

Abschlussbericht

im Rahmen

der fachlichen Begleitung der Konzeptumsetzung des

Förderpreises

F r e i M u t

Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden

Maßnahmen in der stationären Altenpflege

des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und

Sozialordnung, Familie und Frauen

aufschwungalt

Brigitte Hörmann

INHALTSVERZEICHNIS

| | Seite |
|------------|---|
| 1. | Einführung 3 |
| 2. | Der Landeswettbewerb 5 |
| 3. | Fachliche Begleitung 8 |
| 4. | Best-practice-Modelle 9 |
| 4.1 | Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen GmbH 9 |
| 4.1.1 | Ausgangssituation 9 |
| 4.1.2 | Das Konzept 10 |
| 4.1.3 | Erfahrungen und Ergebnisse 13 |
| 4.2 | BRK-Seniorenheim Waldmünchen / Waldmünchen 13 |
| 4.2.1 | Ausgangssituation 14 |
| 4.2.2 | Das Konzept 14 |
| 4.2.3 | Erfahrungen und Ergebnisse 18 |
| 4.3 | GSD Seniorenwohnpark Vaterstetten GmbH / Vaterstetten 18 |
| 4.3.1 | Ausgangssituation 18 |
| 4.3.2 | Das Konzept 19 |
| 4.3.3 | Erfahrungen und Ergebnisse 22 |
| 5. | Neue Konzepte 23 |
| 5.1 | Danuvius Haus Ingolstadt 23 |
| 5.1.1 | Ausgangssituation 23 |
| 5.1.2 | Das Konzept 24 |
| 5.1.3 | Umsetzung und Ergebnisse 25 |
| 5.1.4 | Erfahrungen und Auswertung 29 |
| 5.2 | AWO Seniorenwohnpark Moosburg 35 |
| 5.2.1 | Ausgangssituation 35 |
| 5.2.2 | Das Konzept 36 |
| 5.2.3 | Umsetzung und Ergebnisse 37 |
| 5.2.4 | Erfahrungen und Auswertung 42 |
| 5.3 | Ruhesitz Wetterstein gGmbH Augsburg 48 |
| 5.3.1 | Ausgangssituation 48 |
| 5.3.2 | Das Konzept 49 |
| 5.3.3 | Umsetzung und Ergebnisse 50 |
| 5.3.4 | Erfahrungen und Auswertung 53 |
| 6. | Von Fall zu Fall – Einzelbeispiele 56 |
| 7. | Zusammenfassende Auswertung 61 |
| 7.1 | Allgemein 63 |
| 7.2 | Sensibilisierung/Schulung der Pflegenden 65 |
| 7.3 | Beratung der Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuerinnen 66 |
| 7.4 | Bewohnerzentrierte Intervention und Prävention 69 |
| 7.4.1 | Einsatz von Hilfsmitteln 69 |
| 7.4.2 | Milieutherapeutische Pflegekonzepte 72 |
| 8. | Fazit 74 |
| | Kontaktadressen der prämierten Einrichtungen 76 |
| | Literatur 77 |

1. Einführung

Der wichtigste Wert unserer Gesellschaft ist der „mündige“ Mensch. Dahinter verbirgt sich die „Würde der Person“. Die Unantastbarkeit dieses Wertes ist in unserem Grundgesetz verankert und als solche rechtlich geschützt. Ein wesentliches Merkmal für die Selbstbestimmung und die Lebensqualität von Menschen ist es, sich frei bewegen zu können. Jeglicher Freiheitsentzug schränkt die persönlichen Freiheitsrechte ein und berührt somit die Menschenwürde.

Der Einsatz freiheitseinschränkender und -entziehender Maßnahmen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist ein Thema, das uns nicht erst die letzten Jahre begleitet und diskutiert wird. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind jedoch nicht nur unter betreuungs-, unterbringungs- und strafrechtlichen Gesichtspunkten zu sehen, sondern auch unter fachlichen und pflegerischen Faktoren und der damit verbundenen Frage, inwieweit derartige Maßnahmen als erforderlich erachtet werden und ethisch vertretbar sind. Im Rahmen der sich kontinuierlich entwickelnden Professionalisierung der Altenpflege ist auch die fachliche Sensibilität hinsichtlich dieser Thematik gestiegen. Trotzdem kann häufig von einer „Einsatznormalität“ von freiheitsentziehenden Maßnahmen in vielen stationären Einrichtungen der Altenhilfe – meist in der wohlmeinenden Absicht, den älteren Menschen schützen zu wollen – beobachtet werden.

