drei Jahren sturzfrei war

und auch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes keinen Hinweis auf eine erhöhte Gefahr gegeben hatte. Die Obhutspflicht des Heimes zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der Bewohnerin bestünde nur in dem durch eine Abwägung im Einzelfall ermittelten Maße. Bei einer solchen müssten einerseits die Pflicht zur Wahrung der Menschenwürde und des Freiheitsrechts und auf der anderen Seite die Pflicht zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit berücksichtigt werden. In der zweiten Entscheidung³⁵ ging es um den nächtlichen Sturz einer Bewohnerin, an dessen Folgen diese letztlich verstarb. Auch hier legte der BGH zum einen der Klägerin (der Krankenkasse) die Beweislast für die Pflichtverletzung durch die Pflegekräfte auf, zum anderen stellte er unter Berücksichtigung der oben genannten Begründung fest, dass keine Verpflichtung bestanden habe, gegen den ausdrücklichen Willen der Bewohnerin unterbringungsähnliche Maßnahmen durchzuführen.

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

Für die Frage, ob eine freiheitseinschränkende Maßnahme erforderlich war, ob ihr Unterlassen oder Ergreifen den Sorgfaltspflichten der fachlichen Pflege entspricht, kommt es zentral auf den „State of the Art“ an. Dieser Begriff beschreibt Wissensbestände, die z.B. in Leitlinien, Expertenstandards oder Qualitätsniveaus zusammenfassend dargestellt werden.³⁶ Insofern kommt Leitlinien und ähnlichen Produkten eine wichtige Funktion zur Bestimmung von Sorgfaltspflichten für Pflegenden zu, die im Haftungsrecht zur Bestimmung des Sorgfaltsmaßstabs herangezogen werden. Fehlt es an entsprechenden gesicherten Wissensbeständen, sind gleichwohl alle möglichen fachlich verfügbaren Wissensbestände wie Fachliteratur und Expertenmeinungen in die Entscheidungsfindung bzw. ihre Vorbereitung einzubeziehen, um eine an dem Wohl der Betroffenen orientierte Qualität der Entscheidung zu treffen.

5.2.4. Sozialrecht

Freiheitseinschränkende Maßnahmen kommt auch im Sozialrecht eine besondere Relevanz zu. Dies gilt zum einen hinsichtlich der Begründung von Ansprüchen auf Sozialleistungen. Dort findet sich der Anspruch auf Hilfsmittel, die dazu geeignet sein könnten, freiheitseinschränkende Maßnahmen zu reduzieren (§ 33 SGB V). Ob es sich um ein Hilfsmittel handelt, ist im Einzelfall ggf. auch unabhängig von der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis festzustellen (z.B. Krankbetten). Bei der Begutachtung des Grades der Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 ff SGB XI kommt freiheitseinschränkende Maßnahmen ebenso eine erhebliche Bedeutung zu. Ihr Einsatz darf nicht unter dem Gesichtspunkt der pflegeerleichternden Maßnahmen³⁷ unterstellt bzw. erwartet werden.

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

Freiheitseinschränkende Maßnahmen, die nicht erforderlich sind, stellen sich als Verstöße gegen die Vorgaben des Pflegeversicherungsrechts dar. Andererseits sind Pflegesätze, die es nachweisbar unmöglich machen, den allgemein anerkannten Stand des Wissens in der Pflege umzusetzen, ggf. als nicht mehr leistungsgerecht im Sinne des § 82 SGB XI zu qualifizieren.³⁸ Dabei ist allerdings auch die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von Maßnahmen zu berücksichtigen, die es möglich machen, auf freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten. Es sind allerdings nicht nur die Nachweise zu bringen, dass Maßnahmen wirksam sind, die auf Gefährdungssituationen reagieren und somit als „Alternativen“ zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen geeignet eingesetzt werden. Es ist ebenso der Nachweis zu erbringen, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen ihrerseits wirksam und geeignet sind, um den Gefährdungen (z.B. einer sturzbedingten Verletzung) zu begegnen, die ihre Anwendung in der Praxis „provozieren“ oder auslösen.

Dort, wo sich freiheitsentziehende Maßnahmen für die Betroffenen als eine extrem belastende Maßnahme erweisen, die einen ansonsten medizinisch nicht indizierten Einsatz von Psychopharmaka auslösen, kann die Notwendigkeit bestehen, der Person eine persönliche Assistenz, ggf. auch des Nachts, zu stellen. Diese ist ggf. auch im Pflegeheim zusätzlich, über den Pflegesatz hinaus zu finanzieren, sei es als behandlungspflegerische Maßnahme bei psychiatrisch Erkrankten oder als Leistung im Rahmen der Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe.³⁹ Auch im Krankenhaus ist die Frage der Notwendigkeit einer Sitzwache zu prüfen.

5.2.5. Heimrecht

Auch im Heimrecht wird freiheitseinschränkenden Maßnahmen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das gilt sowohl für das Bundesheimgesetz als auch für die seit 2008 bestehenden Landesheimgesetze. Sie alle betrachten die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen als wichtiges Anliegen. Fast alle Landesheimgesetze verpflichten zur Dokumentation von freiheitsentziehenden (jedoch nicht freiheitseinschränkenden) Maßnahmen (siehe Abschnitt XI).⁴⁰ In allen Gesetzen wird auf den anerkannten Stand der Fachdisziplinen, die für die Betreuung und Versorgung von Bewohnerinnen tätig sind, verwiesen. Damit werden die einschlägigen Qualitätsmaßstäbe für die Bewertung der Betreuungssituation in Heimen bestimmt⁴¹, wie etwa ärztliche Leitlinien für die Beurteilung ärztlicher Entscheidungen und pflegerische Leitlinien oder Expertenstandards für die Bewertung der pflegerischen Qualität. Die Einrichtungen sind verpflichtet, ihr fachliches Handeln, nicht nur bezogen auf die Pflege, sondern auch in hauswirtschaftlicher, heilpädagogischer, ernährungswissenschaftlicher und sozialarbeitswissenschaftlicher Hinsicht am jeweils verfügbaren Stand des Wissens zu orientieren. Durch ihre Qualitätsmanagementsysteme und -strategien haben sie dafür Sorge zu tragen, dass die Erkenntnisse in den Einrichtungen umgesetzt und beachtet

werden. Das gilt im Besonderen für Erkenntnisse in einem Themenfeld von so hoher Relevanz für die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen, wie das der freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Hier spielt die Einhaltung konkreter rechtlicher Schutzvorkehrungen für die Bewohnerinnen eine zentrale Rolle. Eine Reihe von Landesheimgesetzen enthalten spezifische Aufzeichnungen und Dokumentationsverpflichtungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen.⁴²

5.2.6. Weitere Rechtsgebiete

Auch im Arbeitsschutz und im Medizinrecht spielen freiheitseinschränkende Maßnahmen unter unterschiedlichen Gesichtspunkten eine Rolle. Im Medizinproduktegesetz werden die Gefährdungspotenziale, etwa von Fixiergurten, unmittelbar angesprochen. Es werden allgemeine Anforderungen an den Umgang mit Medizinprodukten gestellt. Kommt es zu Vorkommnissen bei der Anwendung von Medizinprodukten (z.B. Strangulation mit Fixierbandagen und Bettgittern) werden die zuständigen Hersteller und Landesbehörden tätig, um mittels eines Maßnahmenkatalogs die Anwendungssicherheit etwa von Fixiergurten zu erhöhen. Unter Unfallverhütungsgesichtspunkten bestehen ebenfalls Anforderungen für Pflegende im Umgang mit sturzgefährdeten Bewohnerinnen und der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen unter dem Aspekt des Arbeitsschutzes. Hier werden im Übrigen auch Aspekte der psychischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reflektiert.⁴³ Die Träger der Unfallversicherungen haben freiheitseinschränkende Maßnahmen in den letzten Jahren vermehrt im Rahmen ihrer Unfallverhütungs- und Arbeitsschutzmaßnahmen unter dem Aspekt der Belastung der beruflich Pflegenden thematisiert, da das Ergreifen von Zwangsmaßnahmen nicht ohne psychische Folgen für die Pflegepersonen bleibt.

5.3. Freiheitseinschränkende Maßnahmen und ihre Legitimation

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

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

Dabei ist insbesondere Art. 12 BRK zu berücksichtigen, der die rechtliche Handlungsfähigkeit auch für Menschen mit Demenz unterstellt und neben der rechtlichen Betreuung, Unterstützung durch Formen der rechtlichen Assistenz verlangt.⁴⁴

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

Grundsätzlich haben Ärzte bzw. Ärztinnen und Pflegende den Betreuer oder Bevollmächtigten in die Entscheidungsfindung einzubinden, bevor das Betreuungsgericht zu kontaktieren ist. Sie selbst haben kein Entscheidungsrecht - von Notfall- und Notstandmaßnahmen abgesehen. Sie bringen ihre Fachkenntnisse in den Entscheidungsprozess ein und schlagen bestimmte Maßnahmen zur Abwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen vor. Die Entscheidung trifft die Bewohnerin oder an ihrer Stelle der Bevollmächtigte oder Betreuer. Wenn es diesen nicht gibt, besteht die Verpflichtung, auf die Bestellung eines Betreuers durch Information des Betreuungsgerichtes hinzuwirken. Bis zur Bestellung eines Betreuers entscheidet im Eilfall das Betreuungsgericht selbst (§ 1846 BGB), bis zur Entscheidung des Gerichts (oder Betreuers), trifft die Einrichtung alle Entscheidungen, die sie für unabwendbar hält selbst und in eigener Verantwortung.

Von diesen verfahrensrechtlichen Vorgaben wird in der Praxis nicht selten abgewichen. Sie sind auch in den Vorstellungen von sachgerechten Entscheidungen in der Pflege weniger verankert.⁴⁵ Die Brüchigkeit des betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens zeigt sich in strafrechtlichen Verfahren gegen Betreuungsrichter, die auch ohne persönliche Anhörung und ohne entsprechende Sachverständigenaussagen von Betreuern und Heimen vorbereitete Entscheidungen mitgetragen haben.⁴⁶ Diese problematische Entscheidungspraxis verweist im Übrigen auf die hohe Verantwortung von Pflegenden aber auch Betreuern, die für die fachliche Angemessenheit und die Orientierung von Entscheidungen am Wohl des Betroffenen auch bei Vorliegen betreuungsgerichtlicher Genehmigung weiterhin die Verantwortung tragen. Die Entscheidung des Betreuungsgerichtes dient lediglich der formellen Legitimation und der Sicherstellung einer Überprüfung der Erforderlichkeit entsprechender Maßnahmen. Das bedeutet, dass die richterliche Genehmigung nicht als „Anordnung“ zu verstehen ist. Vor jeder Anwendung einer freiheitseinschränkenden Maßnahme

muss deren Berechtigung durch die Pflegenden neu überprüft oder reflektiert werden. Das Betreuungsgericht überprüft lediglich die fachliche und rechtliche Berechtigung einer freiheitseinschränkenden Maßnahme. Herr des Verfahrens ist der(die) Betreuer(in), der(die) sofort auf die Maßnahme verzichten muss, wenn diese nicht mehr als erforderlich angesehen werden kann. Hält eine Pflegeperson etwa eine freiheitseinschränkende Maßnahme in dem genehmigten Umfang nicht mehr für erforderlich, hat sie unverzüglich die Betreuer(innen) zu informieren und auf einen Verzicht der Maßnahme hinzuwirken.

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

Diese rechtliche Kompetenzzuordnung für Entscheidungen über Freiheitseingriffe wird man auch bei der Anwendung der Leitlinie zu beherzigen haben. Leitlinienempfehlungen sind zunächst als mögliche sachdienliche Maßnahme zu qualifizieren, über deren Auswahl und Anwendung in einem Aushandlungsgeschehen mit den Entscheidungsbefugten zu befinden ist. Beruhen die Empfehlungen für bestimmte Maßnahmen auf keiner oder nur sehr geringer Evidenz, so sind diese trotzdem für die Entscheidung heranzuziehen.⁴⁷ Sowohl die Pflegenden als auch die rechtlichen Betreuer und Bevollmächtigten haben alle in Betracht kommenden Maßnahmen in ihre Entscheidungsfindung einzubeziehen, die geeignet sein könnten, von Freiheitseingriffen abzusehen oder diese zu minimieren, um das elementare Freiheitsrecht der betroffenen Person zu achten und ihrem Wohl zu dienen. Das können und müssen dann auch Maßnahmen sein, die auf der fachlichen Expertise der Pflegenden beruhen und sich als nahe liegend anbieten. Es handelt sich hier vor allem um so genannte Maßnahmen nach „gesundem Pflegesachverstand“, für die es häufig keine Belege aus wissenschaftlichen Studien gibt und auch nicht zwangsläufig geben muss. Diese sind z.B. herabgesenkte Betten, Matratzenlager oder ähnliches. Liegen hierzu keine Studien vor, so können diese gleichwohl in Erwägung gezogen werden und zur Anwendung kommen, wenn sie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen dienen.

Der Pflegesachverstand ist jeweils von der Einrichtung selbst einzubringen und nicht über die regelhafte Bestellung von Verfahrenspflegern wie etwa nach dem Werdenfelser Weg.⁴⁸ Die Bestellung von Verfahrenspflegern hat zwar die Sensibilität der Gerichte erhöht und ihren Entscheidungen neue Fachlichkeit und Autorität verliehen, verweist aber zugleich auf wichtige Professionalisierungsdefizite in der stationären Altenpflege, deren Behebung nicht Aufgabe der Betreuungsgerichte sein kann.⁴⁹

Zusammenfassung

Freiheitseinschränkende Maßnahmen werden von unserer Rechtsordnung als schwerwiegende Eingriffe in die Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen gesehen. Die Charta der Rechte Pflegebedürftiger unterstreicht dies. Der Gesetzgeber hat in Deutschland bereits im Jahre 1992 auf die praktische Bedeutung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Pflege älterer Menschen reagiert und Vorkehrungen zum Schutz der Freiheitsrechte der Bewohnerinnen getroffen. Ein betreuungsgerichtliches Genehmigungsverfahren wurde verbindlich gemacht, wenn es sich bei den freiheitseinschränkenden Maßnahmen um schwerwiegende Freiheitseingriffe handelt, die im deutschen Recht unter dem besonderen Schutz der Artikel 2, 104 GG stehen und als freiheitsentziehende Maßnahmen gewertet werden. Jede freiheitseinschränkende Maßnahme wird als „unerwünschter“ Freiheitseingriff angesehen. Auf sie soll in jedem Einzelfall nach Möglichkeit verzichtet werden. Freiheitseinschränkende Maßnahmen sind nicht nur betreuungsrechtlich relevant sondern auch strafrechtlich: Pflegende, Betreuer(innen), Ärzte bzw. Ärztinnen aber auch Betreuungsrichter(-innen) machen sich persönlich strafbar, wenn sie bewusst freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen ergreifen oder genehmigen, die zum Wohle der Betroffenen nicht erforderlich wären. Auch im Haftungs-, Sozial- und im Heimrecht sind freiheitseinschränkende Maßnahmen als rechtlich maßgeblich identifiziert worden. Die Entwicklung von Wissensbeständen, die die Praxis unterstützen, auf freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten und auf Gefährdungssituationen der Bewohnerin anders fachlich zu reagieren sind von großer Bedeutung. Hierzu leisten u. a. pflegerische Leitlinien ihren Beitrag. Aber nicht erst das Vorliegen evidenzbasierter Wissensbestände verpflichtet dazu, auf freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten. Diese Pflicht besteht grundsätzlich immer. Die Eignung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen als Reaktion auf Gefährdungssituationen von pflegebedürftigen Menschen ist ebenfalls nicht erwiesen. Vielmehr sind die Risiken von freiheitseinschränkenden Maßnahmen evident.

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



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

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

In diesem Kapitel finden Sie den Hauptteil der Leitlinie mit den Empfehlungen der Leitlinienentwicklungsgruppe (LEG) zu verschiedenen Pflegeinterventionen um FEM zu vermeiden, geordnet nach der Stärke der Empfehlung. Die Empfehlungen sind in 20 Unterkapiteln dargestellt (6.1. - 6.19.). Die Unterkapitel unterscheiden sich bezüglich des Umfangs, ihr Aufbau ist jedoch prinzipiell immer gleich:

1. **Hintergrund:** Hier werden wichtige Hintergrundinformationen zum Thema dargestellt.
2. **Empfehlung:** In einem Kasten findet sich die Empfehlung der LEG zur Eignung der jeweiligen Intervention, die Darstellung der Qualität der Evidenz sowie in der Regel ein Kommentar der LEG. Dieser Kommentar ist je nach Thema und Empfehlungsstärke unterschiedlich ausführlich.
3. **Darstellung der Evidenz zum Thema:** Es folgt eine ausführliche Darstellung und Diskussion der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz zur jeweiligen Intervention. Diese ist wiederum unterteilt in die Abschnitte Kurzzusammenfassung, Ergebnisse der Literaturrecherche, Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Literaturquellen finden Sie in Kapitel 8. Es ist jeweils die Anzahl der Stimmen aufgeführt, die sich je nach Anwesenheit der LEG Mitglieder auf eine unterschiedliche Gesamtheit bezieht.
4. **Übersichtstabellen der eingeschlossenen Studien:** Wenn aussagekräftige, relevante Studien eingeschlossen wurden, sind diese anschließend in den Übersichtstabellen dargestellt, die genauere Informationen zu den Studien und ihren Charakteristiken enthalten.
5. **Evidenztabelle** Die Evidenztabelle nach der GRADE-Systematik geben eine Übersicht über die Qualität der Evidenz und die Evidenzstärke in Bezug auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten.
6. **Suchstrategien:** Im Anhang (7.2.) sind die Suchstrategien für die Recherchen zu den verschiedenen Interventionen (Kapitel 6.1. - 6.19.) dargestellt.

Allgemeine Vorbemerkung

Die in der aktualisierten LL ausgesprochenen Empfehlungen beinhalten, wie in der ersten LL-Fassung, nur eine einzige starke Empfehlung, nämlich für Multikomponentenprogramme mit Schulungskomponente. Darüber hinaus liegen vier abgeschwächte positive und eine negative Empfehlungen vor. Zu 14 Themen konnte keine Empfehlung getroffen werden (siehe Box 1). Dies bedeutet nicht, dass Maßnahmen, für die keine oder eine abgeschwächte Empfehlung ausgesprochen wurde, nicht angewendet werden dürfen. Es bedeutet vielmehr, dass diese Maßnahmen zur Vermeidung von FEM nicht zusätzlich angewendet werden **müssen**. Aus den Empfehlungen der LL ergibt sich eindeutig, dass es keine Verpflichtung für bestimmte Maßnahmen gibt, sondern nur das Gebot, dem besten Stand des Wissens für eine zeitgemäße Pflege zu folgen und FEM zu vermeiden. Dennoch können die genannten Maßnahmen für einzelne Bewohnerinnen positive Auswirkungen haben und ggf. auch helfen, in Einzelfällen FEM zu vermeiden. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die wichtigste „Alternative“ zur Anwendung von FEM deren Vermeidung ist. Da die häufig angeführten Gründe für die Anwendung von FEM (z.B. die Angst vor Stürzen) in der Regel nicht zutreffen (siehe Kapitel 3.3.), sind somit viele Maßnahmen nicht notwendig. Verschiedene Studien, unter anderem auch die Evaluation der ersten LL-Fassung, zeigen, dass eine Pflege ohne FEM möglich ist.

Für jede individuelle Situation muss das vorliegende Gefährdungspotenzial oder das zugrundeliegende Problem analysiert werden. Anschließend müssen spezifische Maßnahmen geplant, umgesetzt und dokumentiert werden. FEM zählen jedoch nicht zu diesen spezifischen Maßnahmen. Eine gute und sichere Pflege ohne FEM kann gelingen, wenn die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Bewohnerinnen bekannt sind und beachtet werden. Zur Erlangung dieses Ziels bedarf es vor allem der Einstellung, eine Pflege ohne FEM möglich machen zu wollen.

Nicht alle Empfehlungen der aktualisierten LL richten sich an einzelne Pflegekräfte. Einige Empfehlungen beziehen sich auf Maßnahmen, die einzelne Wohnbereiche oder die gesamte Einrichtung betreffen. Dies spiegelt wider, dass die Vermeidung von FEM ebenso eine Organisationsaufgabe darstellt. Genauso wichtig wie die Haltung und Einstellungen der Pflegekräfte zur Vermeidung von FEM ist die Haltung der Organisation, also der Führungskräfte einer Einrichtung. FEM zu vermeiden und zu reduzieren, ist daher auch eine wichtige Führungsaufgabe.

Box 1 - Übersicht der Empfehlungen

Intervention	Empfehlungsstärke	Qualität der Evidenz	Ebene
Schulungsprogramme	Multikomponentenprogramme werden empfohlen Einfache Schulungsprogramme können in Erwägung gezogen werden	Mäßig Niedrig	Einrichtung/ Wohnbereich
Spezifische Beschäftigungsprogramme	Spezifische Beschäftigungsprogramme können in Erwägung gezogen werden	Niedrig	Bewohnerinnen
Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz	Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz kann in Erwägung gezogen werden	Niedrig	Einrichtung/ Wohnbereich
Aktive und passive Musikinterventionen	Aktive und passive Musikinterventionen können in Erwägung gezogen werden	Niedrig	Bewohnerinnen
Snoezelen	Zu Snoezelen kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Bewohnerinnen
Personenzentrierte Pflege	Zu personenzentrierter Pflege und biographieorientierten Interventionen kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Bewohnerinnen
Tierkontakt	Zum Tierkontakt kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Bewohnerinnen
Spezielle Pflege – Qualifikationen	Zu Spezielle Pflegequalifikationen kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Einrichtung/ Wohnbereich
Kognitive Stimulation	Zur kognitiven Stimulation kann keine Empfehlung getroffen werden	Niedrig	Bewohnerinnen
Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung	Zu Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung kann keine Empfehlung getroffen werden	Niedrig	Einrichtung/ Wohnbereich
Spezielle Wohnkonzepte	Zu speziellen Wohnkonzepten kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Einrichtung/ Wohnbereich
Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung	Zur spezifischen institutionellen Angeboten zur Nachtgestaltung kann keine Empfehlung getroffen werden	Keine Evidenz	Einrichtung/ Wohnbereich

Intervention	Empfehlungsstärke	Qualität der Evidenz	Ebene
Aromatherapie	Zu Aromatherapie kann keine Empfehlung getroffen werden	Niedrig	Bewohnerinnen
Körperlich-aktivierende Maßnahmen	Zum Einsatz körperlich-aktivierender Maßnahmen kann keine Empfehlung getroffen werden	Niedrig	Bewohnerinnen
Basale Stimulation	Zur Basalen Stimulation kann keine Empfehlung getroffen werden	Keine Evidenz	Bewohnerinnen
Validation	Zur Validation kann keine Empfehlung getroffen werden	Niedrig	Bewohnerinnen
Soziale Unterstützung	Zu sozialer Unterstützung kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Einrichtung/ Wohnbereich
Spezifische Berührung und Massage	Zur spezifischen Berührung kann keine Empfehlung getroffen werden	Sehr niedrig	Bewohnerinnen
Spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie	Spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie können nicht empfohlen werden	Mäßig	Einrichtung/ Wohnbereich

6.1. Empfehlung - Schulungsprogramme

Hintergrund

Die Schulung von Pflegenden in der beruflichen Altenpflege gilt als eine Möglichkeit, die Anwendung von FEM zu reduzieren. Seit den 1980er Jahren wurden weltweit Studien zur Wirksamkeit von Schulungsprogrammen zur Reduktion von FEM durchgeführt. Zwei Arten von Interventionen lassen sich unterscheiden: zum einen einfache Schulungsprogramme, die als Kernkomponente die Schulung der beruflich Pflegenden beinhalten (teilweise mit weiteren Komponenten, welche die Umsetzung der Schulung fördern sollen, wie die Begleitung der Pflegenden in der Praxis) und zum anderen Multikomponentenprogramme, die neben der Schulungskomponente weitere Komponenten beinhalten (beispielsweise eine Änderung der Richtlinien zum Umgang mit FEM in den Pflegeheimen).¹

EMPFEHLUNG:

„Multikomponentenprogramme (mit Schulungskomponente) werden empfohlen“

(8 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Mäßig



„Einfache Schulungsprogramme“ können in Erwägung gezogen werden“

(10 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Laut derzeit vorliegenden Studien können Schulungsprogramme, eingebettet in ein Multikomponentenprogramm, wirksam die Anwendung von FEM reduzieren. Die Programme unterscheiden sich in der Art und Anzahl ihrer Komponenten und es bleibt offen, welche Komponenten in der Praxis umgesetzt werden müssen, um eine effektive Reduktion von FEM zu erzielen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass institutionelle Maßnahmen, die einen Kulturwandel in Einrichtungen zu einer FEM-freien Pflege herbeiführen sollen, die Wirksamkeit von Schulungsprogrammen fördern. Einfache Schulungsprogramme hingegen können wahrscheinlich FEM nicht wirksam reduzieren.

Die LEG spricht sich daher dafür aus, Schulungsprogramme nur in Kombination mit weiteren begleitenden Maßnahmen durchzuführen, um eine nachhaltige Veränderung der Anwendungspraxis von FEM herbeizuführen.

Wirksamkeit von Schulungsprogrammen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Zur Wirksamkeit von einfachen Schulungsprogrammen liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, die Tendenz deutet jedoch darauf hin, dass Schulung alleine nicht ausreicht, um die Anwendung von FEM zu reduzieren.
- Zur Wirksamkeit von Multikomponentenprogrammen (mit Schulungskomponente) liegen positive Ergebnisse vor. Es ist jedoch unklar, welche Zusammensetzung von Komponenten nötig ist, um die Anwendung von FEM wirksam zu reduzieren.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Durch die Literaturrecherche wurden eine systematische Übersichtsarbeit¹ und zwei neue Studien^{2,3} identifiziert. Von den Studien, die in der systematischen Übersichtsarbeit eingeschlossen waren, erfüllten fünf die Einschlusskriterien. Zu einer Studie wurde eine weitere Publikation mit den Ergebnissen einer Langzeitbeobachtung einbezogen. Insgesamt wurden für diese aktualisierte Übersicht acht Publikationen einbezogen.²⁻⁹ Je zwei dieser Studien stammen aus Deutschland, Norwegen und den Niederlanden und eine aus den USA.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Sechs der eingeschlossenen Studien waren Cluster-randomisierte kontrollierte Studien,³⁻⁸ eine nutzte ein quasi-experimentelles Design.^{2,9} Vier Studien untersuchten einfache Schulungsprogramme (Schulung als Hauptkomponente, teilweise mit verschiedenen Formen der Praxisbegleitung für die Pflegenden)⁴⁻⁷ und drei Studien Multikomponentenprogramme (mit Schulungskomponente).^{2,3,8,9}

In den einfachen Schulungsprogrammen wurden folgende Inhalte vermittelt (zu einer Studie lagen keine Informationen vor⁷):

- Informationen zu FEM, z.B. negative Effekte, rechtliche Aspekte, Erfahrungen der Betroffenen²⁻⁹
- Entscheidungsfindung zu FEM und Alternativen^{2,3,5-9}
- Sturzprävention^{4,8}
- Informationen zu Demenz, Aggression und herausforderndem Verhalten⁵
- Strategien zu Analyse und Umgang mit Aggression und herausforderndem Verhalten^{4,6,8}

Die Multikomponentenprogramme beinhalteten folgende Komponenten:

- Schulungsprogramm.^{2,3,8,9}
- Zusätzliche Schulung von Multiplikatoren innerhalb der Einrichtungen.^{3,8}
- Strukturierte Begleitung der Multiplikatoren.^{3,8}
- Verpflichtungserklärung der teilnehmenden Einrichtungen zur Reduktion von Bauchgurten² bzw. FEM allgemein.³
- Bereitstellung einer evidenzbasierten Leitlinie und dazugehöriger Materialien (Kurzversion der Leitlinie, Informationsbroschüren für Pflegende, Angehörige und Betreuer(innen), Zertifikate) sowie Erinnerungsmaterialien (z.B. Tassen und Stifte mit Projektlogo, Poster).³
- Bereitstellung verschiedener Hilfsmittel (z.B. Hüftprotektoren, Niedrigbetten Sensormatten).^{2,8,9}

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit der einfachen Schulungsprogramme zur Vermeidung von FEM sind widersprüchlich. Eine methodisch hochwertige Studie zeigte keine Reduktion von FEM in der Interventionsgruppe⁶ während drei Studien mit teilweise starken methodischen Limitierungen einen reduzierenden Effekt der Intervention aufzeigten.^{4 5 7}

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit der Multikomponentenprogramme zur Vermeidung von FEM zeigen einen reduzierenden Effekt. Sowohl die methodisch hochwertige Studie³ als auch eine der beiden Studien mit methodischen Limitierungen² zeigen einen statistisch signifikanten reduzierenden Effekt der Intervention auf die Anwendung von FEM. Für die zuletzt genannte Studie wurde in einer Langzeiterhebung nach 24 Monaten eine weitere Reduktion der Gurtfixierungen festgestellt. Allerdings stieg die Zahl der Bewohner mit mindestens einer FEM sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe im Vergleich zum Studienbeginn an.⁹ Die Ergebnisse der dritten Studie (ebenfalls mit starken methodischen Limitierungen) sind schwer zu interpretieren, da die Ergebnisse nicht wie im Studienprotokoll geplant als Häufigkeiten der Maßnahmen publiziert wurden. Die publizierten Ergebnisse deuten auf keinen oder einen sehr geringen Interventionseffekt hin.⁸ In den eingeschlossenen Studien wurden keine unerwünschten Wirkungen beschrieben.

Tabelle 1: Evidenztabelle - Einfache Schulungsprogramme

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut					
Anwendung von FEM (Nachbeobachtungszeit 7-12 Monate)															
4	Cluster-randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Schwerwiegend ²	Keine	Keine schwerwiegenden	Unbekannt	617	584	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig			Hoch	

¹ Teilweise unklare Randomisierung und verdeckte Zuteilung, geringe Anzahl an Clustern (Einrichtungen), unklare Fallzahlschätzung, ausgeprägte Unterschiede bzgl. Anwendung von FEM zwischen den Gruppen² Effekte teilweise widersprüchlich.
² Studien mit geringerer methodischer Qualität zeigen Effekte (n=3), Studien mit höherer Qualität zeigen keine Effekte (n=2).

Tabelle 2: Evidenztabelle - Multikomponentenprogramme

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut					
Anwendung von FEM (Nachbeobachtungszeit 3-24 Monate)															
4	Cluster-randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegenden	Keine	Nicht gepoolt	Unbekannt	2326	2082	-	Nicht gepoolt	⊕⊕⊕ Mäßig		Hoch		

¹ n=1 n=1 nicht-randomisierte Studie, n=1 Studie mit unklarer Auswertung, n=2 Studien ohne Cluster-adjustierte Analyse.

6.2. Empfehlung - Spezifische Beschäftigungsprogramme

Hintergrund

Menschen mit Demenz in Pflegeheimen sind selten in Aktivitäten oder Interaktionen mit anderen Heimbewohnern eingebunden.¹ Werden in Einrichtungen Beschäftigungsangebote gemacht, richten sich diese häufig an Bewohnerinnen mit geringen kognitiven und funktionalen Einschränkungen und orientieren sich oft nicht individuell an den Interessen der Bewohnerinnen.^{2,3} Die Mehrzahl der Bewohnerinnen in deutschen Pflegeheimen ist von mittelschwerer bis schwerer Demenz betroffen.⁴ Für diese Gruppe werden oft nur passiv Angebote gemacht, z.B. Fernsehen schauen oder Musik hören.² Die Teilnahme an individuell angepassten Aktivitäten soll Langeweile und Einsamkeit reduzieren und positive Gefühle auslösen bzw. verstärken. Dies kann wiederum herausforderndes Verhalten reduzieren.⁵

Als spezifische Beschäftigungsprogramme gelten nicht die im Rahmen der alltäglichen Pflege und Versorgung stattfindenden beschäftigungs- oder tagesstrukturierenden Angebote, sondern darüber hinausgehende, zusätzliche Angebote, die von speziell ausgebildetem oder eigens dafür geschultem Personal in einer Einrichtung durchgeführt werden. Es gibt unterschiedliche Ansätze für spezifische Beschäftigungsprogramme: einerseits das Angebot von unspezifischen Aktivitäten, wie Singen oder Basteln (für einige dieser Themen, wie z.B. Musik, beinhaltet die aktualisierte Leitlinie separate Empfehlungen), zum anderen werden individuell an die Interessen der Bewohnerinnen angepasste Programme angeboten.

Auch in der Form der Durchführung gibt es Unterschiede. So werden Programme einzeln oder in Kleingruppen angeboten und es variieren Häufigkeit und Dauer der Angebote.⁵

EMPFEHLUNG:

„Spezifische Beschäftigungsprogramme können in Erwägung gezogen werden“

(10 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Kommentarvorschlag: „Spezifische Beschäftigungsprogramme“

Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung werden regelhaft im Rahmen der Versorgung vorgehalten. Spezifische Angebote zur Beschäftigung oder Tagesstrukturierung, die über diese Angebote hinausgehen und von speziell dafür qualifiziertem Personal angeboten werden, können in Erwägung gezogen werden. Auf Basis der aktuell vorliegenden Evidenz lassen sich jedoch weder Empfehlungen bezüglich der anzubietenden Aktivitäten noch zur notwendigen Personalstärke und -qualifikation abgeben.

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegen keine methodisch hochwertigen Studien zur Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen bzgl. der Reduktion von FEM vor.
- Bezüglich des herausfordernden Verhaltens liegen Hinweise auf positive Effekte vor. Diese sind jedoch gering und es lassen sich keine Aussagen zu Art der Aktivitäten und zur Dauer und Häufigkeit des Angebots machen.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Bezüglich des Ergebnisparameters FEM liegen keine Studien mit ausreichender methodischer Qualität vor. Für die individuellen Beschäftigungsprogramme wurde ein aktuelles, noch unpubliziertes Cochrane Review identifiziert.⁵

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Übersichtsarbeit identifizierte sieben Studien, welche die Wirksamkeit von spezifischen Beschäftigungsprogrammen auf herausforderndes Verhalten untersuchten. Die Interventionen beinhalteten alle eine individuelle Auswahl der Aktivitäten nach den Interessen der Studienteilnehmer(innen), allerdings basierte die Auswahl auf unterschiedlichen Konzepten. Außerdem unterschied sich die Dauer und Häufigkeit der Angebote (siehe Tabelle). Die Interventionen wurden von speziell trainierten Studienassistent(inn)en durchgeführt.