Vom Einsatz bewegungseinschränkender und –entziehender Maßnahmen sind in der Hauptsache gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen betroffen¹. Aufgrund der meist fehlenden Einwilligungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit, die die schwerwiegenden Erkrankungen mit sich bringen, sind diese Menschen auf den Schutz und auf die Entscheidung über das „eigene Wohlergehen“ auf andere angewiesen. Die damit verbundene Notwendigkeit einer fortwährenden und gewissenhaften Abwägung zwischen Fürsorgepflicht, also der Bewahrung der körperlichen Unversehrtheit, und der Akzeptanz des Grundrechts auf persönliche Freiheit stellt für alle Beteiligten im Pflegealltag immer wieder eine Gratwanderung dar.

¹ vgl. Bredthauer D: Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie. Eine Dissertation zum Thema Gewalt gegen alte Menschen. 2002. Hier findet sich eine Übersicht der – wenigen – vorliegenden Studien und ihrer Ergebnisse sowohl im deutschen als auch im angloamerikanischen Sprachraum und in Europa (S. 21 – 30).

Trotz der ermutigenden Handlungsansätze, des guten Willens und des hohen Engagements in der Altenpflege der letzten Jahre zeigt sich jedoch, dass – nicht zuletzt aufgrund des häufig als schwierig und belastend empfundenen Umgangs mit den Betroffenen - die Gefahr besonders groß ist, einer eher vereinfachten Sicht des „Bewahrens“ oder der „Zwangsfürsorge“ Vorrang zu geben.

Einschränkungen der Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen stellen jedoch immer nur die letzte Maßnahme aus dem Bündel der pflegerischen Handlungsmöglichkeiten dar. Ziel aller pflegerischen Bemühungen muss es sein, das natürliche Bedürfnis nach Bewegung für jeden Einzelnen weitestgehend zu gewährleisten, alternative Maßnahmen zur Freiheitsbeschränkung auszuloten, die Risiken des „Gewährenlassens“ einzuschätzen und den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen kontinuierlich auf die Notwendigkeit hin zu überprüfen.

Jeglicher Freiheitsentzug benötigt immer auch ein System, in dem er entstehen kann. Nicht nur die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sondern auch die beteiligten Institutionen müssen ein Bewusstsein für Beeinträchtigungen von Freiheitsrechten entwickeln. Der verantwortungsvolle Umgang mit bewegungseinschränkenden und -entziehenden Maßnahmen liegt in der Verantwortung aller Beteiligten.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen setzte deshalb mit dem Landeswettbewerb „FreiMut“ erneut einen Impuls zur fachlichen Auseinandersetzung und Diskussion über freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege und ihre Alternativen. Mit den Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Alten- und Behindertenpflege, die von der Heimaufsicht bei der Regierung von Oberbayern, der städtischen Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege München sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern gemeinsam erarbeitet wurden, und dem Leitfaden „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“ des Bayerischen Landespflegeausschusses stehen den Pflegeeinrichtungen bereits gute Arbeitsmaterialien zur Verfügung.

Mit dem Landeswettbewerb „FreiMut“ und dem hier vorgelegten Abschlussbericht werden die prämierten Konzepte und die gewonnenen praktischen Erfahrungen,

Veränderungen, Ergebnisse und Perspektiven der Einrichtungen und eine zusammenfassende Auswertung vorgestellt. Die Dokumentation soll durch die Bündelung von einzelnen Erfahrungen zur fachlichen Auseinandersetzung, zur Diskussion, der besseren Nutzung unterschiedlicher Ansätze, zum Erfahrungsaustausch anregen und damit zu einer weiteren Verbesserung der Situation der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner beitragen.

2. Der Landeswettbewerb

Die Auslobung eines Förderpreises im Rahmen des Landeswettbewerbs „FreiMut“ wurde von der **Idee** geleitet, positive Entwicklungen, die zur Vermeidung und Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen² beitragen, zu unterstützen und zu würdigen, vorhandenes Erfahrungswissen weiter zu tragen, das Engagement und die Motivation zu stärken und neue Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Ziel war es, gemeinsam mit allen Beteiligten in der Pflege älterer Menschen die Bemühungen für einen verantwortungsbewussten Umgang mit FEM weiter voranzutreiben, um für die betroffenen Menschen ein hohes Maß an selbständigem und würdevollem Leben zu ermöglichen.

Der Wettbewerb wurde im Rahmen der **Fachtagung** „FreiMut“ – Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege im März 2007 ausgerufen. Er richtete sich an alle stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Bayern.

Gesucht wurden sowohl *best-practice-Modelle* als auch *neue, Erfolg versprechende Konzepte*, **in denen konkrete und praktikable, auf die Einrichtung angepasste Maßnahmen und Interventionen aufgezeigt werden und die dazu beitragen bzw. geeignet sind**, FEM durch alternative, kreative Handlungsstrategien zu vermeiden oder in ihrer Anwendung zu reduzieren.

² im Folgenden als FEM abgekürzt

Bereits die gut besuchte Fachveranstaltung mit 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer spiegelte das große Interesse am Thema und die Bereitschaft, sich der Verantwortung zu stellen, wider³.

Am Wettbewerb beteiligten sich insgesamt **21 Einrichtungen**. Sie alle haben aufgezeigt, dass unterschiedliche Handlungsstrategien und Herangehensweisen dazu beigetragen können, FEM zu vermeiden und zu reduzieren.

| Einrichtung | Antragstitel |
|---|--|
| Otto und Anna Herold-Altersheimstiftung / Karlstadt | „Mut zum Mut – unser „Zauber“ entfesselt“ |
| AWO Senioren- und Pflegeheim / Rödental | „Bewegungsdrang statt leisem Zwang“ |
| Danuvius Haus / Ingolstadt | „Tagesstrukturierende Beständigkeit statt Fixierung“ |
| AWO Seniorenzentrum „Inge – Gabert“ / Ortenburg | „Einführung von Hüftprotektoren zur Mobilitätssicherung und Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen“ |
| Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen GmbH / Rupprechtstegen | „Freiheitserweiternde Maßnahmen – Stufenmodell“ |
| Pater-Rupert-Mayer-Heim / Bad Tölz | „Mitarbeiter als innerbetriebliche Anspruchsgruppe“ |
| Caritas St. Anna Haus / Holzkirchen | „Zur Freiheit seid ihr berufen!“ (Gal 5.13) |
| Haus der Pflege - Kitzinger Land / Kitzingen-Sickershausen | „Freiheit, ...aber sicher!“ |

³ Die Referate der Fachtagung können sowohl unter www.aufschwungalt.de als auch unter www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/index.htm abgerufen werden.

| | |
|--|---|
| BRK Seniorenheim Waldmünchen / Waldmünchen | „Im Alter ungebunden!“ |
| PUR VITAL Alten- und Therapiezentrum / Straubing | ohne Titel |
| Ruhesitz Wetterstein gGmbH / Augsburg | „Fit statt Fix“ |
| Alten- und Pflegeheim Liebfrauenhaus / Herzogenaurach | „Pflegetherapeutisches Konzept zur Reduzierung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ |
| Martin-Schalling-Haus - Evang. Alten- und Pflegeheim / Neumarkt | „Würdevolle Freiheit auch im Alter“ |
| Christanger Postmünster - / Postmünster | „Gerontopsychiatrische Tagesgruppe im Dietrich Bonhoeffer Haus“ |
| AWO Senioren Residenz / Wörth am Main | „Lebensfreiraum durch weniger freiheitsentziehende Maßnahmen“ |
| Caritas Altenheim Marienheim / Schwandorf | „Feierabendstüberl, um auf Bettgurt zu verzichten“ |
| GSD Seniorenwohnpark – Vaterstetten GmbH / Vaterstetten | „brain instead of chain“ |
| Fritz-Rupprecht-Heim /Fürth | „Tagesbetreuung im Heimaltag“ und „Integration des beschützenden Bereichs in einen offenen Wohnbereich“ |
| Senioren Residenz Alpenland / Bruckmühl | „Gurtpflicht ist gut – aber nicht in Altenheimen Freiheitsentziehende Maßnahmen – NICHT mit uns! |
| AWO Seniorenwohnpark Moosburg / Moosburg | „Bewegung ohne Einschränkung“ |
| Senioren Residenz Thurn und Taxis / Regensburg | „Verantwortungsvoller Umfang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“ |

Über die Vergabe der insgesamt sechs ausgeschriebenen Förderpreise entschied ein **unabhängiger und fachlich kompetenter Beirat**, der sich aus fünf Mitgliedern zusammensetzte.