Für die individuellen Beschäftigungsprogramme zeigte sich ein sehr geringer Effekt aus sieben Studien (siehe Evidenztabelle).⁶⁻¹² In dieser Arbeit zeigte sich außerdem, dass der Effekt der Interventionen nahezu verschwindet, wenn man nur Studien mit einer aktiven Kontrollgruppe (also dem Angebot von unspezifischen Aktivitäten) betrachtet.⁵

Dies spricht dafür, dass das Angebot von Aktivitäten grundsätzlich herausforderndes Verhalten reduzieren kann, allerdings ist unklar, inwieweit diese Aktivitäten individuell angepasst werden müssen, welche Art von Aktivitäten, wie häufig und für welche Dauer angeboten werden sollten. In den Studien wurden keine Angaben zu unerwünschten Wirkungen gemacht.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Cohen-Mansfield et al. 2007 ⁶	Cluster-RCT	12 Pflegeheime (USA) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø IG 88 Jahre, KG 85 Jahre IG 84%, KG 76% Frauen n= 167	INTERVENTIONEN: Aktivitäten (auf Basis des Treatment Routes for Exploring Agitation (TREA) framework), täglich für 4 Std. in Zeiten mit besonders ausgeprägtem herausfordernden Verhalten KONTROLLE: Standardpflege plus einmalige Präsentation zum Thema herausforderndes Verhalten	Herausforderndes Verhalten (gemessen durch Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI) und CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 10 Tage	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Cohen-Mansfield et al. 2012 ⁷	Cluster-RCT	11 Pflegeheime (USA) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø IG 86 Jahre, KG 85 Jahre IG 73%, KG 77% Frauen n= 137	INTERVENTIONEN: Aktivitäten (auf Basis des TREA framework), täglich für 4 Std. in Zeiten mit besonders ausgeprägtem herausfordernden Verhalten KONTROLLE: Standardpflege plus einmalige Präsentation zum Thema herausforderndes Verhalten	Herausforderndes Verhalten (gemessen durch Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI) und CMAD) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 10 Tage	Signifikante Reduktion des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Kolanski et al. 2005 ^s	Cluster-RCT	4 Pflegeheime (USA) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 82 Jahre 77% Frauen n= 30	INTERVENTIONEN: Aktivitäten (ausgewählt nach Need-Driven Dementia-Compromised Behavior (NDB) model); 5 Tage pro Woche, max. 20 Min./Tag in Zeiten mit besonders ausgeprägtem herausfordernden Verhalten (1) Aktivitäten angepasst an die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten und entgegengesetzt zu den Interessen der TN (2) Aktivitäten angepasst an die Interessen und entgegen den kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der TN (3) Aktivitäten angepasst an die Interessen und die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der TN	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit CMAI und Passivity in Dementia Scale (PDS)) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 12 Tage pro Intervention mit je 2 Tagen Wash-out-Periode	Keine Unterschiede zwischen den Interventionen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Kolanski et al. 2011 ⁹	RCT	Pflegeheime (Hongkong) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 78,29 Jahre 58,6% Frauen n= 70	INTERVENTIONEN: Aktivitäten (NDB model), 5 Tage pro Woche; max. 20 Min./Tag; Zeiten mit besonders ausgeprägtem herausfordernden Verhalten (1) Aktivitäten angepasst an die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten und entgegengesetzt zu den Interessen der TN (2) Aktivitäten angepasst an die Interessen und entgegen den kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der TN (3) Aktivitäten angepasst an die Interessen und die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der TN KONTROLLE: Aktivitäten entgegen den Interessen und kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der TN	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit CMAI und Passivity in Dementia Scale (PDS)) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Wochen	Keine Unterschiede zwischen den Interventionen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Orsolic-Jeras et al. 2000 ¹⁰	Nicht randomisierte Studie	Ein Wohnbereich für Menschen mit Demenz (USA) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 88 Jahre 92% Frauen n= 25	INTERVENTIONEN: Aktivitäten (nach Montessori), mind. 2/Woche, Einzelaktivitäten 10 bis 30 Min./Tag; Gruppenaktivitäten 25 Min. bis 1 Std./Tag KONTROLLE: Standardversorgung	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit CMAD) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 9 Monate	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.
van der Ploeg et al. 2013 ¹¹	RCT (Cross-Over Design)	Neun Pflegeheime (Australien) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø IG 78 Jahre 62% Frauen n= 44	INTERVENTIONEN: Aktivitäten, 2 mal pro Woche, 30 Minuten; Zeitraum mit besonders ausgeprägtem herausfordernden Verhalten (1) Montessori-basierte Aktivitäten (2) Unspezifische Aktivitäten	Ein spezifisches herausforderndes Verhalten (gemessen mit CMAD) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 2 Wochen pro Intervention (keine Wash-out Phase)	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Wenborn et al. 2014 ¹²	Cluster-RCT	16 Pflegeheime (Großbritannien) Bewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø IG 84.2 Jahre, KG 84.2 Jahre IG 63.5%, KG 70.8% Frauen n= 159	INTERVENTIONEN: Schulung der Pflegenden zur Implementierung von Aktivitäten KONTROLLE: Standardversorgung	Herausforderndes Verhalten (pro Teilnehmer(in) ein individuell ausgewähltes häufig vorkommendes Verhalten) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 28 Wochen	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 4: Evidenztabelle - Spezifische Beschäftigungsprogramme

Bewertung der Qualität				Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung	
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut	
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 4-10 Monate)											
7	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegende	Schwerwiegend ³	Nicht gepoolt	Unbekannt	440	342	-	SMD 0.18 niedriger (von 0.45 niedriger bis 0.08 höher)	⊕⊕○○ Niedrig Mittel

¹ n=1 nicht-randomisierte Studie mit sehr geringer Teilnehmerzahl, n=1 Studie geringe Teilnehmerzahl, Cluster-Effekt nicht bei der Analyse einbezogen.

² Indirekter Endpunkt.

SMD=Mittlerer Unterschied („Standardised Mean Difference“)

6.3. Empfehlung - Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Hintergrund

Ein Großteil der Bewohnerinnen in Pflegeheimen ist von Demenz betroffen.¹ Um den damit verbundenen Herausforderungen zu begegnen etablieren sich weiterhin besondere Wohnbereiche oder Abteilungen zur Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz in der Altenpflege. Darunter werden Stationen oder Bereiche verstanden, in denen Bewohnerinnen mit Demenz nach speziellen Konzepten gepflegt bzw. versorgt werden. Dieser segregative Betreuungsansatz basiert auf der Annahme, dass Bewohnerinnen mit Demenz besondere psychosoziale und räumliche Bedürfnisse aufweisen, die eine spezielle Versorgung auf eigens dafür ausgerichteten Abteilungen („Special Care Units“, kurz SCU) erforderlich machen.¹ Das Konzept der SCU stammt aus den USA. Hier haben sich SCUs seit den 1980er Jahren zunehmend etabliert und haben sich auch in weiteren Ländern verbreitet.^{2 3}

Die SCU ist keine einzelne Intervention, sondern setzt sich zusammen aus vielen einzelnen, sich bedingenden Maßnahmen, wie bspw. eine besondere personelle Ausstattung, spezielle (Pflege-) Programme und eine besondere Umgebungsgestaltung.⁴

Es liegt keine einheitliche Definition vor. Somit gibt es keine standardisierten Vorgaben für SCUs und es kommt in der Umsetzung in der Praxis zu starker Variation.

In der Literatur werden diesen Abteilungen verschiedene Merkmale zugeschrieben:¹⁻⁴

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

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

EMPFEHLUNG:

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

(11 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Abteilungen zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz sollen ein besonderes Betreuungskonzept beinhalten und nicht nur aus gesonderten Räumlichkeiten bestehen. Ein solches Betreuungskonzept soll sich an den im Hintergrund aufgeführten Komponenten orientieren und grundsätzlich als FEM-freier Raum angelegt sein. Eine spezifische Betreuung für Bewohnerinnen mit Demenz kann für die Betroffenen den Vorteil haben, dass diese eine an ihre spezifischen Bedürfnisse angepasste Umgebung und entsprechend geschultes Personal vorfinden. Gleichzeitig sind damit eine soziale Ausgrenzung der Bewohnerinnen oder der Abteilung, beispielsweise durch eine räumliche Abtrennung, verbunden. Aus diesem Grund sprechen die Expertinnen und Experten der LEG sich eher für integrative als für segregative Konzepte aus. Bei segregativen Konzepten darf die bauliche Trennung des Bereichs keine direkte (z.B. durch Abschließen) oder indirekte (durch optische oder elektronische Barrieren) Absperrung der Abteilung sein. Solche Maßnahmen stellen an sich bereits eine freiheitseinschränkende Maßnahme dar.

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

Kurzzusammenfassung

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

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es konnten zwei Übersichtsarbeiten identifiziert werden.^{4 10} Vier enthaltene Studien trafen die Einschlusskriterien und fanden Berücksichtigung.^{1 5 8 11} Insgesamt konnten bezüglich des primären Ergebnisparameters, Reduzierung von FEM, neun relevante Studien gefunden und eingeschlossen werden. Die meisten Studien (n=5) stammen aus dem US-amerikanischen Kontext, drei aus dem süd-europäischen Raum und eine aus Deutschland. Keine dieser Studien weist ein methodisch hochwertiges Studiendesign auf. Auch durch Erweiterung der Suche auf den indirekten Ergebnisparameter „herausforderndes Verhalten“ konnten keine RCTs ausfindig gemacht werden, was mit der Berücksichtigung ethischer Aspekte erklärt werden kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Fünf der eingeschlossenen Studien waren Querschnittstudien, zwei Vorher-Nachher-Studien, eine Längsschnittstudie und eine Fall-Kontroll Studie. Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien weisen keine einheitlichen Ergebnisse auf. Einige Studien zeigen einen FEM-reduzierenden Effekt von Abteilungen zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz, andere dagegen nicht. Dabei ist insbesondere bei den amerikanischen Studien mit hohen Teilnehmerinnenzahlen zu berücksichtigen, dass der Begriff SCU nicht durchgehend eine hochwertige, spezifische Betreuungsform bedeutet und somit der Effekt von SCUs eventuell eher unterschätzt wird. Europäische Studien weisen auf starke Gruppenunterschiede zwischen den traditionell versorgten Bewohnerinnen und denen auf SCU hin.^{11 12} Bewohnerinnen der SCU zeigen verstärkt herausfordernde Verhaltensweisen, haben einen geringeren Bildungsgrad, schlechtere kognitive Fähigkeiten und eine längere Verweildauer auf dem entsprechenden Wohnbereich.¹² Insbesondere das herausfordernde Verhalten zeigt sich als ein organisatorisches Aufnahmekriterium für eine Versorgung der Bewohnerinnen auf einer SCU.^{11 12} Eine der Studien stammt aus Deutschland.¹ Diese Ergebnisse sind daher im Hinblick auf die Übertragbarkeit von besonderem Interesse. Bei dem Vergleich von 594 Bewohnerinnen mit Demenz auf Wohnbereichen mit spezifischer Betreuung und 132 Bewohnerinnen mit Demenz auf traditionellen Wohnbereichen in zwei deutschen Großstädten zeigte sich eine geringere Anwendung von FEM in der Abteilung zur spezifischen Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz im Vergleich zur traditionellen Abteilung (Fixierung mit Stecktisch oder Gurt; 7,3% (SCU) im Vergleich zu 19,1% (traditionelle Abteilung)).

Bei keiner der Studien werden Nebenwirkungen oder unerwünschte Effekte berichtet.

Tabelle 5: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Bianchetti et al. 1997 ¹²	Vorher-Nachher-Studie	1 Pflegeheim (Italien) Bewohnerinnen mit Demenz Ø 80 Jahre 62,5% Frauen n= 16	Umzug der Teilnehmerinnen in SCU	Häufigkeit und Dauer von FEM <i>Nachbeobachtungen:</i> Nach 6 Monaten	Signifikante Reduktion der mittleren Häufigkeit und Dauer von FEM.
Buchanan et al. 2005 ⁶	Querschnittstudie	Pflegeheime (USA) Bewohnerinnen mit Demenz Ø 82,0 Jahre 68% Frauen n= 49 627	Umzug der Teilnehmerinnen in SCU	Häufigkeit von FEM (Bettgitter, Stuhl- und körpernahe Fixierungen).	Weniger FEM bei Bewohnerinnen auf SCUs.

Tabelle 5: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Crespo et al. 2013 ¹²	Querschnittstudie	11 Pflegeheime in Spanien Heimbewohnerinnen mit milder bis mittlerer Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 86,08 Jahre (87,2%) 62 Frauen u. 35 Männer n= 197		Häufigkeit von FEM (nicht definiert) Herausforderndes Verhalten Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	Bewohnerinnen auf SCU zeigen mehr aggressives Verhalten (OR 1,12 CI: 1,01-1,24) Die Hälfte der Bewohnerinnen auf SCU hatten mechanische FEM (OR 1,23; CI 0,70-2,17)
Gruneir et al. 2008 ⁷	Querschnittstudie	1896 Pflegeheimen (USA) Bewohnerinnen mit Demenz Alter nicht Angegeben 79% Frauen n= 69.131		Häufigkeit von FEM (Bettgitter, Stuhl- und körpernahe FEM).	Kein Unterschied bei der Anwendung von FEM zwischen SCU und Nicht-SCU. Geringere Anwendung von Bettgittern auf den SCUs (21,9% SCU vs. 36,6%).
Phillips et al. 2000 ⁷	Querschnittstudie	841 Einrichtungen, davon 48 SCUs (USA, in 4 Bundesstaaten) Alter nicht Angegeben 79% Frauen n= 71.748		Häufigkeit von körpernahen FEM (Gurte, Stecktsche, keine Bettgitter) und medikamentöse FEM.	Kein Unterschied bzgl. der Häufigkeit von FEM zwischen Bewohnerinnen auf SCUs und traditionellen Abteilungen.

Tabelle 5: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Nobili et al. 2008 ¹¹	Längsschnittstudie	35 Alzheimer-SCU und traditionelle Pflegeheime in Italien Heimbewohnerinnen mit mittlerer oder schwerer Demenz Ø 82,4 Jahre (62-99) 343 Frauen u. 87 Männer Demenz (Diagnose + MMSE) n= 18		Häufigkeit von FEM (nicht näher definiert), Herausforderndes Verhalten (NPI) <i>Nachbeobachtungen:</i> nach 6 Monaten, 12 und 18 Monaten	Signifikante Reduktion von FEM bei Bewohnerinnen der ASCU nach 6 Mon. (OR: 0,66, P< 0,01)
Sloane et al. 1991 ⁸	Fall-Kontroll-Studie	32 Pflegeheime (USA in 5 Bundesstaaten) Bewohnerinnen mit Demenz Ø 82,7 Jahre 76% Frauen n= 625		Häufigkeit von körpernahen FEM (Gurte, Stecktsche, keine Bettgitter) und medikamentöse FEM.	Geringerer Anteil von Bewohnerinnen mit FEM und geringere Häufigkeit von FEM bei Versorgung auf einer SCU.

Tabelle 5: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Thomas DW 1996 ⁹	Vorher-Nachher-Studie	Pflegeheim (USA) Bewohnerinnen mit Demenz Ø 82,3 Jahre 66% Frauen n= 15	3 Monate Beobachtung, Umzug auf SCU, 3 Monate Beobachtung	Häufigkeit von FEM (keine Angaben zu FEM definiert) <i>Nachbeobachtungen:</i> nach 3 Monaten	Signifikante Reduktion der Häufigkeiten von FEM nach Umzug auf SCU. (k.A. zur Effekt-stärke)
Weyerer et al. 2004 ¹	Querschnittstudie	Pflegeeinrichtungen in 2 Großstädten in Deutschland Bewohnerinnen mit Demenz Ø 83 Jahre 85% Frauen n= 903		Häufigkeit von FEM (Gurte, Steckfische, Betgitter)	In den SCUs waren weniger Bewohnerinnen von FEM betroffen als in der traditionellen Pflege (Stecktische/Gurte 7,3% vs. 19,1%)

Tabelle 6: Evidenztabellen - Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

Bewertung der Qualität				Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	SCU	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
FEM (Nachbeobachtungszeit 6,12 und 18 Monate)										
9	Vorher-Nachher-Studien Querschnittsstudien Fall-Kontroll Studie	Schwerwiegend ¹	Schwerwiegend	Keine	Nicht gepoolt	Unbekannt	153.355	40.161	-	Nicht gepoolt
									⊕⊕○○ Niedrig	Hoch

¹ Gruppen unterscheiden sich stark voneinander, hoher Lost to follow up, geringe Teilnehmerzahl, Gruppenzuteilung unklar.

Bewertung der Qualität				Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	SCU	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 6,12 und 18 Monate)										
2	Querschnittsstudie Längsschnittstudie	Schwerwiegend ²¹	Schwerwiegend	Schwerwiegend	Nicht gepoolt	Unbekannt	627	-	-	Nicht gepoolt
									⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel

² Geringe Teilnehmerzahl, hoher Lost to follow up, Datenerhebung nicht durch unabhängige Personen.

6.4. Empfehlung - Aktive und passive Musikinterventionen

Hintergrund

Musik als therapeutischer Ansatz findet inzwischen in vielen verschiedenen Bereichen Anwendung, insbesondere auch in Pflegeheimen bei Menschen mit Demenz. Die Musiktherapie wird als eine aussichtsreiche nichtmedikamentöse Intervention zur Reduktion von herausforderndem Verhalten angesehen.¹ Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft definiert Musiktherapie als den „(...) gezielten Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.“ Der Begriff Musiktherapie bezeichnet unterschiedliche Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutisch zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie. „Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen“.² Musiktherapie kann in Einzel- oder Gruppensitzungen stattfinden und wird als aktive Form (selbst musizieren und/oder singen) oder rezeptive/passive Form (Musik und/oder Gesang hören) durchgeführt. Bei der passiven Form kann zudem unterschieden werden, ob Musik beispielsweise durch die Therapeut(inn)en oder individuell entsprechend der Präferenzen der Bewohnerinnen ausgewählt wird.³ Aufgrund der Vielzahl von Interventionen mit aktiven und passiven Musiktherapieelementen, wird in der Leitlinie der Begriff „aktive und passive Musikinterventionen“ verwendet.

EMPFEHLUNG:

„Aktive und passive Musikinterventionen können in Erwägung gezogen werden“

(9 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Bei der Anwendung von Musikinterventionen ist es unerlässlich, persönliche Präferenzen der Bewohnerinnen bzgl. Ort, Inhalt, Dauer und Lautstärke der Musik zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere bei Gruppenangeboten. Ebenso zu beachten ist der kulturelle Hintergrund der Bewohnerinnen bei der Wahl der Musikinterventionen. Die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen wird von der LEG als entscheidend erachtet.

In der analysierten Literatur wird ausschließlich der Effekt von Musikinterventionen auf herausforderndes Verhalten untersucht. Derzeit bleibt unklar, inwiefern aktive und passive Musikinterventionen in der beruflichen Altenpflege zur Reduktion von FEM beitragen können. Die untersuchten Musikinterventionen unterscheiden sich bezüglich ihrer Konzeption zum Teil stark. Auch ist unklar, ob mit diesen Interventionen unerwünschte Wirkungen verbunden sind. Es bedarf weiterer Untersuchungen zur Wirksamkeit und Sicherheit auf das Verhalten von Bewohnerinnen und die Anwendung von FEM.

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz bzgl. der Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege durch aktive oder passive Musik vor.
- Bezüglich herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz wurde eine Reduktion durch aktive und passive Musik in mehreren Studien berichtet.
- Die geringe Qualität der Studien und die Heterogenität der Musikinterventionen erlauben keine zuverlässigen Aussagen über die Wirksamkeit von Musikinterventionen.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der aktualisierten Recherche konnte keine Studie identifiziert werden, die die Wirksamkeit von aktiven und passiven Musikinterventionen auf die Anwendung von FEM untersucht hat. Zur Reduktion von herausforderndem Verhalten wurden sieben neue Übersichtsarbeiten¹⁻³⁻⁸ und neun randomisierte kontrollierte Studien⁹⁻¹⁷ identifiziert. Die gesichteten Übersichtsarbeiten¹⁻³⁻⁸ enthielten keine weiteren relevanten Studien. Für die aktualisierte Übersicht wurden daher die neu identifizierten Studien⁹⁻¹⁷ sowie die fünf in der ersten Leitlinienfassung eingeschlossenen Studien¹⁸⁻²² einbezogen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In den Studien zeigte sich mehrheitlich eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz. Es gab jedoch ebenso Studien, in denen sich das herausfordernde Verhalten der Bewohnerinnen nicht statistisch signifikant durch die Musikinterventionen veränderte. Zudem waren die untersuchten Interventionen sehr unterschiedlich und bezogen in fast allen Studien sowohl rezeptive/passive (Hören von Entspannungsmusik und „Wunschmusik“) als auch aktive Einzel- oder Gruppenmusikinterventionen ein. Die Interventionen variierten zudem hinsichtlich der Dauer und Häufigkeit der Sitzungen. Insgesamt ist die Vergleichbarkeit daher begrenzt. Weiterhin wiesen die Studien teilweise schwere methodische Limitierungen auf. Eine

Übersicht zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien findet sich in der nachfolgenden Tabelle. Die „Evidenztabelle aktive und passive Musikinterventionen“ (siehe Anhang) gibt einen Überblick über die Bewertung der Evidenzlage.

Zusammenfassend erlaubt die Analyse der eingeschlossenen Studien keine zuverlässige Aussage über die Wirksamkeit der aktiven und passiven Musikinterventionen. Inwiefern diese Interventionen direkte Auswirkungen auf die Reduktion bzw. Anwendung von FEM haben, bleibt unklar. Ob mit FEM assoziierte Merkmale von Menschen mit Demenz, wie herausforderndes Verhalten, mit Musikinterventionen beeinflusst werden können, kann aufgrund methodischer Schwächen und unterschiedlicher Ansätze der Studien nicht abschließend beantwortet werden. Unerwünschte Effekte wurden in keiner der Studien explizit erhoben. Hinweise darauf fanden sich jedoch in einer Studie.¹⁸ Hier hat sich in einer Subgruppe von 24 Bewohnerinnen, die an mindestens 50% der Musik-Sitzungen teilgenommen hatten, ein signifikanter Anstieg verbaler Aggression gezeigt.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Clark et al. 1998 ⁵	RCT (Cross-Over Design)	4 Pflegeheime in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz, schweren kognitiven Einschränkungen und herausforderndem Verhalten Ø 82,4 Jahre (62-99) 78% Frauen n= 18	INTERVENTIONEN: <i>Passiv & Einzelsitzungen</i> 2 Gruppen (jede Gruppe n= 9): 1. „Wunschemusik“ beim Baden 2. Baden ohne „Wunschemusik“ Nach 2 Wochen Interventionstausch (wie Musikpräferenzen erhoben wurden, ist nicht beschrieben)	Frequenz des herausfordernden, aggressiven Verhaltens beobachtet und ausgezählt. <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 4 Wochen	Herausforderndes Verhalten hat sich beim Baden mit Musik signifikant im Vergleich zum Baden ohne Musik reduziert.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Cooke et al. 2010 ⁹	RCT (Cross-Over Design)	2 Pflegeheime in Australien Heimbewohnerinnen mit milder bis mittlerer Demenz und herausforderndem Verhalten 75–94 Jahre (87.2%) 70% Frauen n= 47	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & passiv; Gruppensitzungen</i> 2 Gruppen: 1. Musiktherapie & Lesung (n= 24) 2. Lesung & Musiktherapie (n= 23) Live Musik-Programm: 30 Min. Singen mit Gitarrenbegleitung & 10 Min. aktives Zuhören von Musikaufnahmen Dauer: Mo., Mi. & Fr. über 8 Wochen; beide Interventionen 40 Min.; 5 Wo. Wash-out; dann Interventionstausch	Herausforderndes Verhalten (CMAI– Short Form (CMAI-SF)) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 4 Monate	Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Musiktherapie und Lesung bzgl. des herausfordernden Verhaltens. Eine Subanalyse von 24 Teilnehmer(inne)n, die an mind. 50% der Musik-Sitzungen teilgenommen haben, zeigte einen signifikanten Anstieg verbaler Aggression.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Garland et al. 2007 ¹⁰	RCT (Cross-Over Design)	9 Pflegeheime in Australien Heimbewohnerinnen mit Demenz und schweren Verhaltensstörungen Ø 79 Jahre (66-93) 63% Frauen n= 30	INTERVENTIONEN: <i>Passiv & Gruppensitzungen</i> 3 Gruppen: 1. Sprachaufnahmen von Familienangehörigen 2. Wunschemusik (Angabe der Angehörigen) (beides über Kopfhörer vorgespielt) 3. Lesung (Placebo) Dauer: 1 x tgl. über 5 Tage je 15 Min.; 2 Tage Wash-out; dann Interventionstausch KONTROLLE: Standardpflege (5 Tage zu Beginn in allen 3 Gruppen)	Herausforderndes Verhalten (CMAI- Short Form (CMAI-SF) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 4 Monate	Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Musiktherapie und Lesung bzgl. des herausfordernden Verhaltens. Eine Subanalyse von 24 Teilnehmer(inne)n, die an mind. 50% der Musik-Sitzungen teilgenommen haben, zeigte einen signifikanten Anstieg verbaler Aggression.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Gerdner et al. 2000 ¹⁹	RCT (Cross-Over Design)	6 Pflegeheime (USA) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 82,6 Jahre 77% Frauen n= 39	INTERVENTIONEN: <i>Passiv & Gruppensitzungen</i> 2 Gruppen: 1. „Wunschemusik“ & klassische Entspannungsmusik (n= 16) 2. Klassische Entspannungsmusik & „Wunschemusik“ (n= 23) Musikpräferenzen wurde mittels Fragebogen erhoben; bei schweren kognitiven Einschränkungen wurden Angehörige befragt Dauer: 2x wöchentl. für 30 Min. über 6 Wochen; 2 Wochen Wash-out; dann Interventionstausch	Modifizierte Version des CMAI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Monate	Frequenz von herausforderndem Verhalten hat sich bei „Wunschemusik“ gegenüber klassischer Musik signifikant reduziert.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Groene et al. 1993 ²⁰	RCT	4 Pflegeheime in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 82,4 Jahre (62-99) 53% Frauen n= 30	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & Passiv; Gruppensitzungen</i> 2 Interventionsgruppen (jede Gruppe n= 15): 1. überwiegend Musiktherapie (7 Tage; 5 Sitzungen Musik, 2 Sitzungen Lesung) 2. überwiegend Lesung (7 Tage; 5 Sitzungen Lesung, 2 Sitzungen Musiktherapie) Musiktherapie beinhaltet: Musik hören, Percussioninstrumente spielen, Singen, Bewegung und Tanz	Frequenz des herumwandernden Verhaltens („Wandering“) beobachtet und ausgezählt. <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 7 Tage	Ruheloses Umherwandern hat sich bei der Musiktherapie im Vergleich zur Lesung signifikant reduziert.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Lin et al. 2011 ¹¹	RCT	3 Pflegeheime in Taiwan Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung Ø 82 Jahre (65-97) 53% Frauen n= 100	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & Passiv; Gruppensitzungen</i> Gruppenmusiksitzungen (n= 49) Dauer: 2x wöchentl. über 6 Wochen, 30-minütige Sitzungen KONTROLLE: Teilnahme an normalen täglichen Aktivitäten (n= 51)	Chinesische Version des Cohen-Mansfield Agitation Inventory (C-CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 10 Wochen	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.
Narme et al. 2014 ¹²	RCT	1 Pflegeheim in Frankreich Heimbewohnerinnen mit mittlerer bis schwerer Demenz Ø 86,7 Jahre (MI) Ø 87,5 Jahre (KI) 86% Frauen n= 37	INTERVENTIONEN: <i>Passiv & Gruppensitzungen</i> 2 Interventionsgruppen: 1. Musikintervention; Musik von CD-Player, unterschiedliche Stülrichtungen (n= 18) 2. Kochintervention (n= 19) Dauer: 2x wöchentl. über 4 Wochen, 1-stdl. Session	CMAI, Neuropsychiatric Inventory (NPI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 2 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich bei der Musikintervention im Vergleich zur Koch-intervention nicht signifikant reduziert.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Raglio et al. 2008 ¹⁴	RCT	3 Pflegeheime in Italien Heimbewohnerinnen mit mittlerer bis schwerer Demenz Ø 84,4 Jahre (IG) Ø 85,8 Jahre (KG) 85% Frauen n= 59	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv</i> Musikintervention; 3 x 10 Musiktherapiesitzungen (30 Min.) über 16 Wochen (n= 30) KONTROLLE: Tägliche Aktivitäten (n= 29)	NPI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 5 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe auch 4 Wochen nach Ende der Intervention signifikant reduziert.
Raglio et al. 2010 ¹³	RCT	5 Pflegeheime in Italien Heimbewohnerinnen mit schwerer Demenz Ø 85,4 Jahre (IG) Ø 84,6 Jahre (KG) 92% Frauen n= 60	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & Gruppensitzungen</i> Musiktherapie; 3 x 12 Musiktherapiesitzungen, 30 Min., 3x wöchentl., zwischen den 3 Zyklen 1 Monat Wash-out (n= 30) KONTROLLE: Standardpflege (n= 30)	NPI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 6 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Raglio et al. 2010¹³	RCT	5 Pflegeheime in Italien Heimbewohnerinnen mit schwerer Demenz Ø 85,4 Jahre (IG) Ø 84,6 Jahre (KG) 92% Frauen n= 60	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & Gruppensitzungen</i> Musiktherapie; 3 x 12 Musiktherapiesitzungen, 30 Min., 3x wöchentl., zwischen den 3 Zyklen 1 Monat Wash-out (n= 30) KONTROLLE: Standardpflege (n= 30)	NPI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 6 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.
Re-mington et al. 2002²¹	RCT	4 Pflegeheime in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 82,4 Jahre (62-99) 87% Frauen n= 68	INTERVENTIONEN: <i>Passiv & Gruppensitzungen</i> 3 Interventionsgruppen (je n= 17): 1. Entspannungsmusik 2. Handmassage 3. Entspannungsmusik und Handmassage Dauer: 10 Min. Intervention KONTROLLE: Standardpflege (n= 17)	Modifizierte Version des CMAI	Die Interventionen Entspannungsmusik und Handmassage reduzierten das herausfordernde Verhalten der demenzkranken Bewohnerinnen.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Ridder et al. 2013¹⁵	RCT (Cross-Over Design)	14 Pflegeheime (4 in Dänemark, 10 in Norwegen) Heimbewohnerinnen mit mittlerer bis schwerer Demenz Ø 81 Jahre (66-96) 69% Frauen n= 42	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & passiv</i> Individuelle Musiktherapie Dauer: 2x wöchentl. über 6 Wochen (insg. 12 Sessions); 1 Woche Wash-out; dann Wechsel der Gruppen zwischen Intervention und Kontrolle KONTROLLE: Standardpflege	Modifizierte Version des CMAI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich bei der Musiktherapie im Vergleich zur Standardpflege signifikant reduziert.
Sung et al. 2006²²	RCT	1 Alten- und Pflegeheim in Taiwan Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 77.61 Jahre 27,8% Frauen n= 36	INTERVENTIONEN: <i>Passiv & Gruppensitzungen</i> Gruppenmusik kombiniert mit Bewegungsübungen (n= 18) Dauer: 2x wöchentl. 30 Min., (insges. 8 Sitzungen) KONTROLLE: Standardversorgung (n= 18)	Modifizierte Version des CMAI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 2 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.

Tabelle 7: Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Sung et al. 2012 ¹⁶	RCT	1 Pflegeheim in Taiwan Heimbewohnerinnen mit leichter bis mittlerer Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 81,4 Jahre (IG) Ø 79,5 Jahre (KG) 36 Frauen & 19 Männer n= 55	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & Gruppensitzungen</i> Gruppenmusik mit Percussioninstrumenten Dauer: 2x wöchentl., 30 Min. über 6 Wochen (n= 27) KONTROLLE: Standardversorgung (n= 28)	Modifizierte Version des CMAI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 6 Wochen	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant reduziert.
Vink et al. 2013 ¹⁷	RCT	6 Pflegeheime in den Niederlanden Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 82,4 Jahre (IG) Ø 81,8 Jahre (KG) 65% Frauen n= 77	INTERVENTIONEN: <i>Aktiv & Gruppensitzungen</i> Musiktherapie mit Singen, Tanzen und Musikinstrumente spielen (n= 43) Dauer: 2x wöchentlich, 40 Min. über 4 Monate KONTROLLE: Standardversorgung (n= 34)	Modifizierte Version des CMAI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 4 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe reduziert. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war der Unterschied jedoch nicht statistisch signifikant.

Tabelle 8: Evidenztabelle aktive und passive Musikinterventionen

Bewertung der Qualität						Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung	
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 7 Tage-6 Monate)												
14	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Unbekannt	423	417	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig	Mittel

¹ n=14 randomisierte kontrollierte Studien (teilweise unklare bzw. inadäquate Randomisierung, Verblindung überwiegend unklar bzw. nicht durchgeführt).

² Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

6.5. Empfehlung - Snoezelen

Hintergrund

Wie die Basale Stimulation wurde auch das Snoezelen ursprünglich als therapeutische Maßnahme für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt.¹ Auch hier wird versucht, den Verlust von Sinnesreizen (Deprivation) durch unterschiedliche Stimuli zu beeinflussen bzw. zu verhindern, daher auch der englische Begriff „multi-sensory stimulation“ bzw. „multi-sensory environment“. Durch unterschiedliche Arten der „multisensorischen Stimulation“ bzw. der „multisensorischen Umgebung“ sollen verschiedene positive Effekte bzgl. des Verhaltens und der Kommunikation erreicht werden. Snoezelen ist eine Kombination der niederländischen Wörter Snuffelen (Schnuppern) und Doezen (Dösen). Snoezelen wird seit Mitte der 1990er Jahre auch bei Menschen mit Demenz als eine Form von Intervention angewendet.¹

Die Deutsche Snoezelen-Stiftung definiert Snoezelen als „ausgewogen gestaltete Räumlichkeit, in der durch harmonisch aufeinander abgestimmte multisensorische Reize Wohlbefinden und Selbstregulationsprozesse bei den Anwesenden ausgelöst werden“.² Diese Definition bezieht sich auf sogenannte Snoezelen-Räume, in denen verschiedene sensorische Reize angeboten werden z.B. durch Vibrationsbetten, weiche Kissen, Duftlampen, farbige Lichtquellen, Spiegel und/oder Musik. Das Verfahren kann entweder einzeln oder für Gruppen in Snoezelen-Räumen angeboten werden oder als „integriertes Snoezelen“ in den Alltag der Menschen integriert werden.³

EMPFEHLUNG:

„Zu Snoezelen kann keine Empfehlung getroffen werden“

(7 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Aussagekraft der Ergebnisse zur Wirksamkeit der komplexen und uneinheitlichen Intervention Snoezelen ist gering. Es gibt keine überzeugenden Belege für einen Nutzen, aber auch keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen durch die Intervention. Angesichts der weiten Verbreitung des Konzepts in der deutschen Altenhilfe bedarf es dringend weiterer methodisch angemessener Studien mit relevanten Ergebnisparametern.

Wirksamkeit von Snoezelen zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden zwei Studien in die Übersicht einbezogen.
- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor.
- Zwei Studien untersuchten die Auswirkungen von Snoezelen auf herausforderndes Verhalten bei Bewohnerinnen in Pflegeheimen. Die Studien zeigen nur geringe, teilweise widersprüchliche Effekte bezüglich der Reduktion verschiedener Formen des herausfordernden Verhaltens.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Die aktualisierte Recherche identifizierte fünf neue Übersichtsarbeiten und eine Studie.⁴⁻⁹ Aus den Übersichtsarbeiten konnten keine weiteren Studien identifiziert werden, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Für die aktualisierte Übersicht wurde daher die neu identifizierte Studie sowie die in der ersten Leitlinienfassung eingeschlossene Studie einbezogen.⁹⁻¹¹ Die beiden Studien untersuchten verschiedene Formen des Snoezelen: einmal stimulierende Handlungen im Rahmen der täglichen Pflege^{10 11} und einmal die Nutzung eines Snoezelenraums.⁹

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Studie von Van Weert et al. bleibt auch derzeit die einzige hochwertige Studie aus dem Heimbereich, die eine Snoezelenintervention angemessen in Bezug auf herausforderndes Verhalten untersucht hat.^{10 11} Teilnehmer(innen) waren Bewohnerinnen mit mittlerer bis starker Demenz. Es wurden zwölf Wohnbereiche aus sechs Einrichtungen zufällig einer Snoezelengruppe oder der Standardpflege zugeteilt. Die Intervention bestand aus der Integration stimulierender Handlungen im Rahmen der täglichen Pflege. Diese wurden individualisiert nach einer vorangegangenen Erhebung der „Stimuluspräferenzen“ der Bewohnerinnen für mindestens drei Monate angewendet. Es gab verschiedene Messzeitpunkte und Ergebnisparameter. Die Langzeitwirkung bzgl. herausfordernden Verhaltens wurde nach 18 Monaten mittels Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) erfasst. Ein reduzierender Effekt der Intervention zeigte sich in Bezug auf aggressives Verhalten, nicht jedoch bei anderen Formen des herausfordernden Verhaltens. Die Anwendung von FEM wurde nicht erfasst.