Kornelie Rahnema

Leiterin der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege der Landeshauptstadt München

Dr. Petra Koczy

Psychologin an der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus, Projektleiterin des Modellprojekts ReduFix

Dorothea Sippel

Heimleiterin Haus Elisabeth (Altenwohnanlage mit Pflegeheim) in Puchheim

Gerhard Wagner

Vorsitzender der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern e.V.

Horst Böhm

Vorsitzender des Vereins der Richter und Staatsanwälte in Bayern e.V.,
Amtsgerichtsdirektor des Amtsgerichts Straubing

Der mit insgesamt 12.000 EUR dotierte **Förderpreis** wurde – getrennt nach den zwei Kategorien **Best-practice-Modelle** und **Neue Konzepte** vergeben. In jeder Kategorie wurden drei Konzepte ausgezeichnet.

Die Verleihung der Förderpreise fand im Rahmen einer Festveranstaltung durch Herrn Staatssekretär Heike im Juli 2007 in Ingolstadt im Danuvius-Haus statt.

3. Fachliche Begleitung

Das Bayerische Sozialministerium stellte den Preisträgern der „neuen Konzepte“ bei der Umsetzung ein Jahr lang (August 2007 – August 2008) eine fachliche Begleitung zur Seite. Aufgabe war es, den Umsetzungsprozess zu begleiten, die Erfahrungen und Ergebnisse zu dokumentieren und eine zusammenfassende Auswertung nach Abschluss der Begleitung zu erstellen.

Im Rahmen der fachlichen Begleitung wurden die Implementierungs- und Veränderungsprozesse kontinuierlich dokumentiert, die regelmäßige Auswertung

diente als Grundlage für die Reflexionsgespräche vor Ort. Am Ende des definierten Begleitungszeitraumes wurden sowohl eine schriftliche Erhebung der Angehörigen (N=26) und persönliche Interviews mit Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Projektleitungen in Bezug auf Erfahrungen und beobachtete Wirkungen der Konzeptumsetzungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragungen fließen in diesen Bericht mit ein.

4. Best-practice-Modelle

Nachstehend werden die bereits entwickelten und umgesetzten Konzepte auf der Grundlage ihres Wettbewerbantrages vorgestellt und sowohl Ausgangssituation, Ziele, Maßnahmen als auch Erfahrungen und Ergebnisse zum Zeitpunkt der Antragseinreichung beschrieben.

4.1. Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen GmbH

Die Einrichtung erhielt für ihr Konzept „**Freiheitserweiternde Maßnahmen – Stufenmodell**“ den ersten Preis.

Aus Sicht des fachlichen Beirats besticht der innovative Ansatz des eingereichten Konzepts. Die Jury würdigt zum einen den Fokus auf eine spezifische Zielgruppe und zum anderen den – im Rahmen der Altenpflege – außergewöhnlichen (therapeutischen) Ansatz. Das Konzept überzeugt durch seine Schlüssigkeit und klar strukturierte Darstellung sowohl des Programms und dessen Umsetzung als auch der realistisch aufgezeigten Erfolge und überprüfbaren Erfolgskriterien.

4.1.1 Ausgangssituation

Im Senioren- & Pflegezentrum Rupprechtstegen werden 151 Menschen betreut. Es stehen 77 Plätze auf Pflegestationen und 74 Plätze auf beschützten Abteilungen zur Verfügung. Das Haus hat sich auf gerontopsychiatrische Krankheitsbilder spezialisiert und ist besonders auf Menschen eingestellt, die einer beschützten Einrichtung bedürfen. In diesem Zusammenhang richtet sich das Angebot auch explizit an „biologisch/kalendarisch“ jüngere, aber „biographisch vorgealterte Menschen“, mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen, Korsakow-Syndrom

oder Alkoholdemenz, die jedoch pflegerische Unterstützung von mindestens 15 Minuten benötigen.