Maseda und Kollegen untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Pilotstudie die Wirksamkeit eines Snoezelenraums im Vergleich zu einem Aktivitätsangebot und der Standardversorgung bei Bewohnerinnen mit Demenz.⁹ Die Teilnehmer(innen) wurden zufällig einer von drei Gruppen zugewiesen: einem Snoezelenraum, einer Aktivitätsgruppe und einer Kontrollgruppe ohne besondere Angebote. Die beiden Interventionen wurden über einen Zeitraum von 16 Wochen, zweimal wöchentlich für je eine halbe Stunde angeboten. Es gab verschiedene Messzeitpunkte, abschließend wurden Daten zu herausforderndem Verhalten acht Wochen nach Ende der Interventionsperiode mit der spanischen Version des Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) erhoben. Insgesamt zeigte sich eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens in beiden Interventionsgruppen und in sehr geringem Ausmaß auch in der Kontrollgruppe, ohne einen statistischen Unterschied zwischen den Gruppen. Die Snoezelenintervention zeigte eine statistisch signifikante Reduktion des körperlich nicht-aggressiven Verhaltens im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen.

Es wurden keine Angaben zu unerwünschten Wirkungen gemacht.

Tabelle 9: Evidenztabelle Snoezelen

Bewertung der Qualität					Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut	
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 8-18 Monate)											
2	Experimentelle Studien	Sehr schwerwiegend ¹	Schwerwiegend ²	Schwerwiegend ³	-	Unbekannt	75	69	Nicht gepoolt	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig Mittel

¹ n=1 quasi-experimentelle Studie, n=1 Pilot RCT (keine Fallzahlschätzung, geringe Teilnehmerzahl).

² Effekte teilweise widersprüchlich.

³ Indirekter Endpunkt.

6.6. Empfehlung - Personenzentrierte Pflege

Hintergrund

Es herrscht Einigkeit darüber, dass sich die Pflege von Bewohnerinnen mit Demenz an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen ausrichten soll. Es werden verschiedene Ansätze diskutiert, wie eine solche am Individuum orientierte Pflege umgesetzt werden kann. Einerseits werden Pflegeorganisationskonzepte, wie Bezugspflege oder Primary Nursing diskutiert, aber auch Pflegekonzepte wie die personenzentrierte oder die biographieorientierte Pflege.

Die verschiedenen Pflegeorganisationskonzepte zielen darauf ab, diese individuelle Pflege durch den Einsatz einer Bezugspflegekraft zu erreichen, die mit den zu pflegenden Bewohnerinnen und ihren Wünschen und Bedürfnissen vertraut ist. Dagegen ist die personenzentrierte Pflege ein umfassendes Konzept, dessen Schwerpunkt auf allgemeinen Regeln für den Umgang mit einer Person liegt.¹ Das Konzept wurde von Kitwood beschrieben, der wiederum Ideen von Carl Rogers aufnahm.² Gleichzeitig gibt es keine einheitliche Definition von personenzentrierter Pflege.¹ Edvardsson und Kollegen erarbeiteten folgende Definition in einer Übersichtsarbeit: *„Person-centred care has been defined as supporting the rights, values, and beliefs of the individual; involving them and providing unconditional positive regard; entering their world and assuming that there is meaning in all behaviour, even if it is difficult to interpret; maximising each person’s potential; and sharing decision making“*.¹ In den letzten Jahren wurde die Methode des Dementia Care Mapping (DCM), ursprünglich als Instrument zur Erhebung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz entwickelt, in Studien ebenfalls als eine Form der personenzentrierten Intervention eingesetzt. Auf Basis der Ergebnisse der Beobachtungen (Mappings) wurde die Pflege angepasst. Aus diesem Grund wurden auch Studien einbezogen, die DCM auf diese Weise als Intervention untersuchten.

Biographieorientierte Interventionen fassen Programme zusammen, die über den Bezug auf die Biographie bzw. die Erinnerungen der Bewohnerinnen mit Demenz das Ziel verfolgen, das Wohlbefinden der Bewohnerinnen zu fördern. Für diese Interventionen werden verschiedene Begriffe verwendet, z.B. Erinnerungspflege, Reminiszenz oder Biographiearbeit. Auch das „Psychobiographische Pflegemodell“ nach Erwin Böhm ist hier zu verorten.³ Eine Abgrenzung der einzelnen Konzepte ist kaum möglich. Weiterhin wird die Biographieorientierung derzeit auch als Aspekt der personenzentrierten Pflege beschrieben.²

Biographieorientierte Interventionen können mit einzelnen Bewohnerinnen oder in Gruppen durchgeführt werden und können Komponenten wie das Sprechen über Kindheitserinnerungen oder das Singen von alten Liedern bzw. das gezielte Eingehen auf individuelle biographische Aspekte beinhalten. Dabei können auch Gegenstände aus der Biographie der Bewohnerinnen zum Einsatz kommen.

EMPFEHLUNG:

„Zu personenzentrierter Pflege und biographieorientierten Interventionen kann keine Empfehlung getroffen werden“

(8 von 13 Stimmen bzw. 12 von 13 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Professionelle Pflege muss grundsätzlich die persönlichen Voraussetzungen und Vorlieben sowie biographische Besonderheiten von Bewohnerinnen berücksichtigen. Auf Basis der aktuell vorliegenden Evidenz bleibt der zu erwartende Nutzen von spezifischen Interventionen zur personenzentrierten bzw. biographieorientierten Pflege mit dem Ziel der Vermeidung von FEM oder herausforderndem Verhalten unklar. Bei der Gewinnung von biographischen Informationen sollten die Bewohnerinnen die Hauptinformationsquelle sein. Angaben von Angehörigen können selektiv sein. Aktuelle Äußerungen von Bewohnerinnen sollte Bedeutung beigemessen werden als Informationen zu persönlichen Interessen und Präferenzen aus der Dokumentation.

Wirksamkeit von Interventionen zur personenzentrierten oder biographieorientierten Pflege zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz für eine Wirksamkeit von Interventionen zur personenzentrierten oder biographieorientierten Pflege bzgl. der Reduktion von FEM vor.
- Bezüglich des herausfordernden Verhaltens liegen Hinweise auf positive Effekte von personenzentrierter Pflege vor, jedoch bei hoher Unsicherheit. Für die biographieorientierte Pflege zeigten sich keine positiven Effekte, auch hier bei geringer Qualität der Evidenz.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Durch die aktualisierte Literaturrecherche wurden keine Studien zur Wirksamkeit von Interventionen der personenzentrierten oder biographieorientierten Pflege zur Reduktion von FEM identifiziert. Bezüglich der Reduktion des herausfordernden Verhaltens wurden drei Cluster-RCTs zur personenzentrierten Pflege⁴⁻⁶ und drei Studien zur biographieorientierten Pflege⁷⁻⁹ eingeschlossen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Drei Cluster-RCTs untersuchten die Wirksamkeit von Interventionen zur personenzentrierten Pflege auf herausfordernde Verhaltensweisen.⁴⁻⁶ Zwei dieser Studien verglichen zwei Interventionsgruppen mit verschiedenen Ansätzen von personenzentrierter Pflege (Interventionsgruppe 1: Schulung zu den Grundsätzen der personenzentrierten Pflege, Interventionsgruppe 2: Schulung zum Einsatz von DCM als Intervention für eine personenzentrierte Pflege) mit einer Kontrollgruppe (ohne besondere Intervention bzw. Bereitstellung von Informationsvideos zu Demenz).^{4,6} Die dritte Studie verglich drei Interventionsgruppen (personenzentrierte Pflege, Umgebungsanpassung und eine Kombinationsintervention) mit der Standardversorgung (Kontrollgruppe).⁵ Die Nachbeobachtungszeit reichte von vier bis zehn Monaten. Alle Studien zeigten gewisse methodische Limitierungen, welche die Aussagekraft der Studien einschränken. Die Ergebnisse der Studien sind nicht eindeutig. Eine der beiden Studien, die eine Interventionsgruppe mit personenzentrierter Pflege und eine mit DCM mit einer Kontrollgruppe verglich, zeigte eine statistisch signifikante Reduktion des herausfordernden Verhaltens (gemessen mit dem CMAI) in beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe,⁴ während die zweite Studie keine Unterschiede zwischen den Gruppen fand (ebenfalls CMAI).⁶ Eine Erklärung für diesen Unterschied könnte die unterschiedliche Dauer der Nachbeobachtung sein (vier vs. zehn Monate).⁴ Die Ergebnisse der dritten Studie sind widersprüchlich. Zwar zeigte die Interventionsgruppe mit personenzentrierter Pflege eine signifikante Reduktion beim herausfordernden Verhalten (CMAI), die Kombinationsintervention, die ebenfalls personenzentrierte Pflege beinhaltet, zeigte jedoch keine Reduktion.⁵

Drei randomisierte Studien untersuchten Interventionen zur biographieorientierten Pflege.⁷⁻⁹ Eine Studie führte eine Gruppenintervention⁷ durch, zwei Studien bezogen sich auf individuelle biographieorientierte Pflege.^{8,9} Die Nachbeobachtungsdauer war kurz (4-22 Wochen), zwei der Studien rekrutierten nur eine kleine Stichprobe.^{7,8} In allen drei Studien zeigten sich keine statistisch signifikanten Effekte der Interventionen auf herausforderndes Verhalten (gemessen mit unterschiedlichen Instrumenten) zwischen den Gruppen (siehe Evidenztabelle).⁷⁻⁹

In den Studien wurden keine Angaben zu unerwünschten Wirkungen gemacht.

Tabelle 10: Evidenztabelle personenzentrierte Pflege

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention		Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut				
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 4-10 Monate)															
3	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Schwerwiegend ²	Schwerwiegend ³	Nicht gepoolt	Unbekannt	532	278	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel			

¹ Keine Adjustierung für die Cluster-Randomisierung, teilweise keine ausreichende Teilnehmerzahl, teilweise unklare primäre Endpunkte.

² Effekte teilweise widersprüchlich.

³ Indirekter Endpunkt.

Tabelle 11: Evidenztabelle biographieorientierte Pflege

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien		Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut				
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 4-22 Wochen)															
3	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegende Inkonsistenz	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Unbekannt	207	204	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel			

¹ n=2 Studien mit sehr geringen Teilnehmerzahlen (Pilotstudien), Sekundärer Ergebnisparameter.

² Indirekter Endpunkt.

6.7. Empfehlung - Tierkontakt

Hintergrund

Interaktionen zwischen Mensch und Tier wurden in den letzten Jahren vermehrt beforscht. Zentrale Fragen sind dabei, ob die Gesellschaft von Tieren das Wohlbefinden des Menschen verbessert oder Tiere die Kommunikation für jene Menschen ermöglichen, die auf andere Stimuli kaum ansprechen. Die therapeutischen Implikationen des Tierkontakts als psychosozialer Betreuungsansatz von Menschen mit Demenz sind ausführlich diskutiert.¹ Am häufigsten werden hierbei Hunde eingesetzt.² Eine deutsche Organisation, die die Forschung im Bereich Mensch-Tier-Beziehung fördert, ist die Stiftung Bündnis Mensch & Tier mit ihrem Facharbeitskreis Tiergestützte Intervention (TGI) (<http://buendnis-mensch-und-tier.de/home/>).

Dem Tierkontakt werden zahlreiche positive Effekte zugeschrieben, u.a. auch ein positiver Einfluss auf herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz. Auch Tierattrappen (automatische Tiermodelle) werden diskutiert. Recht gut belegt ist, dass dementiell bedingte Verhaltensweisen im Sinne von herausforderndem Verhalten mit der Anwendung von FEM assoziiert sind (Kapitel 3.). Somit ist umgekehrt denkbar, dass a) Tierkontakt sich günstig auf herausforderndes Verhalten auswirken und b) einen FEM-reduzierenden Effekt haben könnten. Den erwarteten positiven Effekten stehen auch unerwünschte Wirkungen wie Ansteckungsgefahr (Zoonosen)³, Biss- und Kratzverletzungen, Grenzen des Tierkontaktes wie Angst vor Hunden, hygienische Erfordernisse sowie Aggression gegen die Tiere⁴ entgegen.

EMPFEHLUNG:

„Zum Tierkontakt kann keine Empfehlung getroffen werden“

(8 von 13 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Menschen mit Demenz können möglicherweise nicht mehr offenkundig ihrer Präferenz Ausdruck verleihen, ob sie Kontakte mit Tieren wünschen oder ablehnen. Tierkontakte müssen somit immer sorgfältig auf ihre Angemessenheit und Auswirkungen überprüft werden. Dabei sollten Reaktionen der Bewohnerinnen sowie biografischen Angaben einbezogen werden. Die Unversehrtheit von Mensch und Tier ist zu garantieren. Weiterhin sind hygienische Aspekte und Gefahren zu beachten (z.B. Allergien, Biss- und Kratzverletzungen, Zoonosen). Die vorliegende Evidenz bezieht sich ausschließlich auf Interventionen mit lebenden Hunden, nicht auf andere Tiere oder Tierattrappen. Die niedrige Qualität der aktuell vorliegenden Evidenz lässt keine Schlussfolgerungen bzgl. Nutzen und Schaden der Intervention „Tierkontakte“ zu. Vor diesem Hintergrund kann keine Empfehlung bzgl. des Einsatzes von „Tierkontakten“ abgegeben werden.

Wirksamkeit von Tierkontakt zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegen keine Daten für die Wirksamkeit von Tierkontakt zur Vermeidung von FEM vor.
- Es liegt kein Nachweis für einen reduzierenden Effekt von Tierkontakt auf herausforderndes Verhalten vor.
- Die Studien von sehr geringer methodischer Qualität deuten auf einen möglichen positiven aber auch gegenteiligen Einfluss von Tierkontakten auf das Verhalten von Menschen mit Demenz hin.
- Unerwünschte Effekte des Tierkontakts sind nicht beschrieben.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der aktualisierten Recherche konnte keine Studie identifiziert werden, die die Wirkung von Tierkontakt auf die Anwendung von FEM untersucht hat. Zur möglichen Wirkung des Tierkontaktes auf dementiell bedingte Verhaltensweisen wurden drei neue Übersichtsarbeiten^{2 4 5} identifiziert. Zudem ergab die Recherche zwei nicht-randomisierte kontrollierte Studien.^{7 8} Eine Studie wurde in Deutschland⁷ und eine Studie in Schweden⁸ durchgeführt. Da keine der in den Übersichtsarbeiten eingeschlossenen Studien den Einschlusskriterien entsprach, wurden nur diese beiden Studien in die aktualisierte Übersicht eingeschlossen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In der deutschen Studie von Majić und Kollegen⁷ wurde die Wirksamkeit von Tierkontakt hinsichtlich Agitation und Aggression bei Bewohnerinnen mit Demenz untersucht. Die Studie war eine Teilstudie einer Leitlinien-Implementierungsstudie (Leuchtturmprojekt VIDEANT). Diese wurde im Jahr 2009 in Berlin durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Im Rahmen der Teilstudie wurden Bewohnerinnen (n= 54) aus insgesamt acht Pflegeheimen entweder einer Gruppe mit der Standardpflege zugeteilt oder einer Gruppe, bei der zusätzlich zur Standardpflege Tierkontakt als Intervention eingesetzt wurde. Die Intervention erfolgte über einen Zeitraum von zehn Wochen einmal wöchentlich. In den durchschnittlich 45-minütigen Sitzungen wurden ausschließlich Hunde eingesetzt. Während der Sitzungen konnten die Bewohnerinnen mit den Hunden sprechen, sie streicheln und wenn möglich als Aktivierung z.B. einen Ball werfen und holen lassen. Der letzte Teil der Sitzungen diente zur freien und spontanen Interaktion mit dem Hund. Die Hunde wurden von einem Hundeführer begleitet, der sich nur bei konkreten Nachfragen der Bewohnerinnen einbrachte. Anhand des Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

wurde das Ausmaß von agitierten (unruhigen) und aggressiven Verhaltensweisen zu Studienbeginn und vier Wochen nach der Intervention erhoben. Insgesamt hat die tiergestützte Therapie nicht zu einer Reduktion von agitierten und aggressiven Verhaltensweisen bei den Bewohnerinnen geführt. Allerdings haben sich diese Symptome in der Kontrollgruppe signifikant erhöht, während sie in der Gruppe mit dem Tierkontakt konstant geblieben sind. Inwiefern der Unterschied zwischen den Gruppen statistisch signifikant war, wurde nicht berichtet. Weiterhin ist unklar, wie genau die Bewohnerinnen den Untersuchungsgruppen zugeteilt wurden. Dieses Verzerrungspotential lässt keine zuverlässige Aussage über die Wirksamkeit dieser Intervention zu.

Nordgren und Engstrom⁸ untersuchten die Wirksamkeit des Tierkontakts in Bezug auf herausforderndes Verhalten bei Bewohnerinnen mit Demenz. Die Intervention wurde in vier Pflegeheimen durchgeführt. Vier weitere Pflegeheime, die bis auf die Intervention vergleichbar waren, dienten als Kontrolle. Die Auswahl der Teilnehmer(innen) erfolgte durch das Pflegepersonal anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Die Intervention umfasste zehn Sitzungen ein- bis zweimal wöchentlich für 45 bis 60 Minuten, wobei ausschließlich Hunde eingesetzt wurden. Jede Sitzung wurde auf Basis eines individuell auf die Bewohnerinnen zugeschnittenen Interventionsprotokolls durchgeführt. Dies beinhaltete u. a. Streicheln des Hundes sowie Sprechen, Spaziergehen und Spielen mit dem Hund. Die Hunde wurden hierfür direkt zu den Bewohnerinnen durch einen Hundeführer gebracht, der die Bewohnerinnen auch dazu motivieren sollte, mit den Hunden zu kommunizieren und interagieren. Die Daten zu herausforderndem Verhalten wurden anhand des CMAI erhoben. Insgesamt hat die hundegestützte Therapie nicht zu einer Reduktion von agitierten und aggressiven Verhaltensweisen bei den Bewohnerinnen geführt. Stattdessen wurde sogar ein statistisch signifikanter Anstieg von verbal-agitierten Verhaltensweisen in der Interventionsgruppe beobachtet. Unklar ist, welchen Einfluss der Besuch des Hundeführers hat, da dieser nicht klar zu trennen ist von dem alleinigen Einfluss des Tieres.

Die „Evidenztabelle zur Wirksamkeit von Tierkontakten“ (siehe Anhang) fasst die Bewertung der methodischen Qualität der beiden eingeschlossenen Studien zusammen.

Tabelle 12: Evidenztabelle Tierkontakt

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention		Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut				
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 1-6 Monate)															
2	Nicht-randomisierte kontrollierte Studien	Sehr schwerwiegend ¹	Schwerwiegend ²	Schwerwiegend ³	Nicht gepoolt	Unbekannt	47	40		-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel		

¹ n=2 nicht-randomisierte kontrollierte Studien (keine Fallzahl-schätzung, geringe Teilnehmerzahl, Gruppen-zuteilung unklar).

² Beide Studien zeigen widersprüchliche Effekte bezüglich unterschiedlicher Formen des herausfordernden Verhaltens.

³ Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

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

Hintergrund

Pflegende mit erweiterter klinischer Fachexpertise durch eine spezielle akademische Qualifikation, sogenannte (Advanced) Nurse Practitioner, sind in die Gesundheitsversorgung in den angelsächsischen Ländern, Skandinavien und den Niederlanden bereits seit Jahren etabliert.¹⁻³ In Deutschland findet eine zögerliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik statt. Eine Umsetzung ist nur in vereinzelten Einrichtungen der Akutversorgung zu finden. Für die berufliche Altenpflege ist die erweiterte Pflege durch ANP noch ein Zukunftsmodell.¹⁻³

Laut Definition des International Council of Nurses (ICN) sind unter Nurse Practitioner (NP) Pflegefachpersonen mit akademischer Zusatzqualifikation zu verstehen, die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis.^{1,2} NP spezialisieren sich auf ein Teilgebiet der Pflege z.B. Geriatrie (GNP=Gerontological Nurse Practitioner) und handeln in einem interdisziplinären Team.^{7,8}

Die Einrichtung akademischer Pflegestudiengänge in Deutschland sorgt mittlerweile für einen breiten pflegerischen Wissensfundus. Es gibt bereits Studienorte, die die spezielle akademische Qualifikation der (A)NP anbieten, jedoch haben sich diese noch nicht im vollen Maße etabliert.¹ Neben den Studiengängen existiert auch ein breites, unsystematisches Angebot an nicht-akademischen Weiterbildungen der Pflegenden.

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

EMPFEHLUNG:

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

(11 von 11 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Diese Empfehlung bezieht sich auf die erweiterte Pflege-Qualifikation nach dem international verbreiteten Advanced Nursing Practice Modell. Dieses findet in Deutschland kaum Anwendung und ist derzeit nicht ohne weiteres auf das deutsche Pflegesystem übertragbar. Für andere hierzulande übliche Weiterbildungen liegen keine Erkenntnisse darüber vor, ob diese die Anwendung von FEM oder das Auftreten von herausforderndem Verhalten beeinflussen. Die LEG vertritt die Ansicht,

dass eine Weiter-Qualifizierung in der beruflichen Altenpflege unbedingt zu begrüßen ist und dass spezifisch qualifizierte Mitarbeiterinnen an der Pflege von Menschen mit Demenz beteiligt sein müssen.

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

Kurzzusammenfassung

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

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es ließen sich zwei Übersichtsarbeiten identifizieren. Eine fasst die spezielle pflegerische Qualifikation „Advanced Nursing Practice“ und deren Effekte in der Pflege alter Menschen zusammen. Diese wurde lediglich als Hintergrundmaterial genutzt, da keine systematische Auswertung enthalten ist. Die aktuelle Übersichtsarbeit fasst die Effektivität von Advanced Practice Nurses in der Langzeitpflege zusammen. Eine hierin geführte Studie untersucht den Einsatz von Advanced Practice Nurses auf den Endpunkt „Aggressives Verhalten“, welche aber keine einschlussfähigen Daten liefert. Zwei weitere enthaltene Studien untersuchen nicht die Ergebnisparameter von Interesse.¹¹ Alle Studien stammen aus dem US-amerikanischen Raum, so auch die einzige Studie, die den Einschlusskriterien entsprach.¹⁰

Die Vorher-Nachher-Studie untersucht die Wirksamkeit von „Advanced Nursing Practice“ in der beruflichen Altenpflege auf die Reduktion der Verwendung von Bettgittern.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Zur Wirksamkeit von „Advanced Nursing Practice“ auf die Reduktion von FEM liegt eine Vorher-Nachher-Studie vor, die aufgrund ihres Designs mit geringer Qualität eingestuft wurde.¹⁰ Hierbei wurde in einem von vier Pflegeheimen eine Beratung durch eine ANP bzgl. der Reduktion von FEM für 12 Stunden/Woche über 6 Monate durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen auf institutioneller Ebene eine Reduktion der Anwendung von Bettgittern bei Bewohnerinnen von 55% zu Beginn auf 50% nach einem Monat und 46% nach einem Jahr (andere FEM wurden nicht berichtet). Hier sind jeweils alle Bewohnerinnen der Einrichtungen eingeschlossen, d.h. die Zahlen nach einem Jahr beziehen sich auch auf neu eingezogene Bewohnerinnen. In einer weiteren Analyse wurden 251 Bewohnerinnen betrachtet, die bereits zu Beginn Bettgitter hatten. Von diesen wurden bei 130 (51%) im Verlauf keine Bettgitter mehr angewandt.

Tabelle 13: Evidenztabelle spezielle Pflege-Qualifikationen

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien		Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut				
FEM (Nachbeobachtungszeit 1,12 Monat(e))															
1	Vorher-Nachher-Studie	Schwerwiegend ¹	Keine	Keine	Nicht gepoolt	Unbekannt	251	-	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig			Hoch	

6.9. Empfehlung - Kognitive Stimulation

Hintergrund

Interventionen, die auf die Kognition abzielen, werden schon seit langer Zeit bei der Behandlung von Menschen mit Demenz angewendet. Die kognitive Stimulation umfasst eine Reihe von Ansätzen zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten. Einer der ältesten Ansätze ist die Realitätsorientierung. Bereits seit den späten 1950er Jahren wurde versucht, durch Orientierung der Betroffenen in der Realität (bezüglich Zeit, Raum, Situation und Person) Verwirrtheit und Desorientierung entgegenzuwirken und das Fortschreiten des kognitiven Abbaus zu verzögern.^{1 2}

Gemäß der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ist die „Realitätsorientierung“ bzw. das „Realitätsorientierungstraining (ROT)“ ein Konzept mit zwei verschiedenen Ansätzen, die einzeln oder kombiniert eingesetzt werden können:³

- Zum einen werden mit den Bewohnerinnen in kleinen Gruppen grundlegende Informationen zu Personen, Zeit und Ort immer wieder besprochen (formales ROT oder Classroom-ROT, z.B. Tafel mit aktuellen Tag, Datum, Wetter, etc.).
- Der andere Ansatz bietet den Bewohnerinnen „Realitätsanker“, wann immer möglich (informelles ROT oder 24-Stunden ROT). Diese werden im persönlichen Gespräch, meist beiläufig, eingebracht sowie als „optische oder akustische Orientierungshilfen“ angeboten.

Realitätsorientierung wird eher für frühe Stadien der Demenz empfohlen während der Einsatz in späteren Stadien aufgrund der Gefahr einer „Überforderung“ als problematisch erachtet wird.⁴

EMPFEHLUNG:

**„Zur kognitiven Stimulation kann keine Empfehlung getroffen werden“
(8 von 9 Stimmen)**

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Realitätsorientierungstraining (ROT) als eine Form der kognitiven Stimulation in der Versorgung und Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz ist in den Pflegeheimen hierzulande nicht verbreitet. Teilaspekte von ROT hingegen, z.B. im Rahmen der Gesprächsführung oder in Form von optischen Hinweisen, sind fester Bestandteil des Pflegealltags. Ein Beleg für den Nutzen dieser Intervention in Bezug auf die Vermeidung von FEM oder herausfordernde Verhaltensweisen liegt nicht vor. Eine zusätzliche Recherche ergab keine Hinweise auf mögliche unerwünschte Effekte durch ROT.

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegen keine Daten für die Wirksamkeit von kognitiver Stimulation zur Vermeidung von FEM vor.
- Es liegen keine positiven Ergebnisse zur Wirksamkeit von kognitiver Stimulation auf herausforderndes Verhalten vor.
- Die Aussagekraft der Studien ist durch methodische Schwächen und kleiner Stichproben begrenzt.
- Unerwünschte Effekte sind nicht beschrieben.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der aktualisierten Recherche konnte keine Studie zur Wirksamkeit von kognitiver Stimulation bezüglich der Anwendung von FEM identifiziert werden. Zum indirekten Ergebnisparameter (herausforderndes Verhalten) wurden acht Übersichtsarbeiten^{1 2 5-10} und eine randomisierte kontrollierte Studie¹¹ identifiziert. Da die Intervention der randomisierten kontrollierten Studie aus einem multimodalen Konzept bestand, das neben kognitiver Stimulation auch verschiedene andere Komponenten beinhaltete, wurde diese Studie ausgeschlossen. Die Durchsicht der Übersichtsarbeiten ergab zwei weitere RCT^{12 13}, die in die aktualisierte Übersicht eingeschlossen wurden. Eine Studie wurde in England¹² und eine Studie in Italien¹³ durchgeführt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In einer randomisierten kontrollierten Cross-over-Studie aus dem Jahr 1987 untersuchten Baines und Kollegen¹² die Wirksamkeit eines Realitätsorientierungstrainings bei kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen. Hierbei wurden 15 Bewohnerinnen eines Pflegeheims zufällig einer von drei Gruppen zugeteilt. In der ersten Gruppe wurde zuerst ROT und nach einer vierwöchigen Wash-out Phase Reminiszenz-Therapie (therapeutischer Einsatz von Lebenserinnerungen) durchgeführt. In der zweiten Gruppe war die Reihenfolge umgekehrt. In der dritten Gruppe wurde keine Behandlung zusätzlich zur Standardpflege durchgeführt. Die Intervention erfolgte über einen Zeitraum von vier Wochen, Montag bis Freitag täglich für eine halbe Stunde. Während den Sitzungen wurden u.a. Tag, Monat und das aktuelle Wetter auf einer großen Tafel festgehalten sowie alte und aktuelle Zeitungen und Fotos angeschaut. Herausforderndes Verhalten wurde anhand der Problem *Behavior Rating Scale* erhoben. Insgesamt hat sich kein statistisch signifikanter reduzierender Effekt des ROT gezeigt. Aus methodischen Gründen wurden nur die Daten der ersten Studienphase verwendet. Diese wurden aus der systematischen Übersichtsarbeit von Woods et al.¹ entnommen.

Ferrario und Kollegen¹³ untersuchten im Jahr 1991 in einer RCT die Wirksamkeit eines Realitätsorientierungstrainings in einer Gruppe von 13 kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen. Die Intervention erfolgte in drei Gruppen über einen Zeitraum von 21 Wochen. Die Sitzungen wurden fünfmal wöchentlich durchgeführt und dauerten ca. 60 Minuten. Konkrete Inhalte des ROT wurden nicht beschrieben. Die sechs Bewohnerinnen der Kontrollgruppe erhielten neben der Standardpflege keine zusätzliche Behandlung. Die Daten zum herausfordernden Verhalten wurden anhand zweier Subskalen der *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects* (MOSES) erhoben. Hierbei zeigte sich ebenfalls keine statistisch signifikante Reduktion durch das ROT.

Beide Studien weisen methodische Limitationen auf. Die „Evidenztabelle zur Wirksamkeit von kognitiver Stimulation“ (siehe Anhang) fasst die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien zusammen. Unerwünschte Effekte wurden nicht explizit erhoben und wurden in keiner der Studien berichtet. Baines und Kollegen¹¹ halten es jedoch für möglich, dass die Auseinandersetzung mit der Realität und der persönlichen Situation bedrückende Gefühle bei den Bewohnerinnen auslöste. Auch äußerten in dieser Studie die Pflegenden im Vorfeld Bedenken, mental und physisch eingeschränkten Menschen ihre Lebenssituation bewusst zu machen.

Tabelle 14: Evidenztabelle kognitive Stimulation

Bewertung der Qualität												
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Anzahl der Patienten		Effekt	Qualität	Bedeutung	
							Intervention	Kontrolle				
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 1-6 Monate)												
2	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Unbekannt	18	11	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig	Mittel

¹ n=2 randomisierte kontrollierte Studien (unklare Randomisierung, Verblindung teilweise unklar).

² Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

6.10. Empfehlung - Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

Hintergrund

Die Raum- und Umgebungsgestaltung in Pflegeheimen geht über rein ästhetische, dekorative und funktionale Aspekte hinaus. Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung im Innen- und Außenbereich von Gebäuden sind anerkannte Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens und des sozialen Miteinanders von Bewohnerinnen. Seit den frühen 80er Jahren beschäftigen sich Experten verschiedener Bereiche vermehrt mit der angemessenen Gestaltung von Alten- und Pflegeheimen.¹ Es wird angenommen, dass die physikalische und räumliche Umgebung bzw. Umwelt das Verhalten von Bewohnerinnen, insbesondere von Menschen mit Demenz, maßgeblich beeinflusst.²

Im Innenbereich von Einrichtungen wird beispielsweise durch die Gestaltung einer häuslichen, behaglich-wohnlichen Atmosphäre oder Natur-Szenerie versucht, das Befinden kognitiv beeinträchtigter Menschen positiv zu beeinflussen.³ Die Übersichtsarbeit von Day et al.¹ fasst 71 Beobachtungsstudien zur Umgebungsgestaltung zusammen, von denen 16 Studien mögliche Zusammenhänge zwischen der Umgebungsgestaltung im Innenbereich und FEM bzw. herausforderndem Verhalten erfassen. Diese in der ursprünglichen Leitlinienversion eingeschlossene Übersichtsarbeit, wird in der aktualisierten Leitlinie auf Grund ihrer geringen Aussagekraft nunmehr lediglich als Hintergrundinformation herangezogen. In der Übersichtsarbeit findet sich nur eine Studie mit dem primären Ergebnisparameter FEM. Diese quasi-experimentelle Studie mit einer sehr kleinen Stichprobe (n=10) findet keinen Zusammenhang zwischen hellem Licht (unklar, ob in Form von Beleuchtung oder Therapie) und FEM bzw. herausforderndem Verhalten.¹ Dagegen weisen sechs Beobachtungsstudien darauf hin, dass helles Licht (sowohl in Form von Beleuchtung als auch als Therapie) mit weniger herausforderndem Verhalten assoziiert ist.¹ Weitere Assoziationen mit einer gewissen Tendenz zu weniger herausforderndem Verhalten werden in Hinblick auf Naturgeräusche und Bilder beim Baden, sowie die Gestaltung und Simulation einer häuslichen bzw. der Natur ähnlichen Atmosphäre im Innenraum beschrieben.¹ Eine häusliche Umgebung wird allerdings in drei Studien auch mit vermehrter Unruhe und Orientierungslosigkeit in Zusammenhang gebracht.¹ Unterschiedlich gestaltete visuelle Barrieren (Vorhänge, Spiegel etc.) werden in drei Untersuchungen mit reduziertem Umherwandern assoziiert.¹ Weiterhin kommen drei Arbeiten zum Ergebnis, dass gestalterische und bauliche Maßnahmen mit einer verbesserten Orientierung der Bewohnerinnen assoziiert sind.¹ In zwei weiteren Studien ist die (nicht näher erläuterte) Umgebungsgestaltung mit mehr herausforderndem Verhalten assoziiert.¹ In den letzten Jahren wurden weitere Studien publiziert. Diese Studien erlauben jedoch auf Grund methodischer Schwächen keine klaren Aussagen.

Um einen Zugang zu Außenbereichen von Einrichtungen zu ermöglichen, werden z.B. sogenannte therapeutische Gärten bzw. Wandergärten angelegt, in denen Bewohnerinnen sich idealerweise selbstbestimmt, frei und sicher aufhalten und fortbewegen können. Beobachtungsstudien liefern Hinweise, dass eine solche Umgebungserweiterung sich positiv auf das Auftreten von herausforderndem Verhalten auswirken kann.^{1 6-8}

In einer Studie⁶ zeigte sich jedoch ein signifikanter Anstieg von dokumentierten Vorfällen körperlicher Aggressivität im Jahr nach Garteneröffnung.⁶

Diese Studien liefern lediglich Hinweise zu möglichen positiven und negativen Auswirkungen therapeutischer Gärten auf herausforderndes Verhalten. Da es sich um Beobachtungsstudien handelt, sind keine Schlussfolgerungen über kausale Zusammenhänge möglich.