Von der gesamten Bewohnerschaft sind 90 Menschen gerontopsychiatrisch erkrankt.

Bereits bei den baulichen Maßnahmen wurde darauf geachtet, den betroffenen Menschen möglichst viel „Freiraum“ zu gewähren. Sie haben die Möglichkeit, sich selbständig über vier Stockwerke zu bewegen und den beschützenden Garten der Einrichtung aufzusuchen. Auch durch tagesstrukturierende Maßnahmen wurde ein „Ausgleich“ zur beschützten Unterbringung geschaffen.

Das Pflegezentrum machte die Erfahrung, dass sich viele, anfänglich oft als „schwierig“ eingestufte Bewohnerinnen und Bewohner nach einer Eingewöhnungsphase kooperationsbereit zeigten.

Der Wunsch mehrerer gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer nach einer „Lockerung“ (z. B. „Ausgänge“) bezüglich der Unterbringung ihrer Betreuten führte zu Rechtsunsicherheiten hinsichtlich Fürsorge- und Aufsichtspflicht seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegezentrums, zumal die Betreuer sich nicht dazu bereit erklärten, dies schriftlich zu fixieren.

Diese Erfahrungen führten zu der Überlegung, dass alle Beteiligten ihren Teil der Verantwortung übernehmen und dies auch schriftlich festhalten sollten. Es wurde das Stufensystem für freiheitserweiternde Maßnahmen entwickelt, das zum einen die vorhandenen Ressourcen des einzelnen Bewohners fördern und erhalten und zum anderen eine professionelle Zusammenarbeit mit den Betreuern und Richtern gewährleisten sollte.

4.1.2 Das Konzept

Zielgruppe

Zielgruppe sind ältere Menschen, die aufgrund besonderer psychiatrischer Erkrankungen, gekoppelt mit somatischen Krisen die Voraussetzung für eine geschlossene Unterbringung erfüllen und zu diesem Zeitpunkt pflegebedürftig sind.

Menschen, die an typischen Demenzformen (z. B. Demenz vom Alzheimer Typ) leiden, werden von diesem Stufenprogramm ausgenommen.

Ziel

Die betroffenen Menschen sollen durch freiheitserweiternde Maßnahmen ein selbst bestimmtes Leben im Rahmen der Möglichkeiten wiedererlangen.

Maßnahmen

Mit dem 3-Stufen-Modell, das Anfang 2005 eingeführt wurde, sind verschiedene Nah- und Fernziele, wie beispielsweise die Förderung der Selbständigkeit, die Wiedererlangung und Stärkung sozialer Kompetenzen, die Erhaltung von Ressourcen, die Erhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten oder der Wiederaufbau und die Stärkung des Kontaktes zur eigenen Familie verbunden.

In das Stufenprogramm werden grundsätzlich nur Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen, die eine Aufenthaltsdauer von mindestens einem halben Jahr im beschützten Bereich aufweisen, mindestens 15 Punkte beim Mini-Mental-Status-Test erreichen bzw. den Uhrentest bestanden haben und bei denen die schriftliche Zustimmung des Betreuers über die Betreuer-Einverständnis-Erklärung und die schriftliche Zustimmung des Bewohners zur bewohnerspezifischen Maßnahmeregelung vorliegen.

Jede der drei Stufen erstreckt sich auf einen Zeitraum von ca. 4 – 6 Wochen, wobei sich die endgültige Dauer nach Leistungsfähigkeit und –bereitschaft und nach dem Grad der Einhaltung der vereinbarten Regeln des einzelnen Bewohners/Bewohnerin richtet. Wichtige Bausteine des Programms sind beispielsweise die Einhaltung von vereinbarten Zeiträumen, Regeln der Kommunikation, Handlungsplan und Kooperationsbereitschaft mit dem Pflegepersonal. Im Programm sind Kontrollverfahren (über vereinbarte Zeiträume, Regeln der Kommunikation etc.), die zugleich als Trainingselement dienen, enthalten. Die freiheitserweiternden Maßnahmen (wie z.B. selbständig Geld holen, am Kiosk einkaufen, etc.) werden in jeder Stufe zeitlich erweitert. Durch das Stufenprogramm und den darin beinhalteten freiheitserweiternden Maßnahmen werden die Bewohnerinnen und Bewohner schrittweise an die Erfordernisse des Alltags herangeführt.