Umgebungsfaktoren finden sich auch als Komponenten in komplexen Therapieansätzen wieder. Die sogenannte Milieuthherapie ist ein multidimensionales Konzept, das sich auf die Umwelt des Menschen mit seinen räumlichen und sozial-personalen Dimensionen bezieht.⁹ Für die stationäre Altenpflege wird hierzulande die Milieuthherapie diskutiert.¹⁰

Es liegen jedoch keine Studien vor, die das Konzept der Milieuthherapie hinsichtlich seiner Wirkung auf FEM untersuchen. Eine Vorher-Nachher-Studie mit Kontrollgruppe¹¹ untersuchte im Rahmen einer komplexen Intervention u.a. den Einsatz milieutherapeutischer Elemente. Die Interventionsgruppe zeigte nach der sechsmonatigen Intervention signifikant weniger herausforderndes Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe.¹¹ Da Milieuthherapie hier lediglich als Teilkomponente einer komplexen psychologischen Gruppenintervention untersucht wurde, lassen sich jedoch keine Rückschlüsse auf den Einfluss bzw. die Wirksamkeit der milieutherapeutischen Komponenten ziehen.

EMPFEHLUNG:

„Zu Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung kann keine Empfehlung getroffen werden“

(6 von 9 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung werden von der LEG als Maßnahmen zur Gestaltung des Innen- und Außenbereichs von Alten- und Pflegeheimen verstanden.

Dies schließt auch baulich-architektonische Merkmale, visuelle / optische Barrieren und das Konzept der Milieuthérapie mit ein. Neben einer Umgebungsgestaltung unter Berücksichtigung der generellen, besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, sind auch individuelle, auf einzelne Bewohnerinnen abgestimmte Maßnahmen hier mit inbegriffen. Eine trennscharfe Definition der einzelnen Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung ist nicht gegeben. Ferner bewegen sich die Maßnahmen im Spannungsfeld zwischen der uneingeschränkten Freiheit der Bewohnerinnen und einer Freiheitsbeschränkung. So können visuelle Barrieren, wie beispielsweise Spiegel und Vorhänge vor Türen oder auch spezielle Bodenbelege vor Zimmer- und Ausgangstüren, das Gehen in einer Art behindern, dass sie als passive FEM betrachtet werden könnten. Bei Entscheidungen zu Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung mit dem Ziel, FEM zu vermeiden, gilt es immer auch ethische und rechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Die LEG erkennt die Bedeutung von Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung für eine das Wohlbefinden der Bewohnerinnen förderliche Wohnatmosphäre an. Hervorzuheben ist jedoch, dass das Verständnis von Wohlfühlbedingungen individuell stark variiert. Auf Basis umfangreicher Praxiserfahrungen und qualitativer Untersuchungen wurden Kriterien einer demenzfreundlichen Architektur in den letzten Jahren weiterentwickelt. Erkenntnisse zur Grundrissgestaltung von Wohnbereichen, zur milieuthérapeutischen Umgebungsgestaltung sowie auch zu orientierungsfördernden Bedingungen sind hier mit eingeflossen. Im Hinblick auf die Reduktion von FEM fehlt jedoch eine evidenzbasierte Grundlage, um eine Empfehlung für oder gegen Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung abzugeben.

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Umgebungsgestaltung auf FEM in der beruflichen Altenpflege vor.
- Zum herausfordernden Verhalten zeigt eine vier-armige Cluster-RCT für Bewohnerinnen in Heimen, acht Monate nach Implementierung personenzentrierter Umgebungsfaktoren, einen signifikanten Rückgang von Agitation. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist aufgrund methodischer Limitierungen begrenzt.
- Unerwünschte Effekte wurden in der eingeschlossenen Studie nicht explizit erfasst.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Über die aktualisierte Literaturrecherche wurden, ergänzend zur Übersichtsarbeit von Day et al.¹, drei Vorher-Nachher-Studien, zwei Querschnittsstudien und eine Cluster-RCT identifiziert.^{4-6 8 11 12} Keine der Studien untersuchte Zusammenhänge von Umgebungsfaktoren und der Anwendung von FEM. Fünf der identifizierten Studien liefern lediglich Hinweise zu Korrelationen zwischen Umgebungsfaktoren und herausforderndem Verhalten. Da sie keine kausalen Schlüsse erlauben, wurden die Ergebnisse z.T. für die Darstellung des Hintergrunds herangezogen. Eingeschlossen wurde lediglich eine vier-armige Cluster-RCT aus Australien, die u.a. den Endpunkt „Agitation“ erfasste.¹²

Zusammenfassung der Ergebnisse

Chenoweth et al.¹² untersuchten 601 Bewohnerinnen mit Demenz und überwiegend schweren kognitiven Einschränkungen, hohem Pflegebedarf und Agitation in 38 australischen Pflegeheimen. Untersucht wurden jeweils die Auswirkungen einer „personenzentrierten Pflege“ oder einer „personenzentrierten Umgebungsgestaltung“ sowie der Kombination aus beiden Maßnahmen auf Agitation, Lebensqualität, emotionale Reaktionen und Depression der Bewohnerinnen. Die „personenzentrierte Umgebungsgestaltung“ umfasste dabei Verbesserungen der Sicherheit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Außenbereichen, die Bereitstellung von Sozialräumen sowie Farben und Objekte zur Förderung der Orientierung, des Wohlbefindens und der Vertrautheit. Die Kontrollgruppe diente als Wartegruppe, ohne Intervention. Das heißt es wurden keine personenzentrierten Ansätze implementiert.

Im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (vor der Intervention) zeigte sich nach acht Monaten sowohl in den Heimen mit personenzentrierter Pflege als auch in den Heimen mit personenzentrierter Umgebungsgestaltung ein signifikanter Rückgang von Agitation. Heime mit einer kombinierten Implementierung von personenzentrierter Pflege und Umgebung sowie Heime in denen keine Intervention erfolgte, zeigten keine signifikante Veränderung von Agitation.¹²

Die Autoren verweisen auf Limitierungen bezüglich der Aussagekraft der Ergebnisse. Das Personal in den Heimen konnte gegenüber der Intervention nicht verblindet werden, Veränderungen der Pflegepraxis und Umgebungsbedingungen in der Kontrollgruppe konnten nicht kontrolliert werden und im Verlauf haben viele Teilnehmer die Studie vorzeitig beendet. Die Implementierung der Interventionen konnte auf Grund verschiedener Barrieren nur verzögert und begrenzt umgesetzt werden.¹²

Tabelle 15: Übersicht der eingeschlossenen Studie

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Chenoweth et al. 2014 ¹²		Australien 38 Pflegeheime, akkreditiert und zertifiziert, mit Raum zur Verbesserung bzgl. Versorgung und Umgebung Bewohnerinnen mit Demenz, überwiegend schweren kognitiven Einschränkungen und Agitation Ø 85 Jahre 80% Frauen N= 601	INTERVENTIONEN: 3 Gruppen: 1) Implementierung von personenzentrierter Pflege (zehn Pflegeheime, n=155 Bewohnerinnen): drei Experten trainierten pro Heim je fünf Mitarbeiter (ein Manager, eine Pflegekraft, zwei Pflegeassistenten, ein Beschäftigungstherapeut); 32 Stunden Training; anschließend 2-16 Stunden praktische Begleitung mit Telefonsupport 2) Implementierung von personenzentrierten Umgebungsfaktoren (zehn Pflegeheime, n=154 Bewohnerinnen): Identifikation von verbesserungswürdigen Umgebungsfaktoren über Environmental Audit Tool (EAT), 2 Experten planten und überwachten die Implementierung nach festgelegtem Maximalbudget (AUD \$10 000/ Heim), Einschließlich Verbesserung der Sicherheit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Außenbereichen, Bereitstellung vermehrter Sozialräume, Farben und Objekte zur Navigation und zur Förderung des Wohlbefindens und der Vertrautheit 3) Kombinierte Implementierung von personenzentrierter Pflege und personenzentrierten Umgebungsfaktoren (10 Pflegeheime, n=150 Bewohnerinnen) KONTROLLE: KEINE INTERVENTION (acht Pflegeheime, n= 142 Bewohnerinnen)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 8 Monate	Agitation: Bewohnerinnen in Heimen mit personenzentrierter Pflege und Bewohnerinnen in Heimen mit personenzentrierten Umgebungsfaktoren zeigten einen leichteren aber signifikanten Rückgang von Agitation im CMAI. Keine signifikanten Effekte bzgl. Agitation bei Bewohnerinnen in Heimen mit Kombination von personenzentrierter Pflege und personenzentrierter Umgebung sowie in Heimen ohne Intervention.

Tabelle 16: Evidenztabelle zu Umgebungsgestaltung

Qualitätsbeurteilung														
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	andere Aspekte	Anzahl der Patienten				Effekt		Qualität	Bedeutung
							PZP (personen-zentrierte Pflege)	PZU (personen-zentrierte Umgebungsgestaltung)	PZP + PZU	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 8 Monate)														
1	Cluster-RCT, 4-armig	Schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegende	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	keine	155	154	150	142	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig	Mittel

¹ Hohe drop-out Rate, kurzes follow-up, eingeschränkte Umsetzung der Intervention, keine Verblindung des Personals gegenüber der Intervention.

² Die eingeschlossene Studie untersuchte nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten Endpunkt (herausforderndes Verhalten).

6.11. Empfehlung - Spezielle Wohnkonzepte

Hintergrund

Spezielle Wohnkonzepte, wie Wohn- und Hausgemeinschaften oder andere Wohngruppenkonzepte für alte und pflegebedürftige Menschen, stellen zunehmend alternative Formen des Wohnens, der Betreuung und Versorgung dar. Bewohnerinnen sollen hier ihren individuellen Alltagsgewohnheiten in größtmöglicher Selbstbestimmung, in einer auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Umgebung nachgehen können.¹ Der hier verwendete Begriff „spezielle Wohnkonzepte“ basiert auf keiner wissenschaftlich fundierten Definition, sondern bezieht sich auf den in der Fachwelt geläufigen Begriff der Wohngruppen bzw. Wohngemeinschaften („group living care / unit“) in der stationären Altenpflege. Eine klare Trennschärfe zwischen ambulanter und stationärer Betreuung ist im Rahmen dieser Konzepte jedoch nur bedingt gegeben. Betreute Wohngemeinschaften umfassen unterschiedliche Konzepte, je nach Zielgruppe, Personalsituation, Gruppengröße, Wohn- und Betreuungsangebot, Mitwirkungsmöglichkeit von Bewohnerinnen und Angehörigen, aber auch finanziellen sowie sozial- und ordnungsrechtlichen Aspekten.^{2,3} Etwa seit den 80er Jahren sind sie in unterschiedlichen europäischen Ländern wie Frankreich, Holland, Schweden, der Schweiz und Großbritannien verbreitet.⁴

Verbeek et al.³ identifizierten in einer Übersichtsarbeit international elf unterschiedliche Wohnkonzepte für Bewohnerinnen mit Demenz in elf Ländern. Demzufolge sind alle Konzepte bezüglich der zugrunde liegenden Betreuungsansätze vergleichbar. Unter der primären Zielsetzung – der Förderung der Lebensqualität – wird hier das psychosoziale Wohlbefinden der Bewohnerinnen, im Gegensatz zu körperlichen Bedürfnissen, in den Fokus gerückt. Die Einbindung der Bewohnerinnen in sinnvolle, häusliche Aktivitäten wird von den Autoren als Gemeinsamkeit der verschiedenen Konzepte aufgeführt.³ Angehörige werden häufig mit in die Versorgung integriert und das Pflegepersonal weist im Rahmen der Alltagsgestaltung ein erweitertes Tätigkeitspektrum auf. Unterschiede zwischen den Wohnkonzepten bestehen vor allem bezüglich räumlicher Gegebenheiten, Bewohneranzahl und Bewohnereigenschaften.³ So werden Wohngruppen räumlich zum Teil direkt in größere Pflegeheime integriert oder aber auch bewusst durch separate Gebäude bzw. Einrichtungen von herkömmlichen Pflegebereichen getrennt. Der Grad der Anbindung an das lokale, gesellschaftliche Umfeld variiert. Architektonisch zielen die Konzepte weitgehend auf eine häusliche Atmosphäre ab. Nicht selten nimmt hierbei die Küche eine zentrale Funktion als Sozialraum ein.³ Es wird im Gegensatz zu herkömmlichen Pflegebereichen eine kleinere Bewohneranzahl angestrebt, um soziale Aktivitäten und ein familiäres Klima zu fördern. Die Bewohneranzahl variiert international zwischen fünf bis neun und 13 bis 15 Bewohnerinnen pro Wohneinheit.³ Während manche Konzepte gezielt Bewohnerinnen mit kognitiven und verhaltensbezogenen Merkmalen ein- oder ausschließen, bieten andere Ansätze, unabhängig vom Schweregrad und Verlauf der Demenz, einen Wohn- und Lebensraum bis zum Lebensende.³

„Pflegeoasen“ für Menschen mit fortgeschrittener Demenz⁵ gliedern sich ebenfalls in die Reihe der speziellen Wohnkonzepte ein. In Deutschland wurde hierzu in den vergangenen Jahren eine Reihe von Modellprojekten initiiert.⁶⁻⁹ Pflegeoasen bestehen aus kleineren Wohngruppen von sechs bis acht Bewohnerinnen. Charakterisiert ist dieses Konzept unter anderem durch kontinuierliche und ganzheitliche Betreuung, eine architektonisch eher offene Raumstruktur mit optisch abgegrenzten Privatbereichen und eine sinnesanregende Atmosphäre.⁵

In Deutschland finden sich darüber hinaus zunehmend ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Vorliegende erste Evaluationsergebnisse¹⁰ wurden nicht einbezogen, da diese Wohngemeinschaften komplett von Pflegeheimen abgekoppelt sind, auch wenn sie im Hinblick auf den Betreuungsansatz und die Zielsetzung einer weitest gehenden Aufrechterhaltung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen, gewisse konzeptionelle Gemeinsamkeiten mit den stationären Wohngruppen aufweisen.¹⁰

EMPFEHLUNG:

„Zu speziellen Wohnkonzepten kann keine Empfehlung getroffen werden“

(8 von 9 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Spezielle Wohnkonzepte bzw. das „Leben und Wohnen im Alter“ werden seit einigen Jahren hierzulande verstärkt thematisiert, u.a. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Das KDA hat zahlreiche Publikationen zu unterschiedlich konzipierten Wohn- und Hausgemeinschaften herausgegeben, mit Empfehlungen, Fallbeispielen und Erfahrungen. Spezielle Wohnkonzepte umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, wie z.B. Pflegeoasen mit einer eher offenen Raumstruktur oder auch Wohngruppen mit separaten Bewohnerzimmern. Diese Unterschiede zwischen den Wohnkonzepten, ihre Umsetzung und andere die Wirksamkeit beeinflussende Aspekte wie z.B. die Zusammensetzung des Personals, erschweren die Empfehlungsfindung. Randomisierte kontrollierte Studien wären zwar wünschenswert, sind jedoch schwer umsetzbar. Die vorliegenden Studien erlauben keine kausale Schlussfolgerung, so dass die Wirksamkeit spezieller Wohnkonzepte auf den Einsatz von FEM oder auf herausforderndes Verhalten unklar bleibt. Die Wahl der Wohnform hängt aus Sicht der LEG stark von den individuellen Präferenzen der Betroffenen ab. Es besteht weiterhin Forschungsbedarf.

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegen lediglich Daten aus drei quasi-experimentellen Studien zu Effekten von speziellen Wohnkonzepten auf unterschiedliche FEM sowie herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz vor.
- Zwei Studien geben Hinweise, dass in Wohngruppen für Menschen mit Demenz weniger FEM im Vergleich zu herkömmlichen psychogeriatrischen Pflegebereichen angewandt werden. In einer Studie finden sich keine signifikanten Unterschiede.
- Zum herausfordernden Verhalten finden sich in den drei eingeschlossenen Studien keine deutlichen Unterschiede zwischen Wohngruppen und herkömmlichen Pflegebereichen.
- Auf Grund methodischer Limitierungen und hoher Verzerrungspotentiale ist die Aussagekraft der Studien begrenzt. Die Wirksamkeit von speziellen Wohnkonzepten auf den Einsatz von FEM bleibt somit unklar.
- Für Pflegeoasen liegt keine Evidenz zur Wirksamkeit auf den Einsatz von FEM oder auf herausforderndes Verhalten vor.
- Adverse Effekte wurden in den eingeschlossenen Studien nicht explizit erfasst. In einer Studie zeigte sich für Bewohnerinnen in Wohngruppen eine Tendenz zu vermehrt ruhelosem bzw. angespanntem Verhalten.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Über die aktualisierte Literaturrecherche wurden drei quasi-experimentelle Studien aus den Niederlanden und Belgien identifiziert, die die Häufigkeit von FEM in Demenzwohngruppen im Vergleich zu herkömmlichen psychogeriatrischen Pflegebereichen untersucht haben.¹¹⁻¹³ Keine der Studien untersucht FEM als primären Endpunkt. Vier Publikationen zu insgesamt drei quasi-experimentellen Studien aus den Niederlanden und Belgien wurden zum Endpunkt „herausforderndes Verhalten“ in die aktuelle Übersicht eingeschlossen.¹¹⁻¹⁴ Studien, die ausschließlich ambulant betreute Wohnkonzepte fokussierten, wie eine aktuelle Arbeit aus Deutschland¹⁰, wurden nicht eingeschlossen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Anwendung von FEM

Verbeek et al.¹¹ untersuchten in niederländischen Demenzwohngruppen mit je bis zu acht Bewohnerinnen im Vergleich zu psychogeriatrischen Pflegebereichen mit mindestens 20 Bewohnerinnen die Häufigkeit von fünf Arten von FEM: Gurte (Bett oder Stuhl), Rollstühle mit Stecktischen, zurückgekippte Rollstühle, spezielle Schlafanzüge sowie beidseits hochgestellte Bettgitter. Untersucht wurden n= 124 Bewohnerinnen in Wohngruppen und n= 135 Bewohnerinnen auf Pflegestationen. Erhebungen erfolgten durch das jeweils zuständige Pflegepersonal zu Studienbeginn, sowie nach sechs und 12 Monaten. Die Bewohnerinnen hatten zu Studienbeginn bereits unterschiedlich lang in der jeweiligen Einrichtung gelebt. Zu allen drei Messzeitpunkten wurden in den Wohngruppen signifikant weniger FEM, insbesondere Gurte, Rollstühle mit Stecktischen und beidseits hochgestellte Bettgitter, ermittelt. Über den Studienverlauf zeigten sich innerhalb der Gruppen keine signifikanten Veränderungen in der Häufigkeit von FEM. Die fehlende Randomisierung und signifikante Unterschiede bzgl. der Basischarakteristika in beiden Gruppen erlauben keine Schlussfolgerungen zu kausalen Zusammenhängen zwischen den Wohnkonzepten und der Häufigkeit von FEM.

Te Boekhorst et al.¹² untersuchten niederländische Demenzwohngruppen mit je max. sechs Bewohnerinnen im Vergleich zu herkömmlichen psychogeriatrischen Pflegebereichen. Erhebungen wurden zu n= 79 Bewohnerinnen in Wohngruppen und n= 132 Bewohnerinnen in herkömmlichen Einrichtungen vorgenommen. Erhoben wurde die Anzahl der Bewohnerinnen bei denen sechs Monate nach Neueinzug mindestens eine FEM angewandt wurde. Die Erhebung erfolgte mittels Befragung der jeweils zuständigen Ärzte oder Psychologen. Sechs Monate nach Neueinzug wurden in den Wohngruppen signifikant weniger FEM bei den Bewohnerinnen eingesetzt. Effekte über die Zeit lassen sich durch die einmalige Erhebung des Endpunktes nicht ableiten. Aufgrund methodischer Schwächen ist die Aussagekraft der Ergebnisse limitiert.

De Rooij et al.¹³ untersuchten Demenzwohngruppen und herkömmliche psychogeriatrische Pflegebereiche in den Niederlanden und in Belgien. Insgesamt n= 98 Bewohnerinnen in Wohngruppen und n= 81 Bewohnerinnen auf Pflegestationen wurden einbezogen. Es ist unklar, wie lang die Bewohnerinnen zu Studienbeginn bereits in den jeweiligen Einrichtungen gelebt hatten. Erhebungen erfolgten zu Studienbeginn, sowie nach sechs und zwölf Monaten. Die Erhebung der Häufigkeiten und Arten von FEM erfolgte mittels Sichtung der Bewohnerakten. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. Effekte über die Zeit innerhalb der Gruppen bzgl. FEM ermittelt.

Herausforderndes Verhalten

Verbeek et al.^{11 14} erhoben den Endpunkt „herausforderndes Verhalten“ über das Cohen-Mansfield Agitation Inventory sowie über die Domäne „Agitation/Aggression“ des Neuropsychiatric Inventory. Erhebungen erfolgten zu Studienbeginn sowie nach sechs und nach zwölf Monaten.

Zu „körperlich aggressivem Verhalten“ und „verbal aggressivem Verhalten“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Auch zu „Agitation/Aggression“ des Neuropsychiatric Inventory wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden.^{11 14}

Nach zwölf Monaten ermittelten die Autoren signifikant mehr „körperlich-nicht aggressives Verhalten“ in Wohngruppen im Vergleich zu herkömmlichen psychogeriatrischen Pflegebereichen.¹¹ Der Gesamtwert des Cohen-Mansfield Agitation Inventory blieb dabei in den Wohngruppen über 12 Monate konstant, während er sich auf den Pflegestationen verbesserte.¹¹

De Rooij et al. und Te Boekhorst et al.^{12 13} ermittelten keine signifikanten Unterschiede zwischen Wohngruppen und herkömmlichen Pflegebereichen in Hinblick auf herausforderndes Verhalten (erhoben mit dem Neuropsychiatric Inventory sowie die Revised Memory and Behavior Problems Checklist).^{12 13}

Die Aussagekraft aller eingeschlossenen Studien ist begrenzt, da in keiner der Studien eine randomisierte Zuteilung erfolgte. Die Studien weisen zum Teil signifikante Unterschiede in den Basischarakteristika der Gruppen auf. So zeigt sich beispielsweise bei Te Boekhorst et al.¹² ein besserer kognitiv-funktioneller Status bei Wohngruppenbewohnerinnen im Vergleich zu Bewohnerinnen der herkömmlichen psychogeriatrischen Pflegebereiche. De Rooij et al.¹³ zeigen für die Wohngruppenbewohnerinnen zu Beginn signifikant bessere grundlegende Alltagsfunktionen im *Barthel Index*. Verbeek et al.¹¹ weisen bereits zu Studienbeginn auf signifikante Unterschiede der untersuchten Settings in Hinblick auf FEM hin. Es bleibt insgesamt unklar, welchen Faktoren die ermittelten Effekte zuzuschreiben sind.

Unerwünschte Effekte wurden in den eingeschlossenen Studien nicht explizit erhoben. Verbeek et al.¹¹ ermittelten jedoch nach zwölf Monaten über das Neuropsychiatric Inventory signifikant mehr „abweichendes motorisches Verhalten“ für Bewohnerinnen in Wohngruppen im Vergleich zu Bewohnerinnen herkömmlicher Pflegebereiche.¹¹ De Rooij et al.¹³ fanden für die Gruppe der Demenzwohngruppen in Belgien über zwölf Monate eine signifikante Reduktion der Lebensqualität bzgl. ruhelosen/angespannten Verhaltens (erhoben über das Qualidem). Für die niederländischen Wohngruppen zeigte sich in der Studie kein entsprechender Effekt.¹³

Tabelle 17: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Verbeek et al. 2010 ¹⁴ 2014 ¹¹	nicht-randomisiert kontrollierte Studie	Niederlande 28 Einrichtungen mit Wohngruppen, 21 herkömmliche, psychogeriatrische Pflegestationen Bewohnerinnen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz Ø 83 Jahre 75% Frauen n= 124 (in Wohngruppen) n= 135 (in Pflegebereichen) Bewohnerinnen hatten zu Studienbeginn bereits unterschiedlich lang in der jeweiligen Einrichtung gelebt	INTERVENTIONEN: „Wohngruppen“: Max. 8 Bewohnerinnen; Pflegepersonal: Einbezug in Haushalt, und Organisation von Freizeitaktivitäten; kleines, fest zusammengesetztes Team; häusliche Umgebung KONTROLLE: „Herkömmliche psychogeriatrische Pflegestationen“: Mind. 20 Bewohnerinnen pro Station, Personal ausschließlich zuständig für medizinische und pflegerische Versorgung	Häufigkeit von FEM (Fragebogen für zuständige Pflegekraft) Neuropsychiatrische Symptome (gemessen mit NPI) Agitation (gemessen mit CMAI) Nachbeobachtungszeit: 12 Monate	FEM: Zu allen 3 Messzeitpunkten signifikant weniger FEM in Wohngemeinschaften: Gurte, (Roll)stühle mit Stecktischen, Betgitter beidseits hochgestellt. Herausforderndes Verhalten: Nach 12 Monaten: Signifikant mehr körperlich nicht aggressives Verhalten in Wohngruppen im Vergleich zu herkömmlichen Pflegebereichen. Keine Unterschiede bzgl. körperlich aggressiven Verhaltens oder verbal-aggressiven Verhaltens. Neuropsychiatrische Symptome : Domäne: „Agitation/Aggression“: Keine signifikanten Unterschiede

Tabelle 17: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Te Boekhorst et al. 2009 ¹²	nicht-randomisiert kontrollierte Studie	Niederlande 19 Wohngruppeneinrichtungen mit 56 Wohngruppen 7 Pflegeheime mit 17 herkömmlichen, psychogeriatrischen Wohnbereichen Neu hinzuziehende Bewohnerinnen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz Ø 82 Jahre 81% Frauen n= 79 (in Wohngruppen) n= 132 (herkömmliche Bereiche)	INTERVENTIONEN: „Wohngruppen“: Max. 6 Bewohnerinnen, max. 6 Wohneinheiten pro Haus, weiter als 200 Meter entfernt von dem dazugehörigen Pflegeheim, selbstständige Zubereitung von Mahlzeiten, Einrichtung mind. 2 Jahre vor Studienbeginn erbaut KONTROLLE: „Herkömmliche Pflegebereiche“: Mehr als 20 Bewohnerinnen pro Station, Einbettzimmer	Bewohner mit mind. 1 FEM (Befragung von Arzt oder Psychologen der Einrichtung zum 2. Erhebungszeitpunkt) Herausforderndes Verhalten/ Verhaltensprobleme (Subskala der Revised Memory and Behavioral Problems Checklist (RMBPC)) und Neuropsychiatric Inventory (Paper-Pencil- Version): (NP1-Q)) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 6 Monate	FEM: Nach 6 Monaten Wohngruppen: Signifikant weniger Bewohnerinnen mit mind. 1 FEM. Herausforderndes Verhalten: Keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 17: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
De Rooij et al. 2012 ¹³	nicht-randomisiert kontrollierte Studie	Niederlande und Belgien Insgesamt zwölf Einrichtungen mit Wohngruppen (Niederlande 8, Belgien 4) Insges. vier herkömmliche Pflegestationen (Niederlande 2, Belgien 2) Bewohnerinnen mit psychogeriatrischem Pflegebedarf (Mittelschwere bis schwere Demenz) > 65 Jahre 67% - 89% Frauen n= 98 (in Wohngemeinschaften); n= 51 Niederlande, n= 47 Belgien n= 81 (in herkömmlichen Pflegebereichen); n= 51 Niederlande, n= 30 Belgien	INTERVENTIONEN: Wohngruppen in Niederlanden und Belgien (keine detaillierte Beschreibung der Merkmale der eingeschlossenen Wohngruppen) KONTROLLE: „Herkömmliche Pflegebereiche“	Häufigkeit und Arten von FEM (extrahiert aus Patientenakten) Herausforderndes Verhalten (NPI-Nursing Home Version) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 12 Monate	FEM: Keine signifikanten Unterschiede bzw. Effekte. Herausforderndes Verhalten: In Belgien und den Niederlanden: Über 12 Monate keine signifikanten Unterschiede zwischen Wohngruppen und herkömmlichen Pflegebereichen.

Tabelle 18: Evidenztabelle Spezielle Wohnkonzepte FEM

Bewertung der Qualität														
Anzahl der Studien			Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	andere Aspekte	Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
									Spezielle Wohn-konzepte	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
FEM (Nachbeobachtungszeit 6-12 Monate)														
3	Nicht-randomisierte kontrollierte Studien	Sehr schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegende	Keine	Nicht gepoolt	Keine	301	348	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Hoch		

¹ n=3 nicht-randomisierte kontrollierte Studien (keine Verblindung, Endpunkt nicht durch unabhängige Beobachter erhoben, Unterschiede der Gruppen bzgl. der Basischarakteristika, z.T. hohe drop-out Raten).

Tabelle 19: Evidenztabelle Spezielle Wohnkonzepte Herausforderndes Verhalten

Bewertung der Qualität												
Anzahl der Studien		Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	andere Aspekte	Anzahl der Patienten		Effekt	Qualität	Bedeutung
								Spezielle Wohn-konzepte	Kontrolle			
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 6-12 Monate)												
3	Nicht-randomisierte kontrollierte Studien	Sehr schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegende	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Keine	301	348	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel

¹ n=3 nicht-randomisierte kontrollierte Studien (keine Verblindung, Endpunkt nicht durch unabhängige Beobachter erhoben, Unterschiede der Gruppen bzgl. der Basischarakteristika, z.T. hohe drop-out Raten).

² Es wurde der indirekte Endpunkt (herausforderndes Verhalten) erhoben.

6.12. Empfehlung - Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung

Hintergrund

Im Alter ist ein verändertes Schlafverhalten zu beobachten. Insbesondere Bewohnerinnen mit Demenz zeigen oftmals einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus.¹ In diesem Zusammenhang wird auch vom „Sundowning Syndrom“ gesprochen, einhergehend mit zunehmender Unruhe in den Abendstunden, verkürzten Schlafphasen und agitiertem Verhalten.²

Spezifische Angebote zur Nachtgestaltung bieten Bewohnerinnen einen Ort an dem sie sich bei nächtlicher Aktivität aufhalten können und betreut werden. Ein Beispiel hierfür stellt das sogenannte „Nachtcafé“ dar. Bei der Infratest Heimerhebung im Jahre 2005 zeigte sich, dass 19% der stationären Einrichtungen ein Nachtcafé anboten.³ Eine eindeutige Definition dieses Angebotes liegt nicht vor. Grundsätzlich ist darunter ein Raum zu verstehen, in dem sich aktive Bewohnerinnen während der späten Abendstunden und nachts aufhalten können, etwas essen und trinken können und/oder je nach konzeptioneller Ausgestaltung Betreuungsangebote erhalten, wie gemeinsames Singen oder Musik hören.

EMPFEHLUNG:

„Zur spezifischen institutionellen Nachtgestaltung kann keine Empfehlung getroffen werden“

(9 von 9 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Keine Evidenz



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Möglichkeit nachts einen Ort aufsuchen zu können, an dem man sich aufhalten und beschäftigen kann, erscheint der LEG als ein förderungswürdiges Angebot, um den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen gerecht zu werden. Manche Bewohnerinnen sind auch oder vor allem nachts wach und aktiv. Für diese Menschen soll ein Ort zur Verfügung gestellt werden, an dem sie sich aufhalten sowie Beschäftigung und Betreuung erhalten können. Derzeit liegt jedoch keine Evidenz zu Angeboten der institutionellen Nachtgestaltung vor.

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

Kurzzusammenfassung

Es liegt keine Evidenz vor, ob spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung die Anwendung von FEM oder herausforderndes Verhalten reduzieren können.

Ergebnisse der Literaturrecherche

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

Die aktualisierte Recherche ergab keine Studien, die die Wirksamkeit von spezifischen institutionellen Angeboten zur Nachtgestaltung auf die Reduzierung von FEM untersucht haben. Ebenso konnten keine Studien zur Wirksamkeit bezüglich des herausfordernden Verhaltens identifiziert werden.

6.13. Empfehlung - Aromatherapie

Hintergrund

Aromatherapie ist eine Form der komplementären (also eine andere Behandlung ergänzenden) Therapie. Sie gehört zu den „Phytotherapien“, bei denen ganze Pflanzen oder Pflanzenteile für medizinische Zwecke verwendet werden.¹ Es handelt sich nicht um eine klar abgrenzbare Therapieform, sondern um einen Sammelbegriff für die Anwendung von verschiedenen ätherischen Ölen und Essenzen bei unterschiedlichen Prozessen bzw. Erkrankungen. Auch die Art der Anwendung ist unterschiedlich, am häufigsten findet sich der Einsatz von Duftlampen, der Zusatz von ätherischen Ölen zum Badewasser oder die Einreibung bzw. Massage mit ätherischen Ölen.¹ In einigen Pflegeheimen ist Aromatherapie auch im Betreuungskonzept hinterlegt. Trotz der weiten Verbreitung fehlt für die Aromatherapie bislang eine theoretische Grundlage (z.B. bzgl. des Wirkmechanismus).¹

EMPFEHLUNG:

„Zu Aromatherapie kann keine Empfehlung getroffen werden“

(10 von 10 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Empfehlung basiert auf der dargestellten heterogenen Evidenzlage zum Thema. Die Aromatherapie scheint jedoch in der Altenpflege in Deutschland weit verbreitet zu sein. Beim Einsatz von Aromatherapie sind die Präferenzen der Betroffenen und mögliche allergische Reaktionen zu beachten.

Wirksamkeit von Aromatherapie zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor, fünf Studien untersuchen den indirekten Ergebnisparameter (herausforderndes Verhalten)
- Die Ergebnisse der Studien sind uneinheitlich (zwei Studien zeigen positive Effekte der Intervention, drei zeigen keine Unterschiede zwischen den Gruppen)

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden drei systematische Übersichtsarbeiten¹⁻³ identifiziert, darunter ein aktuelles Cochrane Review.¹ Von den sieben in das Review eingeschlossenen Studien erfüllten fünf unsere Einschlusskriterien.⁴⁻⁸ Darüber hinaus wurden keine weiteren relevanten Studien identifiziert.

Alle eingeschlossenen Studien untersuchten den indirekten Ergebnisparameter, das herausfordernde Verhalten. In keiner Studie wurde die Wirksamkeit bzgl. der Anwendung von FEM untersucht.