Die Vorgehensweise bei der Einführung und Anwendung des 3-Stufen-Modells ist genau geregelt. Sind die o. g. Voraussetzungen erfüllt, unterschreibt der Betreuer eine Einverständniserklärung. In einem nächsten Schritt erarbeiten die Pflegekräfte gemeinsam mit den Betroffenen bewohnerspezifische Maßnahmeregelungen, die auf die Erfordernisse und Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt werden. Die

Maßnahmen beziehen sich zum einen auf alltägliche Anforderungen, wie z. B. eine regelmäßige Teilnahme an Verpflegung oder am Gedächtnistraining, einkaufen und die Einhaltung ärztlicher Verordnungen. Zum anderen wird auch ein großer Schwerpunkt auf ein gepflegtes Erscheinungsbild gelegt, wobei sich die Maßnahmen an die 13 Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL's) nach Monika Krohwinkel anlehnen. In einem Gespräch mit Bewohner, Wohngruppenleitung und Sozialteamleitung werden die erarbeiteten bewohnerspezifischen Maßnahmen vorgestellt, besprochen und überprüft, ob der Bewohner in der Lage ist, den Inhalt zu verstehen bzw. zu reproduzieren. Sind alle Beteiligten einverstanden, wird der Vertrag von allen unterzeichnet und mit dem Stufenprogramm begonnen.

Nach erfolgreichem „Durchlaufen“ der Stufe 3 des Stufenmodells können die Bewohnerinnen und Bewohner ein selbstbestimmteres Leben in einer jeweils geeigneten offenen Wohnform (z. B. soziotherapeutische Einrichtung/betreutes Wohnen, offenes Heim) führen oder in den familiären Verbund zurückkehren.

Betroffene, die auf Grund von z. B. kognitiven Leistungseinbußen den Anforderungen der Stufe 3 nicht gewachsen sind, bleiben weiterhin im beschützenden Bereich (jedoch mit der Möglichkeit von freiheitserweiternden Maßnahmen von Stufe 1 und/oder 2) wohnen. Die Erfahrungen des Pflegezentrums zeigen, dass die Schaffung von Erweiterungsmöglichkeiten innerhalb der beschützenden Unterbringung für einige Menschen durchaus mit einem zufriedenen Leben verbunden sein kann.

Verantwortlich für die Durchführung des Stufenprogramms zeichnet die Sozialteamleitung, eine ausgebildete Gerontotherapeutin, welche die Gespräche mit den Bewohnern, Betreuern, Verfahrenspflegern und Richtern koordiniert und das Pflegepersonal für einen adäquaten Umgang schult und begleitet.

Die Dokumentation erfolgt sowohl über interne als auch externe Dokumentationsfelder. Zu den internen Dokumentationsfeldern zählen beispielsweise die Übergabe, „Copmail“ (dient zur schnellen und direkten Kommunikation mit dem Pflegepersonal), „Zusatz“ (hier wird die Stufe und deren voraussichtliche Dauer hinterlegt), „Bemerkungen“ (Dokumentation über Beginn, Unterbrechung und Ende der Trainingsmaßnahmen). Die externen Dokumentationsfelder umfassen den „Stufenmodell-Übersichtsordner“ und die Bewohnerakte. Jeder der Mitarbeiter/-innen

hat Zugang zu den Dokumentationen und kann sich somit auf schnellem Wege einen genauen Überblick über die freiheitserweiternden Maßnahmen verschaffen.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden unter anderem regelmäßig hausinterne Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten.

4.1.3 Erfahrungen und Ergebnisse

Das Pflegezentrum kann mit diesem Stufenprogramm auf gute Erfahrungen und Erfolge zurückblicken. Richter, Verfahrenspfleger und Betreuer lassen den begleitenden Zeitraum innerhalb des Stufenmodells für ihre Entscheidung einer weiteren Unterbringung mit einfließen. Das Modell bietet auch Rechtssicherheit für die Verantwortlichen, wie Heimpersonal, Betreuer und Gutachter. Es hat sich gezeigt, dass durch die Einführung des Modells ältere Menschen – mit Unterstützung von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - eine neue Chance bekommen können. Die Erfahrungen zeigen auch, dass durch freiheitserweiternde Maßnahmen eine zeitlich begrenzte beschützende Unterbringung für manche betroffenen Menschen eine wichtige Basis für einen Neuanfang darstellt bzw. die Möglichkeit gegeben ist, Bewohnerinnen und Bewohner schrittweise an die neuen Anforderungen durch professionelle und individuelle Begleitung eines selbstbestimmteren Lebens heranzuführen.

Dies bestätigen nicht nur Rückmeldungen von Betreuerinnen und Betreuern, Betroffenen und Gutachtern während des Unterbringungsverfahrens, sondern auch statistische Zahlen (Stand 31.12.2006). Von den insgesamt 21 erfassten Bewohnerinnen und Bewohnern leben mittlerweile 4 im offenen Bereich des Pflegezentrums, 6 von ihnen wohnen weiterhin im beschützenden Bereich des Hauses (jedoch mit freiheitserweiternden Maßnahmen), 5 in einer eigenen Wohnung, jeweils ein Bewohner in einem familiennahen Heim und in einer therapeutischen Einrichtung und 4 leben weiterhin geschützt (jedoch ohne freiheitserweiternde Maßnahmen). Bei nur 4 betroffenen Menschen wurde das Programm für die freiheitserweiternden Maßnahmen abgebrochen.

4.2 BRK-Seniorenheim Waldmünchen / Waldmünchen

Das Seniorenheim Waldmünchen erhielt für sein Konzept „**Im Alter ungebunden**“ den zweiten Preis.

Beeindruckt hat den fachlichen Beirat das sehr differenzierte und auf allen Ebenen ansetzende Konzept, in dem alle fachlichen Gesichtspunkte und Sichtweisen berücksichtigt werden. Überzeugt hat insbesondere das Pflegekonzept, das alle AEDL's hinsichtlich FEM reflektiert und entsprechende Maßnahmen beinhaltet. Das Aufzeigen von Erfolgen anhand von Einzelbeispielen wird ebenfalls hervorgehoben.

4.2.1 Ausgangssituation

Im BRK Seniorenheim Waldmünchen werden insgesamt 109 Bewohnerinnen und Bewohner in 12 Wohn- und Pflegebereichen gepflegt und betreut. Für 8 bis 10 gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen wurde eine eigene Abteilung (ebenfalls offener Bereich) geschaffen. Von der Gesamtbewohnerzahl leiden ca. 65 Menschen an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung.

Das BRK Seniorenheim Waldmünchen war – wie viele andere Einrichtungen auch – in den letzten Jahren vermehrt mit gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert. Im Zuge dessen rückte das Thema Freiheitsentzug immer mehr in den Vordergrund. Durch Fortbildungsangebote für die Mitarbeiterinnen, die Erstellung von Standards für den Umgang mit FEM und der Schaffung einer Gerontoabteilung als tagesstrukturierende Maßnahme wurde versucht, dieser Entwicklung und den damit verbundenen Problemstellungen gerecht zu werden. Durch die Umsetzung dieser Maßnahmen wurde man anfänglich den neuen Herausforderungen durchaus gerecht. Nach zwei Jahren zeigte sich jedoch, dass die Einrichtung von der weiteren Entwicklung bzw. weiteren Zunahme gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen überrollt wurde. Die Pflegekräfte sahen sich erneut in der Pflicht, auf die Herausforderungen zu reagieren. In Arbeitsgruppen, Mitarbeiter-, Bewohner- und Angehörigengesprächen entstand das neue Konzept: „Im Alter ungebunden“.

4.2.2 Das Konzept

Zielgruppe

gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen

Ziele

- Schaffung einer Umgebung, in der sich Heimbewohner/-innen frei bewegen, ihren freien Willen und ungebunden leben können
- Minimierung von Einschränkungen auf das notwendigste Maß
- Vermeidung von Eigengefährdung durch Orientierungshilfen

Maßnahmen

Das BRK Seniorenheim Waldmünchen hat sich bewusst gegen die Schaffung von geschlossenen Abteilungen entschieden.