Die Interventionen unterschieden sich hinsichtlich der verwendeten Öle sowie Dauer und Art der Anwendung. Eine Übersicht zu den Studien ist in Tabelle 1 dargestellt. Die methodische Qualität der Studien ist limitiert.¹

Tabelle 20: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Ballard et al. 2002 ⁴	Cluster-RCT	Acht Pflegeheime (Großbritannien) Heimbewohnerinnen mit schwerer Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 78,4 Jahre 60% Frauen n= 71	INTERVENTIONEN: 10% Melissenöl, äußerliche Anwendung auf Armen und Gesicht (2x tgl., 1-2 Min.) KONTROLLE: Placebo (Sonnenblumenöl)	Herausforderndes Verhalten (CMAI und NPI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 4 Wochen	Signifikante Reduktion des herausfordernden Verhaltens (Analyse des Cochrane Reviews ¹ , der nicht veröffentlichte Daten einbezog)

Tabelle 20: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Burns et al. 2011 ⁶	RCT	Pflegeheime (Großbritannien) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 75 Jahre 60% Frauen n= 81	INTERVENTIONEN: Melissenöl, einmassiert auf Händen und Oberarmen (2x tgl., insg. 1 ml Öl, 1-2 Min.) KONTROLLE: (1) Medikation (Donepezil 5 mg/Tag, nach einem Monat 10 mg/Tag und Placebo Aromatherapie (Sonnenblumenöl)) (2) Placebo Medikation und Placebo Aromatherapie (Sonnenblumenöl)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit Pittsburgh Agitation Scale (PAS) und NPI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 12 Wochen	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.
Fu et al. 2013 ⁷	RCT	3 Pflegeheime (Australien) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 84 Jahre 59% Frauen n= 61	INTERVENTIONEN: (1) 3% Lavendelöl (versprüht, 2x tgl. über der Brust (30 cm Entfernung)) (2) 3% Lavendelöl (versprüht) und Handmassage (2x tgl. 5 Min.) KONTROLLE: Placebo (Wasser, versprüht)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 6 Wochen	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 20: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Lin et al. 2007 ⁵	RCT (Cross-Over Design)	Pflegeheime (Hongkong) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 78,29 Jahre 58.6% Frauen n= 70	INTERVENTIONEN: (1) 100% Lavendelöl (2 Tropfen Öl in kosmetischer Baumwolle in 2 Aromaverneblern neben dem Kopfkissen der Teilnehmer(innen) (nachts, mind. 1 Stunde während des Schlafs) (2) Placebo (Sonnenblumenöl)	Modifizierte Version des CMAI, CNPI <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 8 Wochen (je 3 Wochen Behandlung, 2 Wochen Wash-out-Periode)	Signifikante Reduktion des herausfordernden Verhaltens im Vergleich zur Placebogruppe.
O'Connor et al. 2013 ⁸	RCT (Cross-Over Design)	Elf Pflegeheime (Australien) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 77,6 Jahre 59% Frauen n= 64	INTERVENTIONEN: (1) 30% Lavendelöl, einmassiert auf Unterarmen (1ml pro Arm, 1x tgl., 1 Min.) (2) Placebo (Jojobaöl)	Herausforderndes Verhalten (pro Teilnehmer(in) ein individuell ausgewähltes häufig vorkommendes Verhalten) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 8 Wochen (je 1 Woche Behandlung, 4 Tage Wash-out-Periode)	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studien sind nicht eindeutig: zwei Studien zeigten eine signifikante Reduktion des herausfordernden Verhaltens^{4 5} und drei Studien keine Unterschiede zwischen den Gruppen.⁶⁻⁸ Die positiven Ergebnisse lassen sich nicht durch die Merkmale der Intervention, wie das verwendete Öl oder die Art der Anwendung, erklären.

In vier der fünf eingeschlossenen Studien wurden unerwünschte Ereignisse erhoben. In drei dieser Studien wurden keine unerwünschten Effekte beobachtet^{5 7 8} und in einer Studie war die Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen gering (je zwei Teilnehmer(innen) in der Gruppe mit Aromatherapie bzw. Placebo-Aromatherapie).⁶

Auf Grundlage der vorliegenden Literatur kann über die Wirksamkeit von Aromatherapie zur Reduktion von herausforderndem Verhalten keine eindeutige Aussage gemacht werden.

Tabelle 21: Evidenztabelle Aromatherapie herausforderndes Verhalten

Bewertung der Qualität												
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Anzahl der Patienten		Effekt	Qualität	Bedeutung	
							Aroma-therapie	Kontrolle				
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 1-6 Monate)												
5	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Unbekannt	240	241	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig	Mittel

¹ n=5 randomisierte kontrollierte Studien (teilweise fehlende verdeckte Zuteilung, Analyse nicht adäquat für Cluster-Randomisierung, Verblindung unklar bzw. nicht durchgeführt).

² Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

6.14. Empfehlung - Körperlich-aktivierende Maßnahmen

Hintergrund

Körperliche Aktivierung ist wesentlich für eine bedürfnisgerechte Versorgung von Bewohnerinnen in Pflegeheimen.¹ Der Anspruch auf eine aktivierende Pflege ist auch in verschiedenen Gesetzen verankert. So soll beispielsweise nach § 28 Abs. 4 SGB XI die Pflege der Bewohnerinnen auf Aktivierung ausgerichtet sein, „um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen“. Auch nach dem Heimgesetz besteht für Pflegeheime eine Verpflichtung zu einer aktivierenden Betreuung und Pflege (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 HeimG). Ziel körperlich-aktivierender Maßnahmen in Pflegeheimen ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit der Bewohnerinnen. Dies beinhaltet beispielsweise spezifische Übungen oder andere zielgerichtete Aktivitäten, die in Gruppen- und Einzelsitzungen stattfinden können und u.a. von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Pflegenden durchgeführt werden.²⁻⁴

Im Rahmen der Leitlinie liegt dabei der Fokus auf allgemeinen körperlich-aktivierenden Maßnahmen bei Bewohnerinnen, nicht auf krankheitsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. nach einem Schlaganfall). Nicht berücksichtigt wurden außerdem Interventionen, die auf die Verringerung des Sturzrisikos von Bewohnerinnen abzielen. Das Thema Sturzprävention ist in einem eigenen Kapitel (Kapitel 3.7.) gesondert dargestellt.

EMPFEHLUNG:

„Zum Einsatz körperlich-aktivierender Maßnahmen kann keine Empfehlung getroffen werden“

(9 von 9 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Mobilität und Bewegung spielen eine zentrale Rolle in der persönlichen Lebensgestaltung älterer Menschen und sollten unter Berücksichtigung biographischer Gesichtspunkte im Dialog mit den Betroffenen abgewogen werden. Der genaue Wirkmechanismus körperlich-aktivierender Maßnahmen bei der Vermeidung von FEM ist weitgehend unklar. Schwer abgrenzbar sind Maßnahmen zur Sturzprävention (siehe auch Kapitel 3.7.). Auch wenn einige Studien einen positiven Einfluss von körperlich-aktivierenden Maßnahmen auf herausforderndes Verhalten von Bewohnerinnen nahelegen, bleibt aus Sicht der LEG unklar, ob und inwiefern körperlich-aktivierende Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege zur Vermeidung von FEM beitragen können. Dies bedarf weiterer Untersuchungen.

Wirksamkeit von körperlich-aktivierenden Maßnahmen in Bezug auf die Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit von körperlich-aktivierenden Maßnahmen zur Vermeidung von FEM bei Bewohnerinnen in Pflegeheimen vor.
- Bezüglich herausfordernden Verhaltens von Menschen mit Demenz wurde eine Verringerung durch körperlich-aktivierende Maßnahmen in mehreren Studien berichtet.
- Die Aussagekraft der Ergebnisse ist durch die Heterogenität der Interventionen und durch methodische Limitationen der Studien begrenzt.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Durch die aktualisierte Recherche konnte keine Studie zur Wirksamkeit von körperlich-aktivierenden Maßnahmen bezüglich der Anwendung von FEM identifiziert werden. Zur Reduktion von herausforderndem Verhalten wurden neun Übersichtsarbeiten²⁻¹⁰ und zwei randomisierte kontrollierte Studien¹¹⁻¹² identifiziert. Die Durchsicht der Übersichtsarbeiten ergab zwei weitere relevante RCT.¹³⁻¹⁴ Für die aktualisierte Übersicht wurden daher die vier neu identifizierten Studien¹¹⁻¹⁴ sowie die beiden in der ersten Leitlinienfassung eingeschlossenen Studien¹⁵⁻¹⁶ einbezogen. In zwei Studien wurde herausforderndes Verhalten lediglich als sekundärer Ergebnisparameter untersucht.¹⁵⁻¹⁶

Zusammenfassung der Ergebnisse

In den Studien zu körperlich-aktivierenden Maßnahmen wurden verschiedene Formen von körperlichem Training untersucht. Dies umfasste u.a. Bewegungs-, Kraft- und Balanceübungen. Von den sechs eingeschlossenen Studien war in vier Studien eine Reduktion des herausfordernden Verhaltens zu verzeichnen.¹¹⁻¹²⁻¹⁴⁻¹⁵ In zwei Studien gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen.¹³⁻¹⁶ Die Interventionen unterschieden sich hinsichtlich der Häufigkeit, Dauer und Intensität, wodurch die Vergleichbarkeit der Studien begrenzt ist. Eine Übersicht zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien findet sich in der nachfolgenden Tabelle. Weiterhin war die methodische Qualität der Studien, mit Ausnahme einer Studie¹⁶, limitiert. In drei Studien war geplant, unerwünschte Effekte zu erheben, allerdings waren im Verlauf keine zu verzeichnen.¹¹⁻¹²⁻¹⁶ Auch in den anderen Studien wurden keine unerwünschten Effekte berichtet.

Tabelle 22: Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Alessi et al. 1999 ¹⁵	RCT	1 Pflegeheim in den USA Heimbewohnerinnen mit Inkontinenz; verschiedene Alterserkrankungen wie Demenz, Parkinson, Diabetes Ø 88,3 Jahre (62-99) 90% Frauen n= 29	INTERVENTIONEN: Bewegungsprogramm (Arm- & Beinübungen, Gehtraining, spez. Bewegungsübungen im Rollstuhl) (n= 15) Dauer: max. 4h pro Tag über 14 Wochen; anschließend wurde zusätzlich spez. Nachtprogramm durchgeführt (Vermeidung von Lärm, Licht & Schlafunterbrechungen durch Pflegende; Dauer 5 Nächte) KONTROLLE: Standardpflege (14 Wochen); in der letzten Woche 5 Nächte spez. Nachtprogramm; (n= 14)	Primärer Ergebnisparameter körperliche Funktionsfähigkeit und Schlafdauer Herausforderndes Verhalten <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 14 Wochen	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.

Tabelle 22: Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Buettner et al. 1997 ¹³	RCT	USA Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 86,2 Jahre (54-100) 88% Frauen n= 66	INTERVENTIONEN: Interdisziplinäres therapeutisches Programm; Intensität individuell angepasst; Aktivitäten (ohne nähere Angaben) in kleinen Gruppen (6-8 Personen); Integration von aktivierenden Elementen in die Pflegeroutine (n= 33) Dauer: 30 Wochen (keine Angaben zu Häufigkeit und Dauer der Sitzungen) KONTROLLE: Standardpflege (n= 33)	Herausforderndes Verhalten (CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 30 Wochen	Kein signifikanter Unterschied bzgl. des herausfordernden Verhaltens zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Tabelle 22: Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)/zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
De-champs et al. 2010 ¹¹	RCT	1 Pflegeheim in Frankreich Heimbewohnerinnen mit Demenz und neuro-psychiatrischen Symptomen Ø 83,2 Jahre (81-85) 61,3% Frauen n= 49	INTERVENTIONEN: Cognition-action: kurze, individuell angepasste Übungseinheiten; Übungen mit leichter Intensität (Balanceübungen, Aufstehen aus dem Stuhl, Dehnübungen, Armkraftübungen) (n= 24) Dauer: 5 bis 15 Min. pro Sitzung, insgesamt ca. 50 Min. pro Woche. Training über 3 Monate KONTROLLE: Standardpflege (n= 25)	Herausforderndes Verhalten (NPI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.

Tabelle 22: Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
De-champs et al. 2010 ¹²	RCT	4 Pflegeheime in Frankreich Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 82,3 Jahre (65 bis 102) 71,7% Frauen n= 160	INTERVENTIONEN: 2 Interventionsgruppen: 1. Cognition-action: Übungen mit leichter bis mittlerer Intensität (ca. 10 Min. Erwärmung, dann Kraft-, Balance-, Dehnübungen, am Ende Atemübungen & Entspannung) (n= 49) Dauer: 2 Sitzungen pro Woche über 6 Monate, 30 bis 45 Min. Training pro Woche 2. Tai Chi; 4 Sitzungen pro Woche, 30 Min., über 6 Monate (n= 51) KONTROLLE: Standardpflege (n= 60)	Herausforderndes Verhalten (NPI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 12 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.

Tabelle 22: Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)/zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Rolland et al. 2007¹⁶	RCT	5 Pflegeheime in Frankreich Heimbewohnerinnen mit Demenzerkrankung Ø 83 Jahre (62-103) 75,3% Frauen n= 134	INTERVENTIONEN: Bewegungsprogramm (Geh-, Kraft-, Balance- & Beweglichkeitstraining); Durchführung in kleinen Gruppen (2 bis 7 Personen) (n= 67) Dauer: 2 x pro Woche, 1h nachmittags (88 Trainingseinheiten pro Bewohnerin) über 12 Monate KONTROLLE: Standardpflege (n = 67)	Primärer Ergebnisparameter: Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) Sekundäre Ergebnisparameter: körperliche Leistungsfähigkeit, Ernährungsstatus, herausforderndes Verhalten (NPI) & Depressionen <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 12 Monate	Kein signifikanter Unterschied bzgl. des herausfordernden Verhaltens zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Tabelle 22: Tabelle – Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Stevens et al. 2006 ¹⁴	RCT	6 Pflegeheime in Australien Heimbewohnerinnen mit leichter bis mittlerer Demenz Ø 80,5 Jahre 75% Frauen n= 75	INTERVENTIONEN: 2 Interventionsgruppen: 1. Gruppenübungsprogramm; Aerobic mit geringer Belastung; Bewegung von Gelenken und Muskeln (n= 24) Dauer: 3 Sitzungen pro Woche, 30 Min., über 3 Monate 2. Besuche durch Untersucher; interaktive Gruppendiskussionen zu gesundheitsbezogenen Themen; keine Übungen; Häufigkeit und Dauer wie bei Gruppe 1 (n= 21) KONTROLLE: Standardpflege (n= 30)	Revised Elderly Persons Disability Scale <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Monate	Herausforderndes Verhalten hat sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert.

Tabelle 23: Evidenztabelle körperlich-aktivierende Maßnahmen

Bewertung der Qualität												
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Anzahl der Patienten		Effekt	Qualität	Bedeutung	
							Intervention	Kontrolle				Relativ (95% CI)
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 2 Wochen-12 Monate)												
6	Randomisierte kontrollierte Studien	Schwerwiegend ¹	Keine	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Unbekannt	212	229	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig	Mittel

¹ n=6 randomisierte kontrollierte Studien (teilweise unklare bzw. inadäquate Randomisierung, Verblindung teilweise unklar).

² Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

6.15. Empfehlung - Basale Stimulation

Hintergrund

Basale Stimulation ist ein Konzept, das vor allem in Deutschland in vielen Bereichen der Pflege bekannt und verbreitet ist, um Menschen mit Wahrnehmungsproblemen (z.B. auf Grund von Bewusstlosigkeit oder Desorientierung) zu begegnen. Darüber hinaus richtet es sich an Menschen, die in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt sind. Haltung, Kompetenz und Technik werden als Kernelemente der Basalen Stimulation beschrieben.¹ Haltung orientiert sich dabei an einem humanistisch geprägten Menschenbild und pädagogischen Verständnis. Die Annahme ist, dass jeder Mensch, bewusst oder unbewusst, nach Eigenständigkeit strebt und die Fähigkeit besitzt, wahrzunehmen, solange er lebt. Darüber hinaus definiert das Konzept sich über ausdifferenzierte, berufliche Kompetenzen sowie über Technik, im Sinne einer problemorientierten, kreativen Anwendung von Werkzeugen und Vorgehensweisen.¹ Basale Stimulation ist sowohl eine Art „Pflegephilosophie“, die moralisch-ethische Grundsätze der Pflege beschreibt, beinhaltet aber auch spezielle Interventionen (z.B. die „Atemstimulierende Einreibung“). Im Fokus stehen der Erhalt und die Förderung der Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Kommunikation und Bewegung über sogenannte „grundlegende Austauschangebote und -hilfen“. Die Kommunikation erfolgt dabei über einen „ganzheitlichen, körperbezogenen Ansatz“. Basale Stimulation ist demnach keine kurzfristige, abgrenzbare Einzelintervention, sondern vielmehr ein Konzept, das verschiedene Interventionen aus unterschiedlichen Bereichen der Kommunikation und Kontaktaufnahme umfasst.

Es wird davon ausgegangen, dass auch Menschen mit schweren Wahrnehmungsstörungen etwas wahrnehmen können, selbst wenn Außenstehende (Angehörige, Pflegende, Therapeuten) keine sichtbaren Reaktionen feststellen können.² Jeder Mensch in jeder Lebenssituation ist in diesem Sinne ein soziales Wesen mit Interesse am Gegenüber im Rahmen einer Kommunikation und Interaktion.³ Daher, so die Grundannahme des Konzeptes, brauchen bewusstseinsgestörte Menschen „elementare Anregungen“, d.h. gezielte und systematische Informationen (Stimulation) über sich selbst und ihre Umwelt. Diesbezüglich beschreibt „basal“ einfache Sinnesreize, die keine Vorkenntnisse erfordern. Der Begriff „Stimulation“ beinhaltet wahrnehmungsfördernde Angebote.¹

Ein wichtiger Bereich des Konzeptes ist die „Erfahrbarmachung des Körpers“, z.B. durch Einreibungen und spezielle Techniken der Ganz- und Teilwaschungen.⁴ Hinzu können sensorische Angebote über den Geruchs-, Geschmacks-, Seh- und Hörsinn kommen. Darüber hinaus ist auch ein grundsätzliches „pflegeethisches“ Handeln Teil der Basalen Stimulation. Dies drückt sich zum Beispiel in Form der Kontaktaufnahme über eine Initialberührung oder durch die Vermeidung unnötiger, potentiell unangenehmer Geräusche aus.

Die „Rahmenempfehlungen (RE) zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ bezeichnen die Basale Stimulation zusammenfassend als eine Art von „Berührung als Begegnungsform“ und empfehlen das Konzept für den Umgang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten.⁴

EMPFEHLUNG:

**„Zur Basalen Stimulation kann keine Empfehlung getroffen werden“
(10 von 10 Stimmen)**

Qualität der Evidenz: Keine Evidenz



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

In Empfehlungen für die Pflege in Deutschland, wie z.B. den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz⁴, wird die Basale Stimulation positiv beurteilt. Angesichts der nicht vorhandenen Evidenz zur Wirksamkeit der Basalen Stimulation auf die Reduktion von FEM und herausforderndem Verhalten in der beruflichen Altenpflege kann die LEG jedoch keine Empfehlung treffen. Vor einer weitreichenden Einführung des Konzepts und der Schulung von Pflegenden bedarf es dringend methodisch angemessener Studien mit relevanten Ergebnisparametern, bezogen auf das hier fokussierte Setting der stationären Altenpflege. Bei dem potentiell sehr „nahen“ Kontakt zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen müssen Präferenzen und Wünsche der Bewohnerinnen beachtet werden..

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegt keine Evidenz vor.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden keine relevanten Studien zur Wirksamkeit der Basalen Stimulation in Bezug auf FEM oder herausforderndes Verhalten identifiziert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Empfehlung der Rahmenempfehlungen⁴ für die Bedeutung der Basalen Stimulation im Umgang mit herausforderndem Verhalten und für die Fortbildung von Pflegenden begründet sich ausschließlich auf Expertenansichten. Es liegt keinerlei relevante Evidenz aus dem Bereich der Betreuung von Menschen mit Demenz vor.

6.16. Empfehlung - Validation

Hintergrund

Die Validationstherapie nach Naomi Feil ist in der deutschen Altenpflege weit verbreitet und ist fester Bestandteil der Altenpflegeausbildung. Durch die Anwendung dieses Konzepts soll Menschen mit Demenz ein Gefühl der Wertschätzung entgegengebracht werden.¹ Hieraus soll sich z.B. eine Reduktion von herausforderndem Verhalten ergeben. Auch eine Reduktion von FEM wird von Feil als Folge der Validation in Aussicht gestellt.² Die „Rahmenempfehlungen (RE) zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“³ empfehlen als „Basis für die Arbeit und Kommunikation [...] eine validierende, wertschätzende Grundhaltung“. Angesichts der mangelnden Evidenz für einen Nutzen der Methode wird in den Rahmenempfehlungen eher der Wert der Validation als Teil komplexer pflegerischer Interventionen herausgestellt. Besondere Erwähnung findet die „integrative Validation“ nach Nicole Richard. Richard modifizierte in den 90-er Jahren den Validationsansatz nach Feil und fokussierte dabei stärker eine Vermittlung praktischer Fertigkeiten und Umgangsformen, unter Einbezug weiterer konzeptioneller und therapeutischer Ansätze, wie z.B. der Hospizarbeit oder der Milieutherapie. Validation gilt seitdem als „einer der Stützpfeiler der Demenzbetreuung“.³ Im Umgang mit Menschen mit Demenz gilt es dabei deren unterschiedlichen Antrieben mit Anerkennung und Verständnis zu begegnen und Gefühle zu bestätigen. Der Ansatz der integrativen Validation befürwortet in diesem Sinne auch ein Mitgehen Pflegender in die individuelle Gefühls- und Erlebniswelt der Menschen.³ Trotz ihrer weiten Vermarktung und Verbreitung in Deutschland, mitunter über relativ kostenintensive Mitarbeiterschulungen, mangelt es der Validation an einer theoretischen Fundierung und einer nachvollziehbaren konzeptionellen Grundlage.

EMPFEHLUNG:

„Zur Validation kann keine Empfehlung getroffen werden“

(8 von 9 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Validation ist ein in der Altenpflege in Deutschland breit implementiertes Konzept, dessen Kern der wertschätzende („validierende“) Umgang mit Menschen mit Demenz ist. Bezogen auf FEM bzw. herausforderndes Verhalten liegen jedoch keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise vor, so dass die LEG keine Empfehlung ausspricht. Der Transfer des ursprünglich in den USA entwickelten Konzeptes nach Deutschland hat sicherlich dazu beigetragen, dass eine grundsätzlich wertschätzende Haltung im Umgang mit Menschen mit Demenz als wichtig anerkannt wurde. Möglicherweise ist das Konzept auch aus diesem Grund trotz schwacher Evidenz so verbreitet. Es bedarf dringend weiterer methodisch angemessener Studien zu Validation mit relevanten Ergebnisparametern und geeigneten Vergleichsinterventionen.

Wirksamkeit von Validation zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Es wurden eine Übersichtsarbeit mit drei RCT und zwei weitere RCT eingeschlossen.
- Eine RCT mit n= 88 Teilnehmerinnen untersuchte unter anderem den Endpunkt FEM und zeigte im Vergleich zu herkömmlicher Versorgung sowie im Vergleich zu einer sozialen Gruppenintervention keine signifikanten Effekte der Validationstherapie in Gruppen auf die Häufigkeit von FEM.
- Diese RCT zeigte positive Effekte der Validation in Bezug auf herausforderndes Verhalten bei Erhebung durch das Pflegepersonal. Erhebungen durch neutrale Beobachter bestätigten diese Effekte jedoch nicht. Eine weitere RCT mit sehr kleiner Teilnehmerinnenzahl (n= 29) zeigte gewisse positive Effekte der Validation auf herausforderndes Verhalten. Die drei übrigen Studien zeigten keine Effekte der Validation auf herausforderndes Verhalten.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Über die aktualisierte Literaturrecherche wurden keine neuen kontrollierten Studien bzw. Übersichtsarbeiten mit neuen Studien identifiziert. Eingeschlossen wurden die bereits in der ursprünglichen Leitlinienfassung aufgeführten fünf RCT, davon drei aus einem Cochrane Review.⁴⁻⁹

Zusammenfassung der Ergebnisse

Anwendung von FEM

Toseland und Kollegen untersuchten n= 88 Bewohnerinnen mit Demenz in US-amerikanischen Pflegeheimen.⁷ Die Teilnehmerinnen wurden in drei Gruppen randomisiert und erhielten über 52 Wochen entweder eine Validationstherapie nach Feil (in Kleingruppen von sechs bis neun Bewohnerinnen), eine soziale Gruppenintervention mit verschiedenen Gruppenaktivitäten oder in der Kontrollgruppe die herkömmliche Versorgung mit dem gewohnten Sozial- und Freizeitprogramm. Daten zur Häufigkeit von FEM wurden aus den Routinedaten entnommen. Hier wurde bewohnerbezogen festgehalten, wie häufig FEM in der Woche angewandt wurden. Es zeigten sich nach 12 Monaten keine signifikanten Effekte der Validation auf die Häufigkeit der Anwendung von FEM.⁷

Anwendung von FEM

Die eingeschlossenen Studien untersuchten verschiedene Arten der Validation bzw. „gefühlsorientierten Pflege“ mit jeweils unterschiedlicher Intensität, Dauer der Anwendung und Nachbeobachtungszeit. Die größte und methodisch beste Studie mit $n=146$ Bewohnerinnen zeigte im Hinblick auf herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz keinen signifikanten Unterschied zwischen einer in die normalen Pflegeabläufe integrierten gefühlsorientierten Pflege (laut Autoren vergleichbar mit der Validation nach Feil) plus optimierter Standardversorgung und einer optimierten Standardversorgung allein.⁶ Zwei weitere Studien fanden ebenfalls keine signifikanten Effekte der Validation auf herausforderndes Verhalten bzw. auf das Sozialverhalten.^{5,9} Nach sechs Wochen zeigte sich bei Peoples et al. in einer kleinen Stichprobe von $n=29$ Teilnehmerinnen eine Verbesserung des Verhaltens in der Interventionsgruppe mit Validation.⁸ Toseland et al. ließen den Endpunkt „herausforderndes Verhalten“ zum einen vom Pflegepersonal sowie darüber hinaus durch neutrale Beobachter erheben.⁷ Beide Beobachtergruppen waren gegenüber der Gruppenzugehörigkeit der Bewohnerinnen verblindet. Die Ergebnisse der Erhebungen des Pflegepersonals weisen auf eine signifikante Reduktion körperlicher und verbaler Aggression in der Validationsgruppe nach 12 Monaten hin. Diese Ergebnisse wurden von den Erhebungen der neutralen Beobachter jedoch nicht gestützt. Hier zeigten sich keine signifikanten Effekte der Validation auf herausforderndes Verhalten.⁷

Unerwünschte Effekte wurden in keiner der eingeschlossenen Studien erfasst.

Tabelle 24: Tabelle – Übersicht der eingeschlossenen Studien zu Validation

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Toseland et al. 1997 ⁷	Randomisiert kontrollierte Studie	4 Pflegeheime (USA) Bewohnerinnen mit Demenz Ø 88 Jahre 74% Frauen n= 88	INTERVENTIONEN: 1. Validation (nach Feil) in der Gruppe (n= 31) Über 52 Wochen, wöchentlich 4x 30-minütige Sitzungen Pro Sitzung: 4 x 5-10-minütige Abschnitte Pro Heim je 1 trainierter Validations-Therapeut 2. Soziale Kontaktgruppe (n= 29) Pro Sitzung eine Gruppenaktivität (z.B. Musik, Kunst, Literatur) für Menschen mit Demenz Über 52 Wochen, wöchentlich 4x 30-minütige Sitzungen Pro Heim je 1 trainierter Leiter KONTROLLE: Herkömmliche Versorgung (n= 28)	Häufigkeit von FEM: Routinedokumentation (Minimum Data Set – Resident Assessment Protocol (MDS +)) Herausforderndes Verhalten: Erhoben durch zuständiges Pflegepersonal (CMAI-N) sowie durch unabhängige Beobachter (CMAI-O) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 12 Monate	FEM Keine signifikanten Effekte bzgl. der Häufigkeit von FEM in allen 3 Gruppen. Herausforderndes Verhalten Nach Erhebung des Pflegepersonals (CMAI –N): Signifikante Reduktion körperlich aggressiven Verhaltens und verbaler Aggression in der Validationsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Keine signifikante Reduktion körperlich nicht-aggressiven Verhaltens in der Validationsgruppe. Nach Erhebung neutraler Beobachter (CMAI-O): Keine signifikanten Effekte der Validation auf herausforderndes Verhalten.

Tabelle 24: Tabelle – Übersicht der eingeschlossenen Studien zu Validation

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Deponte & Missan 2007 ⁵	Randomisiert kontrollierte Studie	1 Pflegeheim in Italien Bewohnerinnen mit Demenz Ø 87 Jahre Geschlecht: unklar n= 30	INTERVENTIONEN: 1. Validation (nach Feil) in der Gruppe (n= 10) 2x pro Woche (je 45 – 60 Minuten) über einen Zeitraum von 3 Monaten 2. Reminiszenz (n= 10) KONTROLLE: Standardversorgung (n= 10)	Herausforderndes Verhalten (NPI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Monate	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 24: Tabelle – Übersicht der eingeschlossenen Studien zu Validation

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Finnema et al. 2005 ⁶	Cluster-RCT	16 Wohnbereiche in 14 Pflegeheimen (Niederlande) Bewohnerinnen mit Demenz Ø 84 Jahre 81% Frauen n= 146	INTERVENTIONEN: Validation (Emotion oriented care) + „Model-care plan“ (n= 67) Alle an der Pflege Beteiligten erhielten eine Basis-Schulung in gefühls-orientierter Pflege (lt. Autoren vgl. die Validation nach Feil). 5 Pflegende pro Wohnbereich wurden intensiv geschult. 1 Pfleger pro Wohnbereich wurde als Coach geschult. Gefühlsorientierte Pflege wurde in die normalen Pflegeabläufe integriert. KONTROLLE: „Model-care plan“ (n= 79)	Herausforderndes Verhalten (CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 9 Monate	Kein Unterschied bezüglich herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 24: Tabelle – Übersicht der eingeschlossenen Studien zu Validation

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Peoples et al. 1982^s	Randomisiert kontrollierte Studie	1 Pflegeheim (USA) Bewohnerinnen mit Demenz 81 - 97 Jahre 74% Frauen n= 29	INTERVENTIONEN: 1) Validation (nach Feil) (n= 10) 29-30 Minuten pro Tag über 6 Wochen 2) Realitätsorientierung (n= 8) 29-30 Minuten pro Tag über 6 Wochen KONTROLLE: Standardversorgung (n= 11)	Verhalten: Behaviour Assessment Tool (BAT) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 6 Wochen	Signifikante Verbesserung des Verhaltens in der Validationsgruppe.
Robb et al. 1986⁹	Randomisiert kontrollierte Studie	Kanada Bewohner eines Pflegeheims Ø 80,5 Jahre 100% Männer n= 27	INTERVENTIONEN: Validation (n= 15) 2x/Woche über 9 Monate KONTROLLE: Standardversorgung (n= 12)	Soziales Verhalten: Minimal Social Behavior Scale (MSBS) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 9 Monate	Keine signifikanten Effekte bezüglich herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 25: Evidenztabelle Validation FEM

Qualitätsbeurteilung										Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	andere Aspekte	Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung
							Validation	Soziale Kontaktgruppe	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
FEM (Nachbeobachtungszeit 12 Monate)													
1	Randomisierte kontrollierte Studie	Schwerwiegend ¹	keine	keine	Nicht gepoolt	keine	31	29	28	-	-	⊕⊕○○ Niedrig	Hoch

¹ Die Studie weist eine hohe drop-out Rate von n=22 Teilnehmerinnen (25%) auf und die Stichprobenkalkulation ist unklar.

² Ergebnisse zu FEM werden rein deskriptiv, ohne numerische Angaben berichtet.

Tabelle 26: Evidenztabelle Validation und herausforderndes Verhalten

Bewertung der Qualität										Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	andere Aspekte	Intervention		Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut				
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 6 Wochen - 12 Monate)															
5	4 RCT, 1 Cluster-RCT	Schwerwiegend ¹	Keine schwerwiegende	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Keine	133	140	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig	Mittel			

¹ Alle Studien weisen Verzerrungspotential auf. Die Randomisierung und verdeckte Zuteilung sind zum Teil unklar bis inadäquat, zum Teil weisen die Studien geringe Teilnehmerzahlen und hohe drop-out Raten auf, zum Teil ist die Stichprobenkalkulation unklar und eine im Review eingeschlossene Studie weist nur eine kurze Nachbeobachtungszeit von 6 Wochen auf.² Es wurde der indirekte Endpunkt (herausforderndes Verhalten) erhoben.

6.17. Empfehlung - Soziale Unterstützung

Hintergrund

Trotz der Bestrebungen, Bewohnerinnen in Pflegeheimen in soziale Aktivitäten einzubeziehen, erleben diese häufig soziale Isolation und Einsamkeit. Hierfür gibt es verschiedene Gründe wie z.B. physische und psychische Beeinträchtigungen. Insbesondere beim Vorliegen einer Demenz ist es für die betroffenen Bewohnerinnen und ihr Umfeld schwer, Kontakte aufrecht zu erhalten bzw. neu zu knüpfen.¹

Gezielte Angebote zur Förderung sozialer Interaktion könnten Bewohnerinnen mit Demenz ermöglichen mit Mitmenschen in Kommunikation zu treten und den kognitiven Abbau hinauszögern sowie die Lebensqualität zu erhalten.²

Soziale Unterstützung stellt ein großes, schlecht einzugrenzendes Themengebiet dar. Die Umsetzung kann in verschiedenster Form erfolgen und sollte der Zielsetzung folgen, Isolation zu vermeiden und soziale Kontakte zu fördern. Eine mögliche Form ist die Förderung von Besuchen durch speziell geschulte Ehrenamtliche³ oder auch Angehörige.⁴⁻⁸ Auch wenn eher kein direkter Zusammenhang zwischen der Förderung sozialer Kontakte und der Vermeidung von FEM erkennbar ist, scheint doch möglich, dass die menschliche Zuwendung zu einer Reduzierung von herausforderndem Verhalten führt, die wiederum zur Anwendung von FEM führen könnten. Der Einfluss der Förderung sozialer Kontakte auf das Auftreten von herausforderndem Verhalten wurde dementsprechend in verschiedenen Studien untersucht.⁴⁻⁸

EMPFEHLUNG:

**„Zu Sozialer Unterstützung kann keine Empfehlung getroffen werden“
(5 von 7 Stimmen)**

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Soziale Kontakte sind in der Regel ein natürliches menschliches Bedürfnis. Die Vermeidung sozialer Isolation durch Zuwendung ist unbenommen ein Ziel der Pflege in einem Pflegeheim. Mehr menschliche Zuwendung kann durch die Förderung der Besuchskultur Angehöriger und durch Besuche von Ehrenamtlichen oder Mitbewohnerinnen erreicht werden. Zur Einstimmung auf die Besuche bzw. besseren Vorbereitung erscheint sinnvoll, sowohl für Angehörige als auch für Ehrenamtliche Informationen bereitzuhalten (z.B. in Form von Schulungen zum Thema Demenz). Diese Informationsangebote können jedoch – insbesondere für Angehörige – keine Pflicht darstellen. Die vorliegende Evidenz erlaubt keine eindeutige Schlussfolgerung zur Wirksamkeit solcher Interventionen auf die Vermeidung von FEM bzw. herausfordernden Verhaltens. Die Übertragung der in den US-amerikanischen Studien durchgeführten Programme erscheint der LEG nicht ohne weiteres möglich. Bei der

Einführung vergleichbarer Programme sollte darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer „Instrumentalisierung“ der Angehörigen oder anderer Personengruppen kommt. Freiwilligkeit und ein authentisches Interesse an sozialen Kontakten ist auch auf Seiten der Bewohner zwingend erforderlich.

Darstellung der Evidenz zur Wirksamkeit von spezifischer sozialer Unterstützung zur Vermeidung von FEM in der beruflichen Altenpflege

Kurzzusammenfassung

- Von drei eingeschlossenen Studien untersucht nur eine Studie den Endpunkt FEM (erfasst als sekundärer Endpunkt). Die Interventionsbedingte dargestellte Reduktion von FEM ist allerdings nicht nachvollziehbar dargestellt.
- Alle drei Studien treffen Aussagen zum „herausfordernden Verhalten“ mit uneinheitlichen Ergebnissen: zwei Studien zeigen positive Effekte und eine Studie zeigt keinen Effekt.
- Die Aussagekraft der Studien ist durch methodische Limitationen und kleine Stichproben begrenzt.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden drei Studien aus den USA identifiziert, die die Einschlusskriterien erfüllten.⁶
⁸ Bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich um randomisierte kontrollierte Studien,⁶⁻⁸ zwei hiervon waren Cluster-randomisiert. Alle drei Studien erfassen die Auswirkungen von sozialer Unterstützung auf herausforderndes Verhalten, nur eine Studie erfasst auch die Wirkung auf die Anwendung von FEM (als sekundären Endpunkt).⁷

Darüber hinaus wurden zwei Querschnittstudien^{4,5} mit kleinen Fallzahlen identifiziert, die jedoch aufgrund geringer Aussagekraft nicht in die Bewertung einbezogen wurden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Alle drei Studien untersuchten die Effekte von Schulungen und Unterstützungsprogrammen für Angehörige. Die Interventionen unterschieden sich stark im Umfang, der Zielgruppe und dem Inhalt der angebotenen Schulungen. Auch reicht ihre Zielsetzung von einer verbesserten Kommunikation bis zur Übernahme einzelner Pflegetätigkeiten durch Angehörige.

McCallion et al. bieten für Familienangehörige oder alternativ für nahestehende Bekannte vier 90-minütige Gruppenschulungen (Family Visit Education Programm (FVEP)) über acht Wochen an.⁷ Diese Studie erfasst als einzige, neben herausforderndem Verhalten, die Anwendung von FEM als sekundären Endpunkt. Es wurde berichtet, dass bei Bewohnerinnen der Interventionsgruppe sich die Anwendung von

FEM verringerte, während sie in der Kontrollgruppe anstieg. Dieses Ergebnis ist aufgrund der dargestellten Daten nicht nachvollziehbar und findet daher bei der Bewertung keine Berücksichtigung. Für herausforderndes Verhalten wurde in der Interventionsgruppe von einem Rückgang berichtet, welcher nachvollziehbar dargelegt wurde.

Bei der Cluster-randomisierten kontrollierten Untersuchung von Robison et al. nahmen die Besucher an unterschiedlichen Schulungseinheiten teil. Es wurde sowohl ein Angehöriger pro Bewohnerin sowie das zuständige Pflegepersonal in einem fast fünfstündigen Workshop geschult.⁶ Primär untersuchte diese Studie die Kooperation und Kommunikation zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden auf speziellen Demenzabteilungen (Special Care Unit (SCU) vgl. Kapitel 6.3.). Als weiteres Ergebnis wird berichtet, dass sich herausfordernde Verhaltensweisen der Bewohnerinnen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zwei Monate nach der Intervention signifikant verbesserten.

Jablonski et al. implementierten in einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie das Programm „Family Involvement in Care (FIC)“ in Pflegeheimen. Bei diesem Interventionsprogramm wurde eine direkte Bezugsperson benannt, welche in die Pflege der Bewohnerin involviert wurde und u.a. über Aushandlung einer Vereinbarung (Partnership Agreement) die Aktivität und den Zeitumfang der Aktivitäten festlegte. Dies konnten niedrigschwellige bis hin zu komplexen Pflegeleistungen oder Therapieangeboten sein und waren frei zu wählen. Weiterer Teil der Intervention war eine monatliche Telefonbesprechung zwischen professioneller Pflegekraft und Angehörigen zur Pflegeplanung der Bewohnerin. Die Bewohnerinnen der Kontrollgruppe erhielten die übliche Betreuung. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf herausforderndes Verhalten.

Keine der Untersuchungen berichtet von negativen Effekten oder Nebenwirkungen.

Tabelle 27: Tabelle - Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Mc Callion et al. 1999 ⁷	RCT	5 Pflegeheime (USA) Bewohnerinnen mit mittelschwerere Demenz Alter: Ø 86 Jahre 52 Frauen n= 66	INTERVENTIONEN: Family Visit Education Programm (FVEP) für Familienangehörige oder gesetzliche Vertreter über acht Wochen, vier 1,5 stündige Gruppeneinheiten. Inhalt: • Verbale Kommunikation • Non-verbale Kommunikation • Effektive Strukturierung der Besuche KONTROLLE: Normale Pflege	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Geriatric Indices of Positive Behavior (GIPB) Management of Problem Behaviors (MPB) FEM (Bettgitter, Bauch- und Extremitätengurte) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 und 6 Monate nach Intervention	Es wird eine Reduktion mechanischer FEM in der IG, und eine Zunahme in der KG berichtet. Diese ist allerdings aus den dargestellten Zahlen nicht nachvollziehbar. Verbales herausforderndes Verhalten verringert sich signifikant bei Bewohnerinnen der Interventionsgruppe.

Tabelle 27: Tabelle - Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Robison et al. 2007 ⁶	Cluster-RCT	20 Special Care Units (Connecticut, USA) Keine bewohnerinnenbezogenen Angaben n= 561	INTERVENTIONEN: Ein Familienangehöriger und Pflegepersonal erhält PIC-SCU Workshop. Inhalt: • Einleitung + Ziele des Programms • Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz • Erfolgreiche Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen • Aktives Zuhören • Bedürfnisse äußern • Kulturelle und ethische Unterschiede • Unterschiede im Wertempfinden • Umgang mit Konfliktgesprächen Planung eines gemeinsamen Besuchs KONTROLLE: Normale Pflege	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 2 Monate nach Intervention	Herausforderndes Verhalten in den Interventionseinrichtungen nach 2 Monaten deutlich reduziert.

Tabelle 27: Tabelle - Übersicht der Studiencharakteristika

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Ja-blonski et al. 2005 ^s	Cluster-RCT	14 Pflegeheime mit SCU (USA) Bewohnerinnen mit Alzheimer Erkrankung und Demenz Alter: Ø 81,8 Jahre 60,9% Frauen n= 164	INTERVENTIONEN: Implementierung des Family Involvement in Care (FIC) Programm in 7 Pflegeheimen • Benennen eines Angehörigen als primären Laienpflegenden • Education dieses Angehörigen für den Einbezug in die Pflege des Pflegebedürftigen • Aushandeln eines „Partnership Agreement“ zur Teilnahme an Aktivitäten und zur Verfügung stehender Zeit • Nachbesprechung des „Partnership Agreement“ • Aktivitäten werden in einem Manual beschrieben (Aktivitäten, Interventionen, Richtlinien). Beinhalten Tätigkeiten aus der direkten Pflege (Medikamentenmanagement, persönliche Pflege) bis zur psycho-sozialen Begleitung. Freie Wahlmöglichkeit des Angehörigen. Aktivität kann auch niederschwellig angesetzt sein (z.B. Maniküre) • Monatliche Telefonbesprechung (10 Min.) von professioneller Pflegekraft und primären Angehörigen zur Pflegeplanung KONTROLLE: Normale Pflege	Herausforderndes Verhalten, Agitation (Subscales der Functional Ability Checklist (FAC)) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 2, 5, 7 und 9 Monate	Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf herausforderndes Verhalten..

Tabelle 28: Evidenztabelle Soziale Unterstützung

Bewertung der Qualität				Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung		
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 2 bis 9 Monate)												
3	2 Cluster-randomisierte Studien 1 Randomisierte kontrollierte Studie	Sehr schwerwiegend ¹	Keine	Schwerwiegend	Nicht gepoolt	Unbekannt	125	105*	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel

¹ Art der Randomisierung und verdeckte Zuteilung nicht berichtet, fragliche bzw. keine Verblindung, Ergebnisauswertung nicht der Cluster-Randomisierung entsprechend.

* Robison et al. untersuchten n=561 Bewohner ohne Angabe zur jeweiligen Anzahl in der IG bzw. KG.

Tabelle 29: Evidenztabelle Soziale Unterstützung

Bewertung der Qualität							Anzahl der Patienten			Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut			
FEM (Nachbeobachtungszeit 3 bis 6 Monate)													
1	Randomisierte kontrollierte Studie	Sehr schwerwiegend ¹	Keine	Keine	Nicht gepoolt	Unbekannt	32	34	-	Nicht gepoolt	⊕⊕○○ Niedrig		Hoch

¹ Art der Randomisierung und verdeckte Zuteilung nicht berichtet, fragliche Verblindung

6.18. Empfehlung - Spezifische Berührung und Massage

Hintergrund

Körperkontakt und Berührungen stellen eine wichtige Form der non-verbalen Kommunikation dar. Interventionen, die auf Berührung basieren, werden daher eine bedeutsame Rolle als nicht-medikamentöse Intervention bei Menschen mit Demenz zugeschrieben.¹ Es gibt eine Reihe verschiedener (neuro-) physiologischer Modelle, die die potentiellen positiven Auswirkungen von Berührung oder Massage zu erklären versuchen. Ein Modell beruht auf der Beobachtung, dass Berührung oder körperliche Nähe eine beruhigende Wirkung auf Menschen hat, die z.B. auf die Ausschüttung körpereigener Substanzen wie Oxytocin zurückzuführen sein könnte. Diese Reaktion könnte demnach mit Demenz einhergehende Symptome wie herausforderndes Verhalten verringern.²

Unter dem Oberbegriff „Spezifische Berührung und Massage“ werden verschiedene Formen des spezifischen Körperkontakts zusammengefasst, wie Massagen und „Therapeutic Touch“.

Massagen meinen hier nicht die verordneten medizinisch-therapeutischen Anwendungen, z.B. von Physiotherapeuten, sondern massierende Berührungen verschiedener Hautareale, die positive Wirkungen hervorrufen sollen. „Therapeutic Touch“ wird von der Gesellschaft „Therapeutic Touch Deutschland“ definiert als „eine moderne Version mehrerer uralter Heilmethoden, unter anderem des Handauflegens.“ Weiter heißt es hier: „Es entstand basierend auf der Annahme, dass alle Lebewesen komplexe Energiefelder sind und dass jeder Mensch die natürliche Fähigkeit hat, menschliche Energien zu lenken. Bei einer Therapeutic Touch Anwendung ist der Fokus darauf gerichtet, ein energetisches Gleichgewicht wiederherzustellen und den freien Energiefluss in Mensch und Tier anzuregen.“³ In vier Schritten (Zentrieren („centering“), Erfassen („assessing“), Intervenieren („intervention“) und Evaluieren („evaluation / closure“)) sollen die gestörten Energiefelder der Menschen erkannt und wiederhergestellt werden.⁴ Diese Intervention wird zunehmend auch bei Menschen mit Demenz erprobt.⁵

EMPFEHLUNG:

**„Zur spezifischen Berührung kann keine Empfehlung getroffen werden“
(8 von 10 Stimmen)**

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Empfehlung bezieht sich nicht auf medizinische Massagen, sondern auf spezifische Berührungen, die mittels Massieren der Haut durchgeführt werden. Auf Basis der unklaren Evidenzlage kann keine Empfehlung zu Massage getroffen werden. Massagen der Haut stellen eine Intervention dar, die von dafür geschultem Personal ausgeführt werden muss. Gleichzeitig ist diese Form der Massage in Deutschland kaum verbreitet.

EMPFEHLUNG:

„Therapeutic touch kann nicht empfohlen werden“

(8 von 9 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Sehr niedrig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Intervention „Therapeutic touch“ ist schwer fassbar und der Wirkmechanismus ist unklar. Die Intervention ist in Deutschland wenig verbreitet. Die vorhandenen Studien legen nahe, dass die Intervention nicht wirksam ist

Kommentar der LEG zum Thema spezifische Berührung und Massage:

Berührung und Körperkontakt sind eine Selbstverständlichkeit im Rahmen der pflegerischen Standardversorgung, können aber auch als unangenehm empfunden bzw. negativ wahrgenommen werden. Aus diesem Grund sind bei Interventionen, bei denen Berührungen bzw. Körperkontakt stattfinden, die Wünsche der Bewohnerinnen stets zu berücksichtigen. Gerade bei Menschen mit Demenz, die sich hierzu möglicherweise nicht eindeutig verbal äußern können, muss auf andere Zeichen der Ablehnung oder des Unwohlseins geachtet werden. Die hier betrachteten Interventionen sind unter Umständen bei Menschen mit aggressivem Verhalten oder motorischer Unruhe nicht anwendbar.

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegen keine Daten zur Wirksamkeit von spezifischer Berührung und Massage zur Vermeidung von FEM vor.
- Für den indirekten Endpunkt herausforderndes Verhalten zeigen sich positive Effekte sowohl für spezifische Berührungen (Therapeutic Touch) und Massage als auch für die Placebo-Interventionen.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Mittels der aktualisierten Literaturrecherche wurden eine systematische Übersichtsarbeit¹ und zwei Studien identifiziert.^{6,7} Aus der ersten Leitlinienfassung wurden zwei weitere Studien berücksichtigt.^{5,8} Die vier Studien waren randomisierte kontrollierte Studien mit einer kurzen Beobachtungsdauer und geringem Stichprobenumfang. Drei Studien untersuchten die Wirksamkeit des Therapeutic Touch und eine die der Massage (siehe Tabelle 1). Die methodische Qualität der Studien war limitiert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Von den drei Studien, die den Therapeutic Touch untersuchten, konnten zwei einen günstigen Effekt auf das herausfordernde Verhalten sowohl der Intervention als auch der Placebo-Intervention im Vergleich mit der Standardversorgung zeigen.^{5 7} In der dritten Studie gab es keinen Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe.⁶ Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Effekte nicht durch die besondere Art der Berührung im Rahmen des Therapeutic Touch, sondern durch einen anderen Mechanismus ausgelöst werden. Auch in der Studie, die Massage (mit und ohne Entspannungsmusik) und Entspannungsmusik mit der Standardversorgung verglichen hatte, zeigte sich ein positiver Effekt für alle Interventionen im Vergleich zur Standardversorgung. In keiner Studie wurden Angaben zu unerwünschten Wirkungen gemacht.

Tabelle 30: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Remington et al. 2002^s	RCT	4 Pflegeheime in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 82,4 Jahre 87% Frauen n= 68	INTERVENTIONEN: 1. Entspannungsmusik 2. Handmassage 3. Entspannungsmusik und Handmassage Dauer: je 10 Min. KONTROLLE: Standardpflege	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAD) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> Unklar	Alle drei Interventionen reduzierten das herausfordernde Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe.
Wood et al. 2005^s	RCT	3 Special Care Units (Kanada) Bewohnerinnen mit herausforderndem Verhalten Ø 81 Jahre 81% Frauen n= 57	INTERVENTIONEN: 1. Therapeutic Touch (2x tgl. 5-7 Min., 3 Tage) 2. Placebo Berührung (2x tgl., 5-7 Min., 3 Tage) KONTROLLE: Standardversorgung	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit der modifizierten Agitated Behaviour Rating Scale) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 9 Tage	Keine signifikanten Effekte bezüglich herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 30: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Hawranik et al. 2008⁶	RCT	Pflegeheim (Kanada) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Alter: Ø 82,8 Jahre 70% Frauen n= 51	INTERVENTIONEN: 1. Therapeutic Touch (1x tgl., 30-40 min., 5 Tage) 2. Placebo Berührung (1x tgl. für 5 Tage) KONTROLLE: Standardpflege	Herausforderndes Verhalten (gemessen durch Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Wochen	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. der verschiedenen Formen des herausfordernden Verhaltens.
Woods et al. 2007⁷	RCT	3 Pflegeheime (USA) Heimbewohnerinnen mit Demenz und herausforderndem Verhalten Ø 85,5 Jahre 79% Frauen n= 64	INTERVENTIONEN: 1. Therapeutic Touch (2x tgl. 5-7 Min., 3 Tage) 2. Placebo Berührung (2x tgl., 5-7 Min, 3 Tage) KONTROLLE: Standardversorgung	Herausforderndes Verhalten (gemessen mit der modifizierten Agitated Behaviour Rating Scale) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 9 Tage	Für eine Subskala (Ruhelosigkeit) zeigte sich eine Reduktion sowohl in der der Interventions- als auch der Placebogruppe im Vergleich zur Standardversorgung.

Tabelle 31: Evidenztabelle Spezifische Berührung und Massage

Bewertung der Qualität							Anzahl der Patienten		Effekt		Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Relativ (95% CI)	Absolut		
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 9 Tage-3 Monate)												
4	Randomisierte kontrollierte Studie	Sehr schwerwiegend ¹	Keine	Schwerwiegend ²	Nicht gepoolt	Unbekannt	165	75	-	Nicht gepoolt	⊕○○○ Sehr niedrig	Mittel

¹ n=4 randomisierte kontrollierte Studien (Randomisierungsmethode teilweise unklar, fehlende verdeckte Zuteilung, geringe Stichprobengröße, Verbindung unklar bzw. nicht durchgeführt).

² Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

6.19. Empfehlung - Spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie

Hintergrund

Licht ist unbestritten eine Voraussetzung für (menschliches) Leben. Neben den offensichtlichen Nachteilen schwacher Beleuchtung, wie schlechter Sicht insbesondere bei bestehender Sehschwäche verbunden mit Sturz- und Verletzungsgefahr, wird eine unzureichende Zufuhr von Licht mit verschiedenen negativen Auswirkungen in Verbindung gebracht. Bei Menschen mit Demenz wird v.a. die Störung des sog. „zirkadianen Rhythmus“ als negative Auswirkung diskutiert. Hier soll die Zufuhr von natürlichem oder künstlichem Licht einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus und dessen Folgen (wie kognitive Beeinträchtigungen, Schlaflosigkeit, Sun-Downing-Syndrom oder herausforderndes Verhalten) entgegenwirken.¹⁻³

Zahlreiche Modellprojekte und Untersuchungen haben sich hierzulande dem Thema Licht in Pflegeheimen gewidmet. Es finden sich verschiedene Empfehlungen und rechtliche Rahmenbedingungen, z.B. zu einer Beleuchtungsstärke von „500 Lux in Augenhöhe“. Diesen und anderen empfohlenen Richtgrößen liegen jedoch keine empirisch gesicherten Erkenntnisse zugrunde.¹

Im Rahmen der Umgebungsgestaltung haben Licht und Beleuchtung eine besondere Bedeutung. Es wird einerseits versucht, Bewohnerinnen außerhalb der Einrichtung, z.B. in Gärten oder auf Terrassen, natürliches Tageslicht zu ermöglichen. Andererseits gibt es Bemühungen, für Bewohnerinnen Bereiche (z.B. in Aufenthaltsräumen und Fluren), mit besonders hellem ggf. Tageslicht-ähnlichem Licht zu schaffen. Darüber hinaus können im Rahmen spezifischer „Lichttherapien“ Bewohnerinnen für eine bestimmte Zeit besonders hellem Licht ausgesetzt werden.¹

In der ersten Version der Leitlinie wurden diese unterschiedlichen Ansätze in zwei Kapiteln („Spezifische helle Beleuchtung“ und „Lichttherapie“) behandelt. Diese werden in der Aktualisierung der Leitlinie zu einem Kapitel („Spezifische helle Beleuchtung & Lichttherapie“) zusammengefasst.

EMPFEHLUNG:

„Spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie können nicht empfohlen werden“

(10 von 10 Stimmen)

Qualität der Evidenz: Qualität der Evidenz: Mäßig



Kommentar der LEG zur Empfehlung:

Die Empfehlung der LEG bezieht sich sowohl auf eine spezifische helle Beleuchtung von 500 Lux oder mehr als auch Lichttherapie mit einer Stärke von meist über 2000 Lux. Die Umsetzung dieser Interventionen, die hierzulande bislang nicht üblich sind, ist für Bewohnerinnen und Pflegenden mit erhöhtem Aufwand verbunden. Es gibt derzeit keine Evidenz zum Effekt dieser Intervention auf die Häufigkeit von FEM. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass spezifische helle Beleuchtung und Lichttherapie keine positiven Auswirkungen auf herausforderndes Verhalten bei Bewohnerinnen von Pflegeheimen haben. Unabhängig davon, ist eine ausreichend orientierende und gute Beleuchtung in Pflegeheimen grundsätzlich zu gewährleisten..

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

Kurzzusammenfassung

- Es liegen keine Daten zur Vermeidung von FEM vor; sechs RCT untersuchen herausforderndes Verhalten bei Bewohnerinnen von Pflegeheimen.
- Die Ergebnisse der Studien zeigen keine positiven Effekte.
- Vier Studien erfassen unerwünschte Wirkungen, wobei es in einer Studie bei fünf von 15 Studienteilnehmer(inne)n zu einer Verstärkung des herausfordernden Verhaltens kommt. Eine Studie berichtet wenige und zwei weitere Studien berichten keine unerwünschten Wirkungen.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Es wurden eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit⁴ sowie ein aktueller HTA-Bericht⁵ identifiziert. Das Cochrane-Review fasst Studien bis Januar 2014 zur Lichttherapie bei Menschen mit Demenz in Bezug auf verschiedene Zielparameter (u.a. herausforderndes Verhalten) zusammen. Es werden 13 Artikel zu elf RCT zu spezifischer heller Beleuchtung bzw. zur Lichttherapie eingeschlossen. Mit Bewohnerinnen in der stationären Langzeitpflege befassen sich zehn RCT, von denen sechs herausforderndes Verhalten erfassen.⁶⁻¹¹ Keine der Studien erfasste die Anwendung von FEM. Der HTA-Bericht⁵ fasst Studien bis Juni 2012 zu nicht-pharmakologischen Therapien bei Menschen mit Demenz-bedingtem herausfordernden Verhalten zusammen. Es werden elf Studien zur Lichttherapie bei Pflegeheimbewohnerinnen eingeschlossen, davon vier RCT.^{6-8 10} Eine Meta-Analyse mit drei Studien, die das CMAI-Instrument zur Erfassung von herausforderndem Verhalten verwenden, findet keinen Vorteil der Lichttherapie.⁵ Eine eingeschlossene nicht-kontrollierte Studie mit n= 10 Teilnehmer(inne)n untersucht als sekundären Endpunkt die Häufigkeit von FEM.¹² Diese Studie wird jedoch angesichts der sehr geringen Aussagekraft nicht als Grundlage für die Empfehlung einbezogen. Weitere aktuellere Studien wurden nicht identifiziert.

Zusammenfassung

Die systematische Übersichtsarbeit schließt Studien mit z.T. sehr unterschiedlichen Interventionsansätzen ein.⁴ Sieben der elf Studien untersuchen den Einsatz von „Light Boxes (Brite-Lite®)“, also einer Art „Höhensonne“, die auf Augenhöhe der Bewohnerin mit einem Abstand von ca. einem Meter angebracht werden. Die Lichttherapie erfolgte zu unterschiedlichen Zeiten (morgens oder abends), mit unterschiedlicher Intensität (zwischen 2.500 und 10.000 Lux) sowie über unterschiedliche Zeiträume (zwischen zehn Tagen und zwei Monaten). Die drei übrigen Studien benutzen besonders helle Deckenbeleuchtung (1.000 Lux zwischen 10 und 18 Uhr)¹¹, einen „Sonnenaufgangs- und -untergangssimulator“⁹ oder eine am Kopf angebrachte Lichtquelle.¹³ Alle Studien nutzen alternative Lichtquellen als Vergleichsintervention, meist schwaches Rotlicht. Sechs der eingeschlossenen Studien erfassen herausforderndes Verhalten durch unterschiedliche Instrumente.⁶⁻¹¹

Die methodische Güte der sechs Studien ist überwiegend gut, das Verzerrungsrisiko eher gering. Bei fünf Studien ist die Gruppenzuteilung nachvollziehbar, je vier Studien sind adäquat randomisiert, verblinden die Bewohnerinnen und Untersucher, die die Datenerhebung durchführten und haben eine geringe Quote von Studienabbrechern.

Die Ergebnisse von vier Studien wurden in einer Meta-Analyse zusammengefasst.^{6-8 11} Hier zeigte sich kein Unterschied einer Lichttherapie unterschiedlicher Intensität und Dauer (zwischen zehn Tagen und zehn Wochen) in Bezug auf herausforderndes Verhalten. Gasio und Kollegen zeigten ebenfalls keinen Effekt der Lichttherapie auf herausforderndes Verhalten.⁹ Die Ergebnisse zum herausfordernden Verhalten bei Lyketsos et al. sind nicht auswertbar.¹⁰

Drei der eingeschlossenen Studien berichten unerwünschte Effekte der Lichttherapie.^{10 11 13} Bei Lyketsos et al. müssen fünf von 15 Teilnehmer(inne)n die Studie abbrechen, weil sich das herausfordernde Verhalten verstärkt.¹⁰ In der Studie von Nowak 2008 hat eine Teilnehmerin in der Interventionsgruppe eine Stirnrötung nach der Lichttherapie, während es bei einer Bewohnerin in der Kontrollgruppe zu vermehrten Stürzen während der Therapie kommt.¹³ Bei Riemersma und Kollegen werden keine unerwünschten Effekte beobachtet.¹³ Die übrigen Studien berichten nicht über die Erhebung von unerwünschten Effekten.

Aufgrund der Ergebnisse aus drei Studien, in denen die Anwendung von Lichttherapie zu einer Verschlechterung des herausfordernden Verhaltens führte, schlussfolgerte der HTA-Bericht, dass es gewisse Hinweise für eine negative Wirkung der Lichttherapie auf bestimmte herausfordernde Verhaltensweisen gäbe.⁴ Betrachtet man jedoch die Gesamtevidenz, so zeigt sich eher, dass die Anwendung von Lichttherapie das Auftreten von herausforderndem Verhalten weder fördert noch verhindert.

Tabelle 32: Tabelle - Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Ancoli-Israel et al. 2003 ⁶	RCT	Pflegeheim in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 82.3 Jahre 68% Frauen n= 92	INTERVENTIONEN: 1. Lichttherapie morgens (2.500 Lux, 9.30-11.30 Uhr) 2. Lichttherapie abends (2.500 Lux, 17.30-19.30 Uhr) KONTROLLE: Rotlicht morgens (<300 Lux, 9.30-11.30 Uhr) (jeweils tgl. für 10 Tage)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels ABRs & CMAI) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> Direkt nach 10-tägiger Intervention	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.

Tabelle 32: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Burns et al. 2009 ⁷	RCT	Pflegeheim in England Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 83,5 Jahre 66% Frauen n= 48	INTERVENTIONEN: Lichttherapie morgens (10.000 Lux, 10-12 Uhr) KONTROLLE: Normales künstl. Licht morgens (100 Lux, 10-12 Uhr) (jeweils tgl. für 14 Tage)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels CMAD) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 1 u. 5 Wochen nach der 14-tägigen Intervention	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.
Dowling et al. 2007 ⁸	RCT	Pflegeheim in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 84 Jahre 81% Frauen n= 70	INTERVENTIONEN: 1. Lichttherapie morgens (2.500 Lux 9.30-10.30 Uhr) 2. Lichttherapie abends (2.500 Lux 15.30-16.30 Uhr) KONTROLLE: Normales künstliches Licht (150-200 Lux) (jeweils tgl. für 10 Wochen)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels NPI-NH) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> Direkt nach 10-wöchiger Intervention	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens .

Tabelle 32: Tabelle - Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Gasio et al. 2003 ⁹	RCT	Pflegeheim in der Schweiz Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 85,6 Jahre 92% Frauen n= 13	INTERVENTIONEN: 1. Sonnenaufgangs- und -untergangssimulator am Bewohnerbett (max. 400 Lux, morgens & abends) 2. Lichttherapie abends (>2.500 Lux 15.30-16.30 Uhr) KONTROLLE: Rotlicht (<5 Lux, morgens & abends) (jeweils tgl. für 3 Wochen)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels NPI-NH) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 3 Wochen nach der Intervention	Ergebnisse zum herausfordernden Verhalten nicht auswertbar..

Tabelle 32: Tabelle - Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Design	Charakteristika der Teilnehmer(innen) Setting Population Altersdurchschnitt Geschlecht Teilnehmer(innen)zahl	Intervention und Kontrolle	Ergebnisparameter und Nachbeobachtungszeit	Ergebnisse
Lyketsos et al. 1999 ¹⁰	RCT (Cross-over)	Pflegeheim in den USA Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 80,8 Jahre 93% Frauen n= 15	INTERVENTIONEN: Lichttherapie morgens (10.000 Lux für 1 Stunde) KONTROLLE: Schwachtes Licht morgens (für 1 Stunde, keine Angabe zur Intensität) (jeweils tgl. für 4 Wochen)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels BEHAVE-AD) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> 1 Woche nach der Intervention	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens.
Rie-mersma et al. 2008 ¹¹	Cluster-RCT	12 Pflegeheime in den Niederlan-den Heimbewohnerinnen mit Demenz Ø 85 Jahre 90% Frauen n= 94 in den hier betrachteten Gruppen (insgesamt n= 189 in der Gesamtstudie)	INTERVENTIONEN: Helles Deckenlicht (1.000 Lux, 9-18 Uhr) KONTROLLE: Schwachtes Deckenlicht (400 Lux, 9-18 Uhr) (jeweils tgl. im Mittel für 15 Monate)	Herausforderndes Verhalten (gemessen mittels modifiziertem CMAI und NPI-NH) <i>Nachbeobachtungszeit:</i> Nach 6 Wochen, 12 und 24 Monaten	Kein Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. des herausfordernden Verhaltens .

Tabelle 33: Evidenztabelle Spezifische helle Beleuchtung & Lichttherapie

Bewertung der Qualität						Anzahl der Patienten		Effekt	Qualität	Bedeutung
Anzahl der Studien	Design	Bias-Risiko	Inkonsistenz	Indirektheit	Ungenauigkeit	Publikations-Bias	Intervention	Kontrolle	Gewichtete Differenz (95% KI) ³	
Herausforderndes Verhalten (Nachbeobachtungszeit 10 Tage bis 10 Wochen)										
1	Systematische Übersichtsarbeit mit n= 6 relevanten RCT.	Keins	Keine	Schwer-wiegend ²	Nicht gepoolt	Gering	154	96	-	⊕⊕⊕⊕ Mäßig Mittel

¹ n=6 RCT (vereinzelt unzureichende Randomisierung, fehlende verdeckte Zuteilung, fehlende Verblindung und hohe Zahl von Studienabbrechern)

² Eingeschlossene Studien untersuchen nicht den direkten Endpunkt (Anwendung von FEM), sondern den indirekten (herausforderndes Verhalten).

7. Anhang

7.1. Anhang Zusammensetzung der Leitliniengruppe (I)

Leitlinienkoordinationsgruppe (LLKG)

Jens Abraham	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Adrienne Henkel	Universität zu Lübeck
Prof. Dr. phil. Sascha Köpke	Universität zu Lübeck
Ramona Kupfer	Universität Hamburg
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Dr. rer. medic. Ralph Möhler	Universität Witten/Herdecke

LEG Mitglieder (stimmberechtigt)

Anke Buhl	AWO Schleswig-Holstein, Referentin für Alten- und Pflegepolitik
Uwe Brucker	Medizinischer Dienst des Spitzenverbands, Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen
Brigitte Bühlren	ALzheimer-ETHik e.V. Wir! Stiftung pflegender Angehöriger
Prof. Dr. phil. Dr. med. Rolf Hirsch	HsM - Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.
Dr. Sebastian Kirsch	Richter am Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen
Prof. Dr. phil. Sascha Köpke	Universität zu Lübeck
Dr. iur. Claudia Mahler	Deutsches Institut für Menschenrechte, Abteilung Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Dr. rer. medic. Ralph Möhler	Universität Witten/Herdecke
Silvia Naeve	Gesundheitsamt Kreis Schleswig-Flensburg
Dr. med. Tanja Richter	Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Berufsbetreuerin
Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller	Direktorin, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig
Heike Schinkel-Fricke	Einrichtungsleitungs- und Pflegedienstleitung in einer Altenpflegeeinrichtung, Flensburg
PD Dr. med. Horst Christian Vollmar	Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Josef Wassermann, Garmisch	Betreuungsstelle Garmisch-Partenkirchen

LEG Mitglieder (nicht stimmberechtigt)

Jens Abraham	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Adrienne Henkel	Universität zu Lübeck
Ramona Kupfer	Universität Hamburg

7.2. Suchstrategien

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der Suchstrategien zu den Empfehlungen (siehe Kapitel 6., Hauptteil: Interventionen zur Reduktion von FEM in der beruflichen Altenpflege).

Einschlusskriterien

- Keine zeitliche Begrenzung
- Englisch- und deutschsprachige (klinische Studien) und systematische Übersichtsarbeiten

Ausschlusskriterien

- Andere Settings wie z.B. die Akut- oder Rehabilitationspflege, Gerontopsychiatrie etc.

Datenbanken / Ressourcen

- Durchsicht von Abstracts, um über die Relevanz entscheiden zu können
- Datenbanken: PubMed, Cochrane Library, Cinahl
- Des Weiteren Suche unter: www.google.de
- Internet: Demenz-Support Stuttgart
- Handsuche in Referenzlisten

Suchbegriffe und Verknüpfungen

Für die Suche wurden die im Folgenden dargestellten Themenkomplexe verknüpft.

1. Themenkomplex „Freiheitseinschränkende Maßnahmen“

- PubMed: "Restraint, Physical"[Mesh] OR restrain* OR bedrail OR bedchair* OR belt* OR containment measure* OR side rail* OR cotside*
- CINAHL: (MH "Restraint, Physical" OR restrain* OR bedrail OR bedchair* OR belt* OR containment measure* OR side rail* OR cotside*)

2. Themenkomplex „Pflegeheim“

- PubMed: ("Residential Facilities"[Mesh] OR nursing home* OR "Aged" [MeSH] OR elder*)
- CINAHL: (MH "Residential Facilities" OR "Nursing Homes" OR nursing home* OR MH "Aged" OR elder*)

3. Themenkomplex „Herausfordernde Verhaltensweisen“

- PubMed: ("Psychomotor Agitation" [MeSH] OR agitation* OR wandering OR "disruptive behaviour" OR "challenging behavior*" OR "behavioral and psychological symptoms")
- CINAHL: (MH "Psychomotor Agitation" OR MH "Psychomotor Agitation" OR agitation* OR wandering OR "disruptive behaviour" OR "challenging behavior*" OR "behavioral and psychological symptoms")

4. Themenkomplex „Interventionen zur Reduktion von FEM“

- **Schulungsprogramme:** "Education, Nursing"[Mesh], "Geriatric Nursing/education"[MeSH], education*, staff training)
- **Spezifische Beschäftigungsprogramme:** "Rehabilitation"[Mesh], Activit*, Activat*, "Occupational Therapy"
- **Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz:** SCU, Special Care*, „Special Unit“, Special programme, Special Intervention, "Dementia Care"
- **Aktive und passive Musikinterventionen:** "Music therapy"[MeSH], Music*, "Non-pharmacological Treatment", "Non-pharmacological Intervention"
- **Snoezelen:** „Snoezelen“, Multi sensory, Multisensory, Multisensor*
- **Personenzentrierte Pflege:** "Primary Nursing"[Mesh], "Patient-Centered Care"[Mesh], Primary Nursing*, Patient-centered*, Person centered*, Client centered*
- **Biographieorientierte Intervention:** Reminiscence, "Life review", Biograph*
- **Tierkontakte:** "Animal assisted Therapy"[MeSH], Animal*, Pets[MeSH], "Bonding, human-pet"[MeSH]
- **Spezielle Pflege-Qualifikationen:** „Nurse Practitioner“, „Education, Nursing“, „Nurse Clinicians“, „Geriatric Nursing“, „Advanced Nursing Practice“, „Geriatric Nursing“
- **Kognitive Stimulation:** "Reality Orientation, Cognitive Stimulation"
- **Umgebungsgestaltung:** "Architecture as Topic"[MeSH], "Environment Design" [MeSH], "Environment"[MeSH], "Facility Design and Construction"[MeSH], "Gardening" [MeSH], "Health Facility Environment"[MeSH], Environment*, Architectur*, Therapeutic Design of Environment, Outdoor Environment*, Environmental Gerontology, "Nursing Home Design and Construction" [MeSH], "Milieu Therapy" [MeSH], "Therapeutic Psychosocial Environment*", Milieu Therap*, Milieu*, "Floor Surface*", "Floor Pattern*", "Floor Grid*", Barrier*, "Subjective Barrier*", "Visual Barrier*"

- **Spezielle Wohnkonzepte:** "Group Homes" [MeSH], "Housing for the Elderly" [MeSH], "Group Home*", Group Dwelling*, Group Living Care, Housing for the Elderly, Living Concept*, "Small-Scale Living", "Dwelling Form*", Domus*, Cantou, "CADE Unit*", "Residential Group*", "Woodside Place*", "Green House*", "Extra Care Housing", "Nursing Oasis"
- **Spezifische institutionelle Nachtgestaltung:** "Night Structure", "Night Care", Night*, "Night Facility", "Night Programme", "Sundowning", "Sundown Syndrome"
- **Aromatherapie:** "Aromatherapy/Nursing"[Mesh], Aroma Therap*, Complementary, Therap*, Alternative Therap*, Essential Oil*
- **Körperlich-aktivierende Maßnahmen:** "Rehabilitation Nursing"[MeSH], "Rehabilitation" [MeSH], "Motor Activity"[MeSH], "Exercise"[MeSH], "Exercise Movement Techniques"[MeSH], Rehabilitation*, "Exercise Therapy"
- **Basale Stimulation:** "Sensory Art Therapies/Nursing"[Mesh], "Physical Stimulation/Methods"[Mesh], "Basal* Stimulation"
- **Validation:** "Validation Therapy", VTD, "Emotion-Oriented Therapy"
- **Soziale Unterstützung:** "Social support", "Social Promotion", Visit*, "Social Interaction", "Socioenvironment", "Social Environment"
- **Spezifische helle Beleuchtung & Lichttherapie:** "Light", "Light Therapy", "Lighting", "Sunlight", "Phototherapy"

8. Literaturverzeichnis

Einleitung

1. Schneider J, Aichele V. Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Deutsches Institut für Menschenrechte. 2006. Online-Ressource: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_soziale_menschenrechte_aelterer_personen_in_pflege.pdf (Zugriff: 31.03.2014).
2. Breitscheidel M. Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin, Ullstein, 2007.
3. Graupner H. Die Not in den Heimen. Süddeutsche Zeitung 2005;161.
4. Deutsches Institut für Menschenrechte: Suggested topics to be taken into account for the preparation of a list of issues by the Committee against Torture on the implementation of the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Germany. 2013. Online Ressource: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/cat_state_report_germany_6_2015_DIMR_to_LOIPR_en.pdf (Zugriff: 31.03.2014).
5. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. J Clin Nurs 2009;18:981-90.

Kapitel 1.: Das Leitlinienprojekt

1. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. J Clin Nurs 2009;18:981-90.
2. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf (Zugriff 14.04.2014).
3. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. J Clin Nurs 2014;23:3012-24.
4. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA 2012;307:2177-84.
5. Köpke S, Meyer G, Haut A, Gerlach A. Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen 2008;102:45-53.

Kapitel 2.: Klärung der verwendeten Begriffe

1. BMFSFJ. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998.
2. BMFSFJ. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001.
3. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse Wiesbaden 2013.

Kapitel 3.: Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege

Kapitel 3.1. Definition und Methoden der Erhebung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM)

1. Harenberg N. Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der stationären Altenhilfe. Eine systematische Übersicht über Definitionen und Methoden der Erhebung. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Diplom Berufspädagogen der beruflichen Fachrichtung Pflegewissenschaft. Universität Bremen, Juli 2008 (unveröffentlicht, Rückfragen an gabriele.meyer@medizin.uni-halle.de).
2. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP. A Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints. Geront 2012; 52(s1):136; Symposium, 65. GSA Annual Scientific Meeting 14.-18.11.2012 in San Diego
3. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ. Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1992;40:811-816.
4. Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, et al. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. J Am Geriatr Soc 2007;55:334-341.
5. Edwards N, Daneco E, Heslin K, Ploeg J, Santos J, et al. Development and testing of tools to assess physical restraint use. Worldviews Evid Based Nurs 2006;3:73-85.
6. Ejaz FK, Folmar SJ, Kaufmann M, Rose MS, Goldman B. Restraint reduction: can it be achieved? Gerontologist 1994;34:694-699.
7. Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, et al. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1997;45: 675-681.
8. Folmar S, Wilso, H. Social behavior and physical restraints. Gerontologist 1989; 29:650-653.
9. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, et al. Reduction of belt restraint use: long-term effects of the EXBELT intervention. J Am Geriatr Soc 2013;61:107-112.

10. Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 2007;65:924-933.
11. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr* 2006;6: 17.
12. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psycho-geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1139-1148.
13. Koch S. Restraining nursing home residents. *Australian Journal of Advanced Nursing* 1993;11:9-14.
14. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Meyer G, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;307:2177-2184.
15. wok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *J Clin Nurs* 2006;15:581-587.
16. Laurin D, Voyer P, Verreault R, Durand PJ. Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nurs* 2004;3:5.
17. Levine JM, Marchello V, Totolos E. Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:914-918.
18. Magee R, Hyatt EC, Hardin SB, Stratmann D, Vinson MH, et al. Institutional policy: use of restraints in extended care and nursing homes. *J Gerontol Nurs* 1993;19:31-39.
19. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:158-162.
20. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009;18:981-990.
21. Rovner BW, Steele CD, Shmuely Y, Folstein MF. A randomized trial of dementia care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:7-13.
22. Ryden MB, Feldt KS, Oh HL, Brand K, Warne M, et al. Relationships between aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured units. *Arch Psychiatr Nurs* 1999;13:170-178.
23. Schnelle JF, Bates-Jensen BM, Levy-Storms L, Grbic V, Yoshii J, et al. The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: does it reflect differences in care? *Gerontologist* 2004; 44:245-255.

24. Werner P, Cohen-Mansfield J, Braun J, Marx MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:1122-1126.
25. German PS, Rovner BW, Burton LC, Brant LJ, Clark R. The role of mental morbidity in the nursing home experience. *Gerontologist* 1992;32:152-158.
26. Kotynia-English R, McGowan H, Almeida OP. A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. *Int Psychogeriatr* 2005;17:475-485.
27. Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:62-69.
28. Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Lichtenstein MJ, Griffin MR, et al. Reducing anti-psychotic drug use in nursing homes. A controlled trial of provider education. *Arch Intern Med* 1993;153:713-721.
29. Chiba Y, Yamamoto-Mitani N, Kawasaki M. A national survey of the use of physical restraint in long-term care hospitals in Japan. *J Clin Nurs* 2012;21:1314-1326.
30. de Veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1881-1886.
31. Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs* 2004;45:246-251.
32. Hantikainen V. Physical restraint: a descriptive study in Swiss nursing homes. *Nurs Ethics* 1998;5:330-346.
33. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2012;21:1033-1040.
34. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1722-1728.
35. Kirkevold O, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:491-497.
36. Klie T, Pfundstein T. Münchener Studie: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. In Hoffmann B, Klie T (Hrsg.). *Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis*. Heidelberg, 2004.
37. Klie T, Pfundstein T, Stoffer FJ. In Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.). "Pflege ohne Gewalt?" *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien*. Köln, 2005.
38. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998;35:184-191.
39. Retsas AP, Crabbe H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998;35:177-183.

40. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, et al. Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *Int Psychogeriatr* 2014;26:657-668.
41. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. *Adm Policy Ment Health* 2006;33:696-704.
42. Castle NG, Fogel B, Mor V. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the Nursing Home Reform Act. *Gerontologist* 1997;37:737-747.
43. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist* 2008;48:442-452.
44. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:1110-1118.
45. Jensdottir AB, Rantz M, Hjaltadottir I, Gudmundsdottir H, Rook M, et al. International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities. *Int Nurs Rev* 2003;50:79-84.
46. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997;26 Suppl 2:43-7.
47. Miller SC, Papandonatos G, Fennell M, Mor V. Facility and county effects on racial differences in nursing home quality indicators. *Soc Sci Med* 2006;63:3046-3059.
48. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Med Care* 2006;44:1114-1120.
49. Sirin SR, Castle NG, Smyer M. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: The impact of the nursing home reform act. *Research on Aging* 2002;24:513-527.
50. Kirkevold O, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2004;18:281-286.
51. Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:980-988.
52. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:587-590.
53. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, et al. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1202-1207.
54. Castle NG. Differences in nursing homes with increasing and decreasing use of physical restraints. *Med Care* 2000;38:1154-1163.

Kapitel 3.2. Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

1. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997;26 Suppl 2:43-7.
2. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005;38:19-25.
3. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical Restraint in Acute and Residential Care - A Systematic Review. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, 2002.
4. de Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:M922-3.
5. Evans LK, Cotter VT. Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys. *Am J Nurs* 2008;108:40-4.
6. Chiba Y, Yamamoto-Mitani N, Kawasaki M. A national survey of the use of physical restraint in long-term care hospitals in Japan. *J Clin Nurs* 2012;21:1314-26.
7. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:1110-8.
8. Galan Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gomez Fernandez JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Use of physical restraints in an elderly population living in public nursing homes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43:208-13.
9. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lovheim H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1144-52.
10. Castle NG, Mor V. Physical restraints in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987. *Med Care Res Rev* 1998;55:139-70.
11. Pfundstein. Pflege ohne Gewalt? 2004. Online-Ressource: http://www.boschstiftung.de/content/language1/downloads/02020301_16_abschlussbericht.pdf (Zugriff: 25.03.2014).
12. Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. Heidelberg, C.F. Müller, 2004.
13. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2012;21:1033-40.
14. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.). 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2012. Online-Ressource: <http://www.mds-ev.de/QualitaetsberichtdesMDS.htm> (Zugriff: 25.03.2014).

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

Kapitel 3.3. Gründe für die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

1. Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud* 2002;39:735-743.
2. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:158-162.
3. Klie T, Pfundstein, T. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In Hoffmann B, Klie T (Hrsg.). *Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis*. Heidelberg, CF Müller 2004;75-130.
4. Kirkevold Ø, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs* 2004;13:902-905.
5. Werner P. Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers. *J Interprof Care* 2002;16:59-68.
6. Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs* 2007;58:532-40.
7. Koch S. Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing* 2006;1:151-8.
8. Hantikainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 2001;10:246-256.
9. Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Aust J Adv Nurs* 2005;22:46-52.
10. Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med* 2005;54:80-84.
11. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005;38:19-25.
12. de Veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*, 2009;57(10):1881-6.
13. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs* 2013.
14. Halek M, Bartholomeyczik S. Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft 2006.

15. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource:
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1\[publication\]=112&tx_rsmpublications_pi1\[action\]=show&tx_rsmpublications_pi1\[controller\]=Publication&cHash=ed47a0470616fa83dd049fc572773a33](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1[publication]=112&tx_rsmpublications_pi1[action]=show&tx_rsmpublications_pi1[controller]=Publication&cHash=ed47a0470616fa83dd049fc572773a33) (Zugriff: 28.03.2014).
16. Huizing AR, Hamers JPH, de Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Soc Sci Med* 2007;65(5):924-33.
17. Ryden MB, Feldt KS, Oh HL, Brand K, Warne M, Weber E, Nelson J, Gross C. Relationships between aggressive behaviour in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured units. *Arch Psychiatr Nurs* 1999;13:170-178.
18. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:342-48.
19. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1348-54.
20. Schnelle JF, Simmons SF, Ory MG. Risk factors that predict staff failure to release nursing home residents from restraints. *Gerontologist* 1992;32:767-770.
21. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ, Clark RD. Mental illness and the use of restraints in nursing homes. *Gerontologist* 1992;32:164-70.
22. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009;18:981-90.
23. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. *JAMA* 1991;265:468-71.
24. Folmar S, Wilson H. Social behavior and physical restraints. *Gerontologist* 1989;29:650-53.
25. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes (private). *Adm Policy Ment Health* 2006;33:696-704.
26. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ. Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:811-16.
27. Werner P, Cohen-Mansfield J, Braun J, Marx MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:1122-26.
28. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs* 2014;23:3012-24.

29. Bostick JE. Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *J Nurs Care Qual* 2004;19:130-36.
30. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia – impact of specialized units. *JAMA* 1991;265:1278-1282.
31. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Initiation of physical restraint in nursing home residents following restraint reduction efforts. *Research in Nursing & Health* 1999;22:369-79.
32. Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries B, Morris JN, Nennstiel ME. Facility and area variation affecting the use of physical restraints in nursing homes. *Medical Care* 1996;34:1149-1162.
33. Castle NG, Fogel B, Mor V. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the nursing home reform act. *The Gerontologist* 1997;37:737-47.
34. Sirin SR, Castle NG, Smyer M. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: the impact of the nursing home reform act. *Research on Aging* 2002;24:513-27.
35. Retsas AP, Crabbe H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998;35:177-83.
36. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998;35:184-191.
37. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care* 2006;44:1114-20.
38. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1722-28.
39. Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:980-988.
40. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):1033-40.
41. Thomas KS, Hyer K, Castle NG, Branch LG, Andel R, Weech-Maldonado R. Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *Gerontologist* 2012;52(6):802-11.
42. Wagner LM, McDonald SM, Castle NG. Nursing home deficiency citations for physical restraints and restrictive side rails. *West J Nurs Res* 2013;35(5):546-565.
43. Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *American Journal of Critical Care* 2005;14:133-142.

44. Mion LC, Minnick AF, Leipzig R, Catrambone CD, Johnson ME. Patient-initiated device removal in intensive care units: A national prevalence study. *Crit Care Med* 2007;35:2714-2720.
45. Happ MB. Preventing treatment interference: The nurse's role in maintaining technologic devices. *Heart & Lung* 2000;29:60-69.
46. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship* 2007;39:30-37.
47. Robbins LJ, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:290-96.

Kapitel 3.4.1. Haltung, Einstellung und Erleben der Pflegenden

1. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2009;18:981-90.
2. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs* 2010;19:3197-207.
3. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud* 2014;51:274-88.
4. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs* 2007;16:486-94.
5. Hantikainen V, Käppeli S. Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *J Adv Nurs* 2000;32:1196-205.
6. Hennessy CH, McNeely EA, Whittington FJ, Strasser DC, Archea CK. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. *J Aging Stud* 1997;11:49-62.
7. Lai CK. Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? - A study using focus group interviews. *BMC Nurs* 2007;6:5.
8. Quinn CA. Nurses' perceptions about physical restraints. *West J Nurs Res* 1993;15:148-58.
9. Janelli LM, Dickerson SS, Ventura MR. Focus groups: nursing staff's experiences using restraints. *Clin Nurs Res* 1995;4:425-41.
10. Janelli LM, Kanski GW. Focus groups: determining issues surrounding physical restraint use. *Perspectives* 1996;20:10-4.
11. Karlsson S, Bucht G. Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *J Clin Nurs* 2000;9:842-50.

12. Lee DT, Chan MC, Tam EP, Yeung WS. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 1999;29:153-9.

Kapitel 3.4.2. Haltung, Einstellung und Erleben der Bewohnerinnen und Angehörigen

1. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemp Nurse* 2002;13:126-35.
2. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *J Nurs Scholarsh.* 2010;42:448-56.
3. Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs* 2007;58:532-540
4. Hardin SB, Magee R, Vinson MH, Owen M, Hyatt E, Stratmann D. Patient and family perceptions of restraints. *J Holist Nurs* 1993;11:383-97.
5. Newbern VB, Lindsey IH. Attitudes of wives toward having their elderly husbands restrained. *Geriatr Nurs* 1994;15:135-41.
6. Werner P, Cohen-Mansfield J, Green PM, Pasis S, Gerber B. Families' Perceptions of the Use of Physical Restraints in the Nursing Home. *Clin Gerontol* 1993;13:45-57.
7. Lai CK, Wong IY. Families' perspectives on the use of physical restraints. *Contemp Nurse* 2008;27:177-84.

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

1. Härter M, Müller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W. Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105:263-70.
2. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Sandy D, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews Evid Based Nurs* 2008;5:25-35.
3. Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:334-341.
4. Köpke S, Meyer G. Ernährung am Lebensende - PEG bei Menschen mit Demenz: Pflegende können zentrale Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen. *Pflegezeitschrift* 2005;58:314-317.
5. Whitlatch CJ, Menne HL: Don't forget about me! Decision making by people with dementia. *Generations* 2009;33:66-72.

6. Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:241.
7. Hirschman KB, Joyce CM, James BD, Xie SX, Karlawish JH. Do Alzheimer's disease patients want to participate in a treatment decision, and would their caregivers let them? *Gerontologist* 2005;45:381-8.
8. Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R. Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. *J Aging Stud* 2013;27:143-50.
9. Bayerischer Landespflegeausschuss. Verantwortungsvoller Umgang mit freiheits-entziehenden Maßnahmen in der Pflege. 2006. Online-Ressource: <http://www.kh-cirs.de/faelle/pdf/BayStaats-VerantwortungsvollerUmgangFEM.pdf> (Zugriff: 10.04.2014).
10. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs* 2012;68:1198-210.
11. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs* 2010;19:3197-207.
12. Hantkainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 2001;10:246-256.
13. Köpke S, Meyer G, Kasper J. Decisions on physical restraints and nurses' emotional distress: A multisetting questionnaire study. 60th Annual Scientific meeting of the Gerontological Society of America (GSA), 18.11.2007, San Francisco. *Gerontology* 2007;47(special issue 1):304.

Kapitel 3.6. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und ähnliche Dokumente zur Vermeidung von FEM

1. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009;18:385-92.
2. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;307:2177-84.
3. Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G. Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke, 2009.

4. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. 2012. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Online Ressource: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints> (Zugriff 07.05.2014).

Kapitel 3.7. Der „Werdenfelser Weg“

1. Lexa N, Kirsch S. Der Werdenfelser Weg. Z Palliativmed 2012;13:FV30

Kapitel 3.8. Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

1. Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. Int J Nurs Stud 2002;39:735-743.
2. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. J Adv Nurs 2012;68:1198-210.
3. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Int J Nurs Stud 2014;51:274-88.
4. Vassallo M, Wilkinson C, Stockdale R, Malik N, Baker R, Allen S. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. Gerontology 2005;51:66-70.
5. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. J Clin Nurs 2010;19:3197-207.
6. Tang WS, Chow Y L, Koh SSL. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. JBI Libr Syst Rev 2012;10:307-51.
7. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JP. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. J Am Geriatr Soc 2011;59:2029-36.
8. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, Meyer G. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA 2012;307:2177-84.
9. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. J Clin Nurs 2012;21:3070-81.
10. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC, Gosney MA. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. BMJ 2007;334: 82.

11. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical restraint in acute and residential care - A systematic review. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, 2002. Online-Ressource: http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/systematic_reviews.php (Zugriff: 29.5.2008).
12. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei Gurtfixierungen. Dtsch Arztebl Int. 2012;109:27-32.
13. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs 2003;41:274-282.
14. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. J Am Geriatr Soc 1997;45:797-802
15. Pedal I. Plötzliche Todesfälle mechanisch fixierter Patienten. Z Gerontol Geriatr 1996;29:180-184.
16. Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. Age Ageing 2008;37:368-378.
17. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück, 2013.
18. Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lüthmann D, Raspe H. Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA), 1. Aufl. Köln: DIMDI 2012.
19. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev 2012;(12):CD005465.

Kapitel 3.9. Nationale und internationale (Pflege-) Standards, Leitlinien und ähnliche Dokumente zur Vermeidung von FEM

1. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, Kleiner A, Guerra V, Rissmann U, Kurrle S, Bredthauer D. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. J Am Geriatr Soc 2011;59:333-9.
2. Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G. Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke, 2009.
3. Haines TP, Bell RA, Varghese PN. Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds to hospital wards for the prevention of falls and fall injuries. J Am Geriatr Soc 2010;58:435-41.
4. Warnke A. Prävention von Hüftgelenksfrakturen durch externen Hüftschutz. Entwicklung, Evaluation und Implementierung eines strukturierten Informationsprogramms. Universität Hamburg, 2001 (unveröffentlichte Dissertation).
5. Santesso N, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. Cochrane Database Syst Rev 2014;(3):CD001255.

6. Meyer G, Warnke A, Bender R, Mühlhauser I. Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7380):76.
7. Cameron ID, Kurrle SE, Quine S, Sambrook PN, March L, Chan DK, Lockwood K, Cook B, Schaafsma FF. Improving adherence with the use of hip protectors among older people living in nursing care facilities: a cluster randomized trial. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12(1):50-7.
8. McShane R. Should patients with dementia who wander be electronically tagged? Yes. *BMJ* 2013;346:f3603.
9. O'Neill D. Should patients with dementia who wander be electronically tagged? No. *BMJ* 2013;346:f3606.
10. Niemeijer AR, Frederiks BJ, Riphagen II, Legemaate J, Eefsting JA, Hertogh CM. Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: an overview of the literature. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1129-42.
11. Landau R, Werner S. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. *Int Psychogeriatr* 2012;24:358-66.
12. Tolmein O. Freiheit oder Sicherheit. Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz. *Dr. med. Mabuse* 2008;172:51.
13. Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *J Clin Nurs* 2006;15:581-7.
14. Sahota O, Drummond A, Kendrick D, Grainge MJ, Vass C, Sach T, Gladman J, Avis M. REFINE (REducing Falls in In-patienT Elderly) using bed and bedside chair pressure sensors linked to radio-pagers in acute hospital care: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2014;43:247-53.
15. Kosse NM, Brands K, Bauer JM, Hortobagyi T, Lamothe CJ. Sensor technologies aiming at fall prevention in institutionalized old adults: a synthesis of current knowledge. *Int J Med Inform* 2013;82:743-52.
16. Zwijsen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CM. Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *Int J Nurs Stud* 2012;49:212-9.
17. Niemeijer AR, Frederiks BJ, Depla MF, Legemaate J, Eefsting JA, Hertogh CM. The ideal application of surveillance technology in residential care for people with dementia. *J Med Ethics* 2011;37:303-10.
18. Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, Corner L, Beyer F, Finch T, Hughes J, Vanoli A, Ballard C, Bond J. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:9-22.

Kapitel 4.: Assessmentinstrumente

1. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/file-admin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf (Zugriff 28.10.2014).
2. Conn D, Thorpe L. Assessment of behavioural and psychological symptoms associated with dementia. *Can J Neurol Sci.* 2007;34:67-71.
3. Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:161-7.
4. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987;48(5) Suppl:9-15.
5. Cummings JL, Mega MS, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment in psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
6. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:711-21.
7. Bradford Dementia Group. Evaluating dementia care: The DCM Method (7th ed.). 1997, Bradford, U.K.: University of Bradford.
8. Brooker DJ, Surr C. Dementia Care Mapping (DCM): initial validation of DCM 8 in UK field trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1018-25.
9. Zuidema SU, Buursema AL, Gerritsen MG, Oosterwal KC, Smits MM, Koopmans RT, et al. Assessing neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: reliability and Reliable Change Index of the Neuropsychiatric Inventory and the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:127-34.
10. Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H, Jantzen B, et al. Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Bericht. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, 2004.
11. Reisberg B, Monteiro I, Torossian C, Auer S, Shulman MB, Ghimire S, et al. The BEHAVE-AD assessment system: a perspective, a commentary on new findings, and a historical review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014;38:89-146.
12. Auer S, Bötsch T. Erfassung von Verhaltensstörungen. In Hampel H, Padenberg F, Möller HJ (Hrsg.). *Alzheimer Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten.* Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2003:149-73.
13. Lai CK. The merits and problems of Neuropsychiatric Inventory as an assessment tool in people with dementia and other neurological disorders. *Clin Interv Aging* 2014;9:1051-61.

14. Geriatriische Klinik St. Gallen. Assessmentinstrumente. Online-Ressource: <http://www.gesundheitundalter.ch/Portals/3/media/geriatriische/PDF/NPI.pdf> (Zugriff 28.10.2014).
15. Brooker D. Dementia care mapping: A review of the research literature. *Gerontologist* 2005;45(special issue 1):11-8.
16. Sloane PD, Brooker D, Cohen L, Douglass C, Edelman P, Fulton BR, et al. Dementia care mapping as a research tool. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:580-9.
17. Cooke HA, Chaudhury H. An examination of the psychometric properties and efficacy of Dementia Care Mapping. *Dementia (London)* 2013;12:790-805.
18. Bradford Dementia Group. Dementia Care Mapping (DCM) 8. Handbuch. Bradford/Witten, 2008.

Kapitel 5.: Rechtliche Rahmenbedingungen

- Bauer A, Klie T, Lütgens K (Hrsg.). *Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht*. LsBlS, Heidelberg, Stand 7 / 2014 (zit: Bearb: HK-BUR).
- Bieback, KJ: *Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht*. Heidelberg, 2004.
- Bredthauer D, Klie T, Viol M. Entscheidungsfindung zwischen Sicherheit und Mobilitätsförderung. Die Suche nach dem Königsweg. *BtPrax* 2009;18-24.
- Deinert H, Jegust W. *Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen*. 2. Auflage. Bonn, 2006.
- Henke F. *Fixierungen in der Pflege. Rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung*. Stuttgart, 2006.
- Hoffmann B, Klie T. *Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis*, Heidelberg, 2011.
- Hoffmann B, Klie T. *Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis*. Heidelberg, 2012.
- Hoffmann B, Klie T. *Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis*. Heidelberg, 2012.
- Klie T. *Recht auf Verwirrtheit. Einführung in das Betreuungsrecht für die Altenpflege*. Hannover, 1994;
- Schumacher C. *Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischer Betreuung gebrechlicher Menschen*. Stuttgart, 1997.
- Klie T, Pfundstein T. In Hoffmann B, Klie T (Hrsg.). *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Betreuungsrecht und Betreuungspraxis*. Heidelberg, 2004.
- Klie T. *Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen*. 8. Aufl. Hannover, 2007.

- Klie T. In Pflegerecht: Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit dementiellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen und die Debatte um die „Aufsichtspflicht“. 2008;12:366-74.
- Klie T. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 10. Aufl. Hannover, 2013.
- Klie T, Krahmer U, Plantholz M. Lehr- und Praxiskommentar SGB XI. 4. Aufl. Baden Baden, 2013 (zit. Bearb. In: LPK SGB XI).
- Klie T, Vollmann J, Pantel J. Autonomie und Einwilligungsfähigkeit bei Demenz als interdisziplinäre Herausforderung für Forschung, Politik und klinische Praxis; Informationsdienst Altersfragen 2014;41:5-15.
- Marschner R. Freiheitsentziehung und Unterbringung, 4. Aufl. München, 2001.

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

Kapitel 6.1. Empfehlung - Schulungsprogramme

1. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. J Clin Nurs 2012;21:3070-81.
2. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E. et al. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. J Am Geriatr Soc 2011;59:2029-36.
3. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Meyer G. et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA 2012;307:2177-84.
4. Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G. et al. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1997;45:675-81.
5. Testad I, Aasland A, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:587-90.
6. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. J Am Geriatr Soc 2009;57:1139-48.
7. Testad I, Ballard C, Brønnick K, Aarsland D. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. J Clin Psychiatry 2010;71:80-6.
8. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D et al. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. J Am Geriatr Soc 2011;59:333-9.

9. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, et al. Reduction of belt restraint use: long-term effects of the EXBELT intervention. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:107-12.

Kapitel 6.2. Empfehlung - Spezifische Beschäftigungsprogramme

1. Hill NL, Kolanowski A, Kürüm E. Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia. *J Gerontol Nurs* 2010;36:45-52.
2. Jenull-Schiefer B, Janig H. Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr* 2004;37:393-401.
3. Schneekloth U, Wahl HW [Hrsg]. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Abschlussbericht 2007. Online Ressource: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff am 06. Juni 2014).
4. Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I, Hoell A, Weyerer S. Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psych Prax* 2013;40:200-2006.
5. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally-tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 (im Druck).
6. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:908-16.
7. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2012;73:1255-61.
8. Kolanowski AM, Litaker M, Buettner L. Efficacy of Theory-Based Activities for Behavioral Symptoms of Dementia. *Nurs Res* 2005;54:219-28.
9. Kolanowski A, Litaker M, Buettner L, Moeller J, Costa PT Jr. A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1032-41.
10. Orsulic-Jeras S, Schneider NM, Camp CJ. Special Feature: Montessori-Based Activities for Long-Term Care Residents with Dementia. *Topic Geriatr Rehabil* 2000;16:78-91.
11. van der Ploeg ES, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, et al. A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia. *Int Psychogeriatr* 2013;25:565-75.

12. Wenborn J, Challis D, Head J, Miranda-Castillo C, Popham C, et al. Providing activity for people with dementia in care homes: A cluster randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:1296-304. *iatr Soc* 2013;61:107-12.

Kapitel 6.3. Empfehlung - Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz

1. Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I. Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany. *Geriatr. Psychiatry* 2010; 25:1159-67.
2. Gerdner LA, Beck CK. Statewide survey to compare services provided for residents with dementia in special care units and non-special-care units. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2001;16:289-96.
3. Gruneir A, Lapane KL, Miller SC, Mor V. Is dementia special care really special? A new look at an old question. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:199-205.
4. Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD006470.
5. Bianchetti A, Benvenuti P, Ghisla KM, Frisoni GB, Trabuchhi M. An Italian model of dementia special care unit: results of a pilot study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11:53-56.
6. Buchanan RJ, Choi M, Wang S, Ju H, Graber D. Nursing home residents with Alzheimer's disease in special care units compared to other residents with Alzheimer's disease. *Dementia* 2005;4:249-67.
7. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *AM J Public Health* 2000;90:92-96.
8. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C. Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia. Impact of specialized units. *JAMA* 1991;265:1278-82.
9. Thomas DW. A case study on the effects of a retrofitted dementia special care unit on resident behaviors. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 1996;11:8-14.
10. Kok JS, Berg IJ, Scherder EJA. Special Care Units and Traditional Care in Dementia: Relationship with Behavior, Cognition, Functional Status and Quality of Life - A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2013;3:360-75.
11. Nobili A, Piana I, Balossi L, Pasina L, Matucci M, Tarantola M et al. Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: are there differences at admission and in clinical outcomes? *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2008;22:352-61.
12. Crespo M, Hornillos C, Gómez MM. Dementia special care units: a comparison with standard units regarding residents' profile and care features. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:2023-31.

Kapitel 6.4. Empfehlung - Aktive und passive Musikinterventionen

1. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12:628-41.
2. Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft: Definition - Berufsbild - Geschichte. Online-Ressource: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18> (Zugriff: 07.06.2014).
3. Vasionyte I, Madison G. Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *J Clin Nurs* 2013;22:1203-16.
4. Chatterton W, Baker F, Morgan K. The singer or the singing: who sings individually to persons with dementia and what are the effects? *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2010;25:641-9.
5. McDermott O, Crellin N, Ridder HM, Orrell M. Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:781-94.
6. Raglio A, Bellelli G, Mazzola P, Bellandi D, Giovagnoli AR, Farina E, et al. Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas* 2012;72:305-10.
7. Skingley A, Vella-Burrows T. Therapeutic effects of music and singing for older people. *Nurs Stand* 2010;24:35-41.
8. Wall M, Duffy A. The effects of music therapy for older people with dementia. *Br J Nurs* 2010;19:108-13.
9. Cooke ML, Moyle W, Shum DH, Harrison SD, Murfield JE. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging Ment Health* 2010;14:905-16.
10. Garland K, Beer E, Eppingstall B, O'Connor DW. A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: Simulated family presence and preferred music. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:514-21.
11. Lin Y, Chu H, Yang CY, Chen CH, Chen SG, et al. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:670-8.
12. Narme P, Clement S, Ehrle N, Schiaratura L, Vachez S, et al. Efficacy of musical interventions in dementia: Evidence from a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis* 2014;38:359-69.
13. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Gentile S, et al. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial. *Aging Ment Health* 2010;14:900-4.
14. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22:158-62.

15. Ridder HM, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging Ment Health* 2013;17:667-78.
16. Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:621-7.
17. Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, de Jonge P, Zuidema SU et al. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:1031-8.
18. Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs* 1998;24:10-7.
19. Gerdner LA. Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 2000;12:49-65.
20. Groene RW. Effectiveness of Music Therapy 1:1 Intervention with Individuals Having Senile Dementia of the Alzheimer's Type. *Journal of Music Therapy* 1993;30:138-57.
21. Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nurs Res* 2002;51:317-23.
22. Sung HC, Chang SM, Lee WL, Lee MS. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complement Ther Med* 2006;14:113-9.

Kapitel 6.5. Empfehlung - Snoezelen

1. Sánchez A, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2013;28:7-14.
2. Deutsche Snoezelen-Stiftung: Definition Snoezelen. Online-Ressource: <http://www.snoezelen-stiftung.de/definition.html> (Zugriff: 07.05.2014).
3. van Weert JC, Kerkstra A, van Dulmen AM, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *Int J Nurs Stud* 2004;41:397-409.
4. Chung JC, Lai CK. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD003152.
5. Kim SY, Yoo EY, Jung MY, Park SH, Park JH. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation* 2012;31:107-15.

6. Kverno KS, Black BS, Nolan MT, Rabins PV. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr* 2009;21:825-43.
7. Nocon M, Roll S, Schwarzbach C, Vauth C, Greiner W, Willich SN. Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz. Ein systematischer Review. *Z Gerontol Geriatr* 2010;43:183-9.

Kapitel 6.6. Empfehlung – Personenzentrierte Pflege (biographieorientierte Interventionen)

1. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol* 2008;7:362-7.
2. Welling K. Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood– ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. *Unterricht Pflege* 2004;5:2-10.
3. Böhm E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Bd. 1. Grundlagen. Wien, Maudrich, 2001.
4. Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M, Luscombe G. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol* 2009;8:317-25.
5. Rokstad AM, Vatne S, Engedal K, Selbaek G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *J Nurs Manag* 2015;23:15-26.
6. Chenoweth L, Forbes I, Fleming R, King MT, Stein-Parbury J, Luscombe G, Kenny P, Jeon YH, Haas M, Brodaty H. PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1147-60.
7. Wang JJ, Yen M, OuYang WC. Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49:227-32.
8. Van Bogaert P, Van Grinsven R, Tolson D, Wouters K, Engelborghs S, Van der Mussele S. Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:528.e9-13.
9. O'Shea E, Devane D, Cooney A, Casey D, Jordan F, Hunter A, et al. The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:1062-70.

Kapitel 6.7. Empfehlung - Tierkontakte

1. Braun MM, McCabe BW. Companion animals and persons with dementia of the Alzheimer's type: therapeutic possibilities. *Am Behav Sci* 2003;47:94-9.
2. Perkins J, Bartlett H, Travers C, Rand J. Dog-assisted therapy for older people with dementia: a review. *Australas J Ageing* 2008;27:177-82.
3. Guay DRP. Pet-assisted therapy in the nursing home setting: Potential for zoonosis. *Am J Infect Control* 2001;29:178-86.
4. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2006;18:597-611.
5. Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, et al. Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review. *J Psychiatr Res* 2013;47:762-73.
6. Brodaty H, Burns K. Nonpharmacological management of apathy in dementia: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012;20:549-64.
7. Majic T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA. Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21:1052-9.
8. Nordgren L, Engstrom G. Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. *Nurs Older People* 2014;26:31-8.

Kapitel 6.8. Empfehlung - Spezielle Pflegequalifikationen (Advanced Nursing Practice etc.)

1. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK). Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Berlin, 2013.
2. Schober M, Affara F, International Council of Nurses (ICN). Advanced Nursing Practice. Oxford, Blackwell, 2006.
3. Sachs M. Advanced Nursing Practice – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. *Pflege & Gesellschaft* 2007;12:101-17.
4. Ruiz BA, Tabloski PA, Frazier SM. The role of gerontological advanced practice nurses in geriatric care. *J AM Geriatr Soc* 1995;43:1061-64.
5. Mezey M, Burger SG, Bloom HG, Bonner A, Bourbonniere M, Bowers B, et al. Experts recommend strategies for strengthening the use of advanced practice nurses in nursing homes. *J AM Geriatr Soc* 2005;53:1790-97.
6. Kennedy-Malone L, Penny J, Fleming ME. Clinical practice characteristics of gerontological nurse practitioner: a national study. *J AM Acad Nurse Pract* 2008;20:17-27.

7. Chapman DG, Toseland RW. Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia. *Soc Work* 2007;52:321-29.
8. Eisch JS, Brozovic B, Colling K, Wold K. Nurse practitioner geropsychiatric consultation service to nursing homes. *Geriatr Nurs* 2000;21:150-55.
9. Bourbonniere M, Evans LK. Advanced practice nursing in the care of frail older adults. *J AM Geriatr Soc* 2002;50:2062-76.
10. Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes *J AM Geriatr Soc* 2007;55:334-41.
11. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs* 2013;69:2148-61.

Kapitel 6.9. Empfehlung - kognitive Stimulation

1. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2.
2. Aguirre E, Woods RT, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Res Rev* 2013;12:253-62.
3. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die nicht-medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. 2000. Online-Ressource: <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/die-alzheimer-krankheit.html> (Zugriff: 27.06.2014).
4. Matolyzc E. Pflege von alten Menschen. Wien, New York, Springer, 2011.
5. Carrion C, Aymerich M, Bailles E, Lopez-Bermejo A. Cognitive psychosocial intervention in dementia: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2013;36:363-75.
6. Kong EH, Evans LK, Guevara JP. Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health* 2009;13:512-20.
7. Kverno KS, Black BS, Nolan MT, Rabins PV. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr* 2009;21:825-43.
8. Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-78.
9. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:503-06 e2.

10. Testad I, Corbett A, Aarsland D, Lexow KO, Fossey J, et al. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1083-98.
11. Luttenberger K, Donath C, Uter W, Graessel E. Effects of Multimodal Nondrug Therapy on Dementia Symptoms and Need for Care in Nursing Home Residents with Degenerative Dementia: A Randomized-Controlled Study with 6-Month Follow-Up. *J AM Geriatr Soc* 2012;60:830-40.
12. Baines S, Saxby P, Ehler K. Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people. *Br J Psychiatry* 1987;151:222-31.
13. Ferrario E, Cappa G, Molaschi M, Rocco M, Fabris F. Reality orientation therapy in institutionalized elderly patients: Preliminary results. *Arch Gerontol Geriatr* 1991;12(Suppl 2):139-42.

Kapitel 6.10. Empfehlung - Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

1. Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *Gerontologist* 2000;40:397-416.
2. Low LF, Draper B, Brodaty H. The relationship between self-destructive behaviour and nursing home environment. *Aging & mental health* 2004;8:29-33.
3. Cohen-Mansfield J, Werner P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The Gerontologist* 1998;38:199-208.
4. Algase DL, Beattie ER, Antonakos C, Beel-Bates CA, Yao L. Wandering and the physical environment. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2010;25:340-6.
5. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:14-22.
6. Detweiler MB, Murphy PF, Myers LC, Kim KY. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2008;23:31-45.
7. Murphy PF, Miyazaki Y, Detweiler MB, Kim KY. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability. *Dementia* 2010;9:355-73.
8. Edwards CA, McDonnell C, Merl H. An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia (London)* 2013;12:494-510.
9. Dinand C. Milieuthérapie, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, eine Literaturanalyse. Universität Witten/Herdecke, 2002 (unveröffentlichte Bachelorarbeit).

10. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren-Altenhilfe.pdf (Zugriff: 08.08.2014).
11. Fischer-Terworth C, Probst P. Effects of a psychological group intervention on neuropsychiatric symptoms and communication in Alzheimer's dementia. *Z Gerontol Geriatr* 2012;392-9.
12. Chenoweth L, Forbes I, Fleming R, King MT, Stein-Parbury J et al. PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1147-60.

Kapitel 6.11. Empfehlung - spezielle Wohnkonzepte

1. Dühning A. Macht das "Setting" den Unterschied? Saarbrücken, VDM Verlag Dr. Müller, 2007.
2. Kremer-Preiß U, Stolarz H. Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung - eine Bestandsanalyse - Zwischenbericht im Rahmen des Projektes "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. 2003. Online-Ressource: https://www.kda.de/tl_files/kda/Projekte/Leben%20und%20Wohnen%20im%20Alter/2003-LuW-Band1.pdf (Zugriff 24.07.2014).
3. Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI, Hamers JP. Small, home-like care environments for older people with dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2009;21:252-64.
4. Elmstahl S, Annerstedt L, Ahlund O. How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? *Alzheimer disease and associated disorders*. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11:47-52.
5. Rutenkröger A, Kuhn C. "Im Blick haben" - Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. 2008. Online-Ressource: http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_forschung_2008_1.pdf.pdf (Zugriff: 25.07.2014).
6. Brandenburg H, Adam-Paffrath R, Brühl A, Burbaum J. Pflegeoasen: (K)ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? POLA-SD-Abschlussbericht. 2011. Online-Ressource: http://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Pflege/Projektberichte/PFLE-GEOASE_Abschlussbericht_Veroeffentlichung.pdf (Zugriff: 05.08.2014).
7. Dettbarn-Reggentin J, Reggentin H. Pflegeoase Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching a. d. Alz - Eine Evaluationsstudie. 2010. Online-Ressource: <http://www.pur-vital.de/medien/medienpool/Evaluationsstudie-Pflegeoase.pdf> (Zugriff: 05.08.2014).

8. Landeshauptstadt München, Sozialreferat. Zusammenfassung Abschlussbericht über die wissenschaftliche Begleitung der Pflegeoasen im Haus an der Rümmanstraße und Maria Ramersdorf der MÜNCHENSTIFT GmbH. 2010. Online-Ressource: <http://www.aufschwungalt.de/Downloads/wissBegleitung.pdf> (Zugriff: 05.08.2014).
9. Stemmer R. Evaluation einer Tagesoase im Altenzentrum Antoniusheim in Wiesbaden. Katholische Fachhochschule Mainz. 2011. Online-Ressource: http://www.transfercafe-mainz.de/wp-content/uploads/2011/02/Pflegeoase_Handout.pdf (Zugriff: 05.08.2014).
10. Wolf-Ostermann K, Worch A, Fischer T, Wulff I, Gräske J. Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin De We GE-study. *J Clin Nurs* 2012;21:3047-60.
11. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, et al. Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *Int Psychogeriatr* 2014;26:657-68.
12. Te Boekhorst S, Depla MFI, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:970-8.
13. De Rooij AHPM, Luijkx KG, Schaafsma J, Declercq AG, Emmerink PMJ, et al. Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2012;49:931-40.
14. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, et al. Dementia Care Redesigned: Effects of Small-Scale Living Facilities on Residents, Their Family Caregivers, and Staff. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11:662-70.

Kapitel 6.12. Empfehlung - Spezifische institutionelle Nachtgestaltung

1. Rose KM, Beck C, Tsai PF, Liem PH, Davila DG, et al. Sleep Disturbances and Nocturnal Agitation Behaviors in Older Adults with Dementia. *SLEEP* 2011;34:6.
2. Khachiyants N, Trinkle D, Son SJ, Kim K. Sundown Syndrome in Persons with Dementia: An Update. *Psychiatry Investig.* 2011;8:275-87.
3. Schneekloth U, Wahl HW [Hrsg.]. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) Abschlussbericht. 2007. Online-Ressource: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff am 06.06. 2014).

Kapitel 6.13. Empfehlung - Aromatherapie

1. Forrester LT, Maayan N, Orrell M, Spector AE, Buchan LD, et al. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(2):CD003150.
2. Fung JK, Tsang HW, Chung RC. A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioural problems in dementia. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:372-82.
3. Nguyen QA, Paton C. The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:337-46.
4. Ballard C, O'Brien J, Reichelt K, Perry E. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia. *J Clin Psychiatry* 2002;63:553-8.
5. Lin PW, Chan WC, Ng BF, Lam LC. Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:405-10.
6. Burns A, Perry E, Holmes C, Francis P, Morris J, et al. A double-blind placebo-controlled randomized trial of *Melissa officinalis* oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011;31:158-64.
7. Fu CY, Moyle W, Cooke M. A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:165.
8. O'Connor DW1, Eppingstall B, Taffe J, van der Ploeg ES. A randomized, controlled cross-over trial of dermally-applied lavender (*Lavandula angustifolia*) oil as a treatment of agitated behaviour in dementia. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:315.

Kapitel 6.14. Empfehlung - körperlich-aktivierende Maßnahme

1. BMFSFJ-Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Online-Ressource: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/root.html> (Zugriff: 30.07.2014).
2. Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, et al. Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD004294.
3. Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, et al. Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD004294.
4. Forster A, Lambley R, Young JB. Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age Ageing* 2010;39:169-75.
5. Forbes D, Forbes S, Morgan DG, Markle-Reid M, Wood J, et al. Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD006489.

6. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12:CD006489.
7. Littbrand H, Stenvall M, Rosendahl E. Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2011;90:495-518.
8. Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-78.
9. Pitkala K, Savikko N, Poysti M, Strandberg T, Laakkonen ML. Efficacy of physical exercise intervention on mobility and physical functioning in older people with dementia: a systematic review. *Exp Gerontol* 2013;48:85-93.
10. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:1000-11.
11. Dechamps A, Alban R, Jen J, Decamps A, Traissac T et al. Individualized Cognition-Action intervention to prevent behavioral disturbances and functional decline in institutionalized older adults: a randomized pilot trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:850-60.
12. Dechamps A, Diolez P, Thiaudiere E, Tulon A, Onifade C et al. Effects of exercise programs to prevent decline in health-related quality of life in highly deconditioned institutionalized elderly persons: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2010;170:162-9.
13. Buettner L, Farrario J. Therapeutic recreation-nursing team: a therapeutic intervention for nursing home residents with dementia. *Annual in Therapeutic Recreation* 1997;7:21-8.
14. Stevens J, Killeen M. A randomised controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. *Contemp Nurse* 2006;21:32-40.
15. Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, Al-Samarrai NR, Cruise PA. A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *J Am Geriatr Soc* 1999;47:784-91.
16. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D et al. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:158-65.

Kapitel 6.15. Empfehlung - Basale Stimulation

1. Fröhlich A, Nydahl P. Haltung, Kompetenz, Technik. 2008. Online-Ressource: http://www.basale-stimulation.de/fileadmin/Redaktion/pdf/Haltung_Kompetenz_Technik_PE.pdf (Zugriff: 18.08.2014).

2. Nydahl P, Bartoszek G. Basale Stimulation - Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4. Auflage. Wiesbaden, Ullstein & Mosby, 2003.
3. Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf, Verlag selbstbestimmtes Leben, 2000.
4. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/file-admin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf (Zugriff: 18.08.2014).

Kapitel 6.16. Empfehlung - Validation

1. Meyer G, Köpke S. Betreuungsphilosophie oder mehr? Validationstherapie zur Betreuung bei Demenz. Pflegezeitschrift 2005;58:301-03.
2. Feil N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer´s-type dementia". Baltimore, Health Promotion Press, 1993.
3. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/file-admin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf (Zugriff: 21.08.2014).
4. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;(3):CD001394.
5. Deponte A, Missan R. Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. Archives of gerontology and geriatrics 2007;44(2):113-7.
6. Finnema E, Droes RM, Ettema T, Ooms M, Ader H, Ribbe M, et al. The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20(4):330-43.
7. Toseland RW DM, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, Mc Callion P. The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents With Dementia. Journal of Applied Gerontology 1997;16:31-50.
8. Peoples M. Validation Therapy, Versus Reality Orientation as Treatment for Disoriented Institutionalised Elderly. Masters dissertation, College of Nursing, University of Akron, 1982.
9. Robb S, Stegman CE, Wolanin MO. No Research versus Research With Compromised Results: A Study of Validation Therapy. Nursing Research 1986;35(2):113-117.

Kapitel 6.17. Empfehlung - soziale Unterstützung

- 1 Ulman L, Smith J, Mayer KU, Baltes PB [Hrsg.]. Die Berliner Altersstudie. Berlin, Akademie Verlag, 2010;325-43.
- 2 Wilson RS, Bennett DA, Bienias JL, Evans D. Cognitive activity and cognitive decline in a biracial community population. *Neurology* 2003;61: 812-16.
- 3 Oppikofer S, Albrecht K, Schelling HR, Wettstein A. Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Die Käferberg-Besucherstudie. *Z Gerontol Geriat* 2002;35:39-48.
- 4 Martin-Cook K, Hynan L, Chafetz P, Weiner MF. Impact of family visits on agitation in residents with dementia. *AM J Alzheimers DIS other Dement* 2001;16:163.
- 5 Minematsu A. The Frequency of Family Visits Influences the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) of Aged People with Dementia in a Nursing Home. *J Phys Ther Sci* 2006;18:123-26.
- 6 Robison J, Curry L, Gruman C, Porter M, Henderson CR, et al. Caregiving in a Special Care Environment: Cooperative Communication Between Staff and Families on Dementia Units. *The Gerontologist* 2007;47:504-15.
- 7 McCallion P, Toseland RW, Freemann K. An Evaluation of a Family Visit Education Program. *AGS* 1999;47:203-14.
- 8 Jablonski RA, Reed D, Maas ML. Care Intervention for Older Adults with Alzheimer's Disease and Related Dementias. Effect of Family Involvement on Cognitive and Functional Outcomes in Nursing Homes. *J Gerontol Nurs* 2005;31:38-48.

Kapitel 6.18. Empfehlung - Spezifische Berührung und Massage

1. Moyle W, Murfield JE, O'Dwyer S, Van Wyk S. The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: a literature review. *J Clin Nurs* 2013;22:601-10.
2. Hansen NV, Jørgensen T, Ørtenblad L. Massage and touch for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD004989.
3. Therapeutic Touch Deutschland. Die Methode - Was ist TT? Online-Ressource: <http://www.therapeutic-touch-deutschland.de/die-methode.html> (Zugriff 29.08.2014).
4. Krieger D, Kronenberger I. Therapeutic Touch: Die Heilkraft unserer Hände. Stuttgart, Lüchow, 2004
5. Woods D, Craven R, Whitney J. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Altern Ther Health Med* 2005;11:66-74.
6. Hawranik P, Johnston P, Deatrich J. Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *West J Nurs Res* 2008;30:417-34.

7. Woods DL, Beck C, Sinha K. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms and cortisol in persons with dementia. *Forsch Komplementmed* 2009;16:181-9.
8. Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nurs Res* 2002;51:317-23.

Kapitel 6.19. Empfehlung – Spezifische helle Beleuchtung

1. Wirz-Justice N, Bromundt V. Lichttherapie. *Schlaf* 2013;2:20-29.
2. Hanford N, Figueiro M. Light therapy and Alzheimer's disease and related dementia: past, present, and future. *J Alzheimers Dis* 2013;3:913-22.
3. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 2006. Online-Ressource:
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf (Zugriff: 09.08.2014).
4. Forbes D, Blake C, Thiessen E, Peacock S, Hawranik P. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2:CD003946.
5. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess* 2014;18:39.
6. Ancoli-Israel S, Martin J, Gehrman P, Shochat T, Corey-Bloom J, et al. Effect of light on agitation in institutionalized patients with severe Alzheimer Disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11:194-203.
7. Burns A, Allen H, Tomenson B, Duignan D, Byrne J. Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2009;21:711-21.
8. Dowling G, Graf C, Hubbard E, Luxenberg J. Light treatment for neuropsychiatric behaviors in Alzheimer's disease. *West J Nurs Res* 2007;29:961-75.
9. Gasio P, Krauchi K, Cajochen C, van Someren E, Amrhein I, et al. Dawn-dusk simulation light therapy of disturbed circadian rest-activity cycles in demented elderly. *Exp Gerontol* 2003;38:207-216.
10. Lyketsos C, Lindell V, Baker A, Steele C. A randomized, controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in dementia patients residing in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:520-25.
11. Riemersma-van der Lek R, Swaab D, Twisk J, Hol E, Hoogendijk W, et al. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: A randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299:2642-55.

12. Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S. Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1992;149:1028-32.
13. Nowak L. The effect of timed blue-green light on sleep-wake patterns in women with Alzheimer's disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2008;69:1-154.

9. Glossar

Advanced Nursing Practice

Bezeichnet eine höhere Ebene der Pfl ege t ä t i g k e i t, die sich von der einer Allgemeinpflegekraft unterscheidet und eine ausgeprägte Reflexionsfähigkeit erfordert, sowie die Fähigkeit, komplexe Entscheidungen zu treffen und mit einem hohen Maß an Verantwortung verbunden ist. Eine Advanced Practice Nurse ist eine examinierte Pfl ege k r a f t, die sich Spezialwissen in einem bestimmten Fachgebiet angeeignet hat.

Agitation

Agitation wird als unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivität definiert, die aus den Bedürfnissen oder der Verwirrtheit von Betroffenen resultiert.

ABMI (Agitation Behavior Mapping Instrument)

Ein Beobachtungsinstrument zur Einschätzung von Unruhe (->Agitation) und Umgebungsfaktoren in Pflegeheimen. Beobachtet und beurteilt werden das Verhalten der Bewohnerin, ihr soziales Umfeld, Faktoren auf die das Verhalten abzielt, die Umgebung in der das Verhalten auftritt sowie die Körperposition der Bewohnerin.

BEHAVE-AD (Behavioural Pathology in Alzheimer´s Disease)

Eine Skala zur Beurteilung von Verhaltensstörungen und psychopathologischen Symptomen bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Auf Basis von Angehörigeninterviews werden die Art und der Schweregrad von 25 Verhaltenssymptomen innerhalb der vorangegangenen zwei Wochen auf einer 4-stufigen Skalen eingeschätzt. Auf einer weiteren 4-stufigen Skala wird darüber hinaus das Ausmaß der Angehörigenbelastung eingeschätzt.

Bias

Systematische Fehler bzw. Verzerrungen innerhalb einer wissenschaftlichen Studie. Diese können als Störgrößen einen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben und bewirken, dass die Ergebnisse vom wahren Wert abweichen. Es gibt verschiedene Formen von Bias. Einige dieser Biasformen können einen so starken Einfluss auf die Ergebnisse haben, dass eine Studie einen Nutzen vortäuscht, der in Wahrheit gar nicht vorhanden ist. Der Einfluss kann sogar so weit gehen, dass ein negatives Ergebnis bzw. ein Schaden durch eine Intervention nicht entdeckt wird. Die Planung, Durchführung und Auswertung von Studien sollte so erfolgen, dass ein Schutz vor Bias weitgehend gewährleistet ist.

Controlled Clinical Trial (CCT, Kontrollierte Klinische Studie)

Studie, in der eine Interventionsgruppe unter kontrollierten Bedingungen, gegen eine oder mehrere Kontrollgruppen, untersucht wird.

Cross-Over-Design (Cross-Over-Studie, COS)

In Cross-Over-Studien wird die Wirksamkeit zweier Behandlungsformen verglichen, indem diese zeitlich versetzt den gleichen Probanden verabreicht werden. Die typische Cross-Over-Studie hat mindestens zwei Studienphasen. In der ersten Studienphase erhalten die Probanden des ersten Studienarmes zunächst Therapie A, die Probanden des zweiten Studienarmes Therapie B. Nach einer definierten Behandlungsdauer wird zur 2. Studienphase gewechselt: Studienarm eins erhält nun Therapie B und Studienarm zwei Therapie A.

Cluster

Als Cluster bezeichnet man Untersuchungseinheiten, also definierte Gruppen von Individuen, z.B. Heime oder Stationen, jedoch nicht einzelne Patienten.

Cluster-Randomisierung

Bei der Cluster-Randomisierung werden definierte Gruppen von Individuen (z.B. Heime oder Stationen, nicht einzelne Patienten) nach einem Zufallsverfahren auf die Therapie- bzw. Kontrollgruppe verteilt.

Cochrane-Review

Cochrane-Reviews sind systematische Übersichtsarbeiten, in denen alle relevanten Studien zu einer eindeutig formulierten Fragestellung zusammengefasst werden. Die Arbeiten werden in der Regel von multidisziplinären Teams erstellt und regelmäßig aktualisiert. Es erfolgt keine Unterstützung von industrieller Seite, um die Unabhängigkeit der Autoren zu gewährleisten. Sofern die Datenlage es ermöglicht, beinhalten Cochrane-Reviews auch quantitative Zusammenfassungen mehrerer Studien zu einem Gesamtergebnis. Diese Zusammenfassungen werden als Meta-Analysen bezeichnet. Cochrane-Reviews folgen den höchsten methodischen Standards für systematische Übersichtsarbeiten.

Compliance

Bereitschaft von Personen, an diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen.

Delphi Verfahren

Das Delphi Verfahren basiert auf einer Umfragemethode, die sich an eine definierte Gruppe von Experten richtet. Über mehrere schriftliche Befragungsrunden werden die Experten gebeten, wiederholt Stellung zu einem Thema zu beziehen. Die Ergebnisse jeder Runde werden für die Folgerunde zusammengefasst. Ziel ist das Erreichen eines Gruppenkonsenses. Als formales Konsensverfahren wird es z.B. bei der Erstellung von Leitlinien angewendet.

Design

Das Design einer wissenschaftlichen Studie beschreibt den methodischen Rahmen, in dem eine bestimmte Fragestellung untersucht wird. Durch das Design wird definiert, was, wann, wie, wie oft, wo bzw. an welchen Objekten (Personen) untersucht wird. Das verwendete Design erlaubt Rückschlüsse auf die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse. Die höchste Aussagekraft zur Wirksamkeit von Interventionen besitzt eine randomisiert-kontrollierte Studie (->RCT).

Deskriptives Design

Beschreibende Forschung mit dem Ziel Phänomene, Verhaltensweisen, Ist-Zustände etc. möglichst vollständig zu beschreiben und zu analysieren, um zu neuen Erkenntnissen zu kommen.

Drop-out (Rate)

Die Drop-out Rate umfasst die Teilnehmer(innen) einer klinischen Studie, die vor dem geplanten Ende der Studie ausscheiden (z.B. da sie nicht weiter teilnehmen wollen/können oder versterben).

Ethnographie

Eine spezielle Form der qualitativen Forschung, deren zentrales Anliegen es ist, die Lebenswelt anderer Menschen aus deren Sichtweise zu verstehen und das Spezifische, (Kultur-) Typische, das diese Lebenswelt ausmacht, zu erkennen.

Evidenz

Der Begriff „Evidenz“ im Kontext der Evidenzbasierten Medizin und Pflege leitet sich vom englischen Wort „evidence“ (= Nachweis, Beweis) ab und bezieht sich auf Informationen aus wissenschaftlichen Studien (bei Fragen der Wirksamkeit von Interventionen aus klinischen Studien), die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Evidenztabelle

Darunter versteht man eine Tabelle, in der die Ergebnisse aller relevanten Studien in Bezug auf einen Endpunkt zusammengefasst sind.

2x2 faktorielles Design

Spezielles Forschungsdesign, bei dem zwei Eigenschaften, Behandlungen oder Ereignisse unabhängig voneinander in derselben Studie variiert werden (z.B. der Einsatz von Licht und Melatonin zur Reduktion von herausforderndem Verhalten).

Fall-Kontroll-Studie

Retrospektive Beobachtungsstudie, bei der eine Gruppe von Personen mit einer Zielerkrankung („Fälle“) und eine Gruppe von Personen ohne die Erkrankung („Kontrollen“) in Bezug auf das Vorhandensein von Risikofaktoren verglichen werden.

GRADE Systematik

Die GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) working group ist eine Arbeitsgruppe, die sich im Jahr 2000 zusammengesetzt hat, um ein Bewertungssystem zu entwickeln, das eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse verschiedener Studien zu einer Fragestellung mit einer einheitlichen Empfehlungsstärke erlaubt.

Heterogenität

Heterogenität bedeutet Verschiedenartigkeit oder Ungleichartigkeit.

Intervention

In klinischen Studien die Bezeichnung für eine Maßnahme, deren Wirksamkeit untersucht werden soll.

Interventionsgruppe

In einer kontrollierten Interventionsstudie der Anteil an der Studienpopulation, der die zu untersuchende Behandlung bzw. Intervention erhält.

Forschungsdesign

Die Untersuchungsanordnung, die das Vorgehen bei einer Forschungsarbeit bestimmt. Der Begriff ->Design ist als Oberbegriff für Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu verstehen.

Inzidenz

Inzidenz beschreibt die in einem bestimmten Zeitraum neu aufgetretene Anzahl von z.B. FEM oder Krankheitsfällen in einer definierten Population.

Item

Der kleinste Bestandteil eines Untersuchungsinstrumentes, z.B. eine Frage in einem Fragebogen.

Kohorte

Eine Gruppe von Menschen mit definierten Charakteristika (z.B. Gesundheitszustand, Alter), die in klinischen oder epidemiologischen Studien beobachtet werden (siehe Kohortenstudie).

Kohortenstudie

Vergleichende Beobachtungsstudie, in der eine klar definierte Personengruppe (Kohorte) über einen definierten Zeitraum beobachtet wird, um Unterschiede im Auftreten einer Zielerkrankung festzustellen. Kohortenstudien können prospektiv oder retrospektiv durchgeführt werden (siehe prospektiv bzw. retrospektiv).

Konfidenzintervall (KI)

Ein Intervall, in dem mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist 95%) der gesuchte wahre Wert liegt. Da die Breite des Konfidenzintervalls stark von der Anzahl der Studienteilnehmer(innen) abhängt, kann man mit zunehmender Stichprobengröße ein kleineres Konfidenzintervall und somit eine bessere Eingrenzung des gesuchten wahren Wertes erreichen (Synonym: Vertrauensbereich).

Kontrollgruppe

Eine Gruppe von Personen in einer Studie, die keine Intervention erhält, sondern die Standardversorgung.

Korrelation

Beschreibt den statistischen Zusammenhang zwischen zwei Variablen (z.B. zwischen aggressivem Verhalten und der Anwendung von FEM). Daraus lässt sich jedoch nicht in jedem Fall eine Ursache-Wirkungs-Beziehung ableiten.

Korrelationsstudie (KS)

Eine Studie, bei der man die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen untersucht, ohne dass dabei eine der Variablen verändert wird. Aufgrund dieses Designs können zwar statistische Zusammenhänge festgestellt werden, jedoch keine Aussagen über kausale Beziehungen gemacht werden (siehe Korrelation).

Längsschnittstudie (longitudinal study)

Ein Forschungsdesign, bei dem die Datenerhebung zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten erfolgt und jeweils mit denselben Methoden durchgeführt wird.

Meta-Analyse

Ein Verfahren, bei dem die Ergebnisse verschiedener quantitativer Untersuchungen zum selben Thema statistisch zusammengefasst werden. Ziel ist es, damit eine höhere Aussagekraft durch eine größere Stichprobe zu erreichen.

MDS (Minimum Data Set)

Das MDS ist ein Dokumentationsbogen, mit dem die Ergebnisse einer Informationserhebung zur Situation von Bewohnerinnen festgehalten werden. Es werden z.B. Stammdaten, Informationen zum Gesundheitszustand sowie Daten zur kognitiven und psychosozialen Situation erfasst.

MSBS (Minimal Social Behavior Scale)

Eine Skala mit 32 Items zur Einschätzung von regressivem Verhalten bzw. zur Einstufung der Angemessenheit von Reaktionen auf soziale Reize (z.B. die vom Gesprächspartner hingehaltene Hand schütteln oder einen versehentlich vom Tisch gefallenen Bleistift aufheben). Die Skala wird auf Basis von Einzelinterviews mit den zu untersuchenden Personen ausgefüllt. Jedes Item wird dabei mit 1 (erfüllt) oder 0 (nicht erfüllt) Punkten bewertet.

Morbidität

Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (Erkrankungsrate).

Mortalität

Verhältnis zwischen den Verstorbenen pro Jahr in Bezug auf die Gesamtbevölkerung (Sterberate).

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

Instrument zur globalen Beurteilung von Verhalten. Das NPI erfasst einen großen Bereich neuropsychiatrischer Störungen. Die ursprüngliche Skala beinhaltete zehn Bereiche, zwei weitere Bereiche wurden später hinzugefügt: Wahnvorstellungen, Depression, Halluzinationen, Unruhe (Agitation), Angststörungen, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, nächtliche Unruhe, Appetitstörungen. Die Häufigkeit des Verhaltens wird auf einer 4-Punkte-Skala eingestuft. Die Einschätzung des Schweregrads der Verhaltensweisen erfolgt über eine 3-Punkte-Skala.

Nicht-randomisiert-kontrollierte Studie

Eine Studie, bei der die Patienten nicht nach einem Zufallsverfahren auf die Interventions- bzw. die Kontrollgruppe verteilt wurden.

Odds (Chance)

Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Risikogruppe ein gesundheitsbezogenes Ereignis eintritt, im Verhältnis zu der Wahrscheinlichkeit, dass es nicht eintritt.

Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis)

Odds Ratio (Chancenverhältnis) bezeichnet das Verhältnis zweier Odds für ein bestimmtes Ereignis. So z.B. die Odds für eine Pflegeheimbewohnerin mit Demenz, eine FEM zu erhalten im Vergleich zur Odds für eine Bewohnerin ohne Demenz, eine FEM zu erhalten.

PDS (Passivity in Dementia Scale)

Eine Beobachtungsskala zu spezifischen Verhaltensweisen, bestehend aus fünf Subskalen: Denken, Emotionen, Interaktion mit der Umgebung, Interaktion mit Menschen, Aktivitäten. Eingeschätzt wird der Grad der Passivität anhand von 40 Items. Je niedriger der Wert (Score), desto größer das Ausmaß der Passivität.

Paternalistisch

Paternalismus verweist auf eine außerfamiliäre Beziehung, die von einer einseitigen Bevormundung geprägt ist. Im medizinischen bzw. medizin-ethischen Kontext wird der Begriff vor Allem in Bezug auf das Arzt-Patientenverhältnis diskutiert. Ärztliche Eingriffe in autonome Patientenentscheidungen werden in diesem Sinne als paternalistisch bezeichnet. In einem paternalistisch geprägten Arzt-Patientenverhältnis dominiert der Arzt und entscheidet letztendlich allein über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Der Patient/die Patientin nimmt eine passive Rolle ein.

Prävalenz

Prävalenz beschreibt hier die Häufigkeit von FEM zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Prädiktor

Unter einem Prädiktor versteht man eine zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variable. Prädiktabel bedeutet, dass etwas durch wissenschaftliche Verallgemeinerung vorhersagbar ist.

Prospektiv

Auf das Zukünftige gerichtet; vorausschauend.

Prospektive Studie

Die Bezeichnung für eine Untersuchung, bei der das zu untersuchende Ereignis (zum Beispiel eine bestimmte Krankheit) zum Zeitpunkt des Studienbeginns noch nicht eingetreten ist. Es wird also in die Zukunft gerichtet nach einer Veränderung oder dem Auftreten einer Verhaltensweise gesucht.

Psychotrope Medikamente

Medikamente, die auf die Psyche einwirken.

Quasi-experimentell (Quasi-Experiment)

Ein Forschungsdesign mit experimentellem Aufbau, dem jedoch ein oder mehrere Merkmale eines klassischen Experiments fehlen, z.B. die Randomisierung.

Querschnittstudie (cross-sectional study)

Ein Untersuchungsdesign, bei dem die Daten einmalig- meist zu einem bestimmten Zeitpunkt- in einer Stichprobe gesammelt werden.

Randomisierung

Verfahren, das eine zufällige Verteilung der Bewohnerinnen auf eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe bewirkt.

Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT)

Eine experimentelle Studie, bei der die Bewohnerinnen nach einem Zufallsverfahren (mit verdeckter Zuteilung) auf die Interventions- bzw. die Kontrollgruppe verteilt und auf das Auftreten der festgelegten Endpunkte in den einzelnen Gruppen nachbeobachtet werden.

Rate Ratio

Das Verhältnis zweier Ereignisraten zueinander.

Relatives Risiko (RR)

Das relative Risiko in einer Interventionsstudie bezeichnet das Verhältnis zwischen dem Risiko in der Interventionsgruppe und dem Risiko in der Kontrollgruppe.

Reliabilität

Reliabilität drückt die Zuverlässigkeit eines Messinstruments (z.B. eines Fragebogens) aus und gibt somit Antwort auf die Frage, ob eine Wiederholung der Studie die gleichen Ergebnisse liefern würde.

Retrospektiv

Zurückschauend, rückblickend.

Retrospektive Studie

Die Bezeichnung für eine Untersuchung, bei der man zeitlich rückwärtsgerichtet nach einem Ereignis oder einem Einfluss sucht.

REPDS (Revised Elderly Persons Disability Scale)

Eine Beobachtungsskala zur Einstufung von Einschränkungen bei psychogeriatrischen Patient(inn)en. Die Einschränkungen werden in sieben Bereichen beurteilt: körperliche Einschränkungen, Selbsthilfefertigkeiten, Verwirrtheit, Verhalten, Geselligkeit, psychiatrische Symptome und Pflegebedürftigkeit.

Signifikanz

Sind die Daten einer Studie von reinen Zufallswerten abweichend, so sind die Ergebnisse signifikant, das heißt von Bedeutung und wahrscheinlich auf die Intervention zurückzuführen.

Stichprobenkalkulation

Eine Stichprobe stellt eine anhand bestimmter Kriterien ausgewählte Teilmenge einer zu untersuchenden Grundgesamtheit dar. Durch eine Stichprobenkalkulation wird die erforderliche Anzahl von Teilnehmer(inne)n (Untersuchungseinheiten) einer Stichprobe berechnet. Die Stichprobengröße erlaubt Rückschlüsse auf die Fähigkeit einer Studie, einen tatsächlichen Unterschied zwischen einer Interventions- und einer Kontrollgruppe nachzuweisen.

Sun-Downing-Syndrom

Einige Menschen mit Demenz entwickeln im Verlauf der Erkrankung ein sogenanntes Sun-Downing-Syndrom (Sonnenuntergang-Syndrom). Hierbei zeigt sich eine am Abend (bzw. nach Sonnenuntergang) beginnende und zunehmende Verwirrtheit und Unruhe bis hin zu Aggressivität.

Validität

Gültigkeit bzw. Generalisierbarkeit eines Messinstruments (z.B. eines Fragebogens)
Die Validität liefert eine Antwort auf die Frage, ob das Instrument wirklich das misst, was es messen soll. Bei Studien bezeichnet Validität, inwieweit die Ergebnisse der Studie auch auf die Population außerhalb der Stichprobe übertragbar sind.

Verblindung

Geheimhaltung der Gruppenzuordnung (Intervention oder Kontrolle) vor Bewohnerinnen, Studienärzten, Pflegepersonal und Auswertern, die an einer Studie teilnehmen.

Vorher- Nachher-Studie

Teilnehmer werden vor und nach einer Intervention untersucht, es existiert keine Kontrollgruppe.

Wash-out Phase

Als wash-out Phase wird in einer klinischen Studie die behandlungsfreie Zeitspanne zwischen zwei Behandlungsphasen mit unterschiedlichen Therapien bezeichnet. Hierdurch soll verhindert werden, dass Effekte der ersten Behandlungsphase bis in die nachfolgende Behandlungsphase reichen. Somit bleibt klar, auf welche Behandlungsphase die gemessenen Effekte zurückzuführen sind. Eine wash-out Phase ist nur bei Cross-Over Studien nötig.

Zirkadian

Zirkadian bedeutet 24 Stunden dauernd oder umfassend.