In die Konzeptentwicklung wurden alle Bereiche bzw. Ebenen miteinbezogen, auf FEM hin reflektiert und daraus resultierend entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung, Reduzierung und sachgerechten Umgang entwickelt. Die Maßnahmen sind im QMS-Handbuch sehr detailliert und in Einzelschritten bzw. Vorgehensweisen niedergelegt.

Schaffung von Rahmenbedingungen (strukturelle Ebene)

Veränderungen von Rahmenbedingungen und entsprechende Umstrukturierungsmaßnahmen werden als laufender Prozess verstanden und sind nicht explizit im Konzept aufgeführt.

Leitbild

Im Leitbild der Einrichtung wurde der Grundsatz der Achtung der Würde und des Respekts des Menschen, die Annahme der Individualität des Bewohners und die ganzheitliche bedürfnisgerechte Pflege und die Demenzbetreuung verankert, um zu verdeutlichen, dass die Menschen am Ende ihres Lebens ihren Lebensabend in einer entspannten Atmosphäre ohne Fesseln verbringen sollen und können.

Pflegekonzept

Ausgehend von der Annahme, dass alle AEDLs (nach Krohwinkel) die Freiheit der Bewohnerinnen und Bewohner, die man braucht, um ungestört und gesund leben zu können, widerspiegeln, wurden diese auf FEM hin reflektiert und entsprechende Maßnahmen erarbeitet.

Beispiel: AEDL „Sich pflegen“

Im ersten Schritt werden die möglichen Folgen durch Fixierungen in diesem Bereich, wie beispielsweise Hautschäden durch Reibungen bei Fixiergurten, Auftreten von Dekubitalulcera durch die Unmöglichkeit, selbständig die Lage zu verändern, Hautschäden durch Bauchgurte bei Rollstühlen, reflektiert. Im Anschluss daran werden Maßnahmeregelungen, wie die Reduzierung von Bauchgurten auf ein absolutes Minimum und der Verzicht darauf bei Anwesenheit einer Pflege- bzw. Betreuungskraft und Alternativmaßnahmen, wie Tieferstellung von Betten, Matratzen usw. aufgezeigt, die helfen, Hautschäden zu vermeiden.

Orientierungshilfen

Beispiele sind, die unterschiedliche Farbgestaltungen, individuell, auf den Bewohner zugeschnittene Orientierungshilfen oder die Vermeidung von Umzügen.

Snoezelenraum

Der Snoezelenraum wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst gestaltet. Er wird als tragende Säule bei der Demenzbetreuung und der Betreuung psychisch veränderter Menschen angesehen. Durch die Nutzung entspannender Angebote sollen Aggressionen abgebaut und medikamentöse Behandlungen vermieden werden.

Mitarbeiterschulungen

Die Mitarbeiterschulungen werden als wichtigste Voraussetzung für einen verantwortungsvollen und bewussten Umgang mit FEM gesehen. Im Rahmen interner Fortbildungen werden alle Pflegenden jährlich an zwei Terminen (Pflichtveranstaltungen) geschult. Ferner wird (je nach Angebot) einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jährlich der Besuch von externen Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

Investiert wird auch in die Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft, die als Multiplikatoren im Haus eingesetzt werden. Ziel ist es, für je 25 Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern eine Fachkraft zur Verfügung zu stellen. Die Aufgabengebiete der gerontopsychiatrischen Fachkräfte umfassen unter anderem die Schulung von

Pflegekräften, die Betreuung der Bewohnerschaft und die Anwesenheit bei Teambesprechungen. Ferner sind sie Ansprechpartner bei auftretenden Problemen.

Zusammenarbeit mit externen Institutionen

Ein Schwerpunkt des Konzepts liegt auch in einer intensiven Zusammenarbeit bzw. Netzwerkarbeit sowohl mit Behörden (wie z. B. der Betreuungsstelle des Landratsamts oder der Heimaufsicht), Verbänden (z. B. kollegialer Austausch mit anderen Einrichtungen im Landkreis) als auch Ärzten und der psychiatrischen Tagesklinik im Landkreis.

Einführung einer Tagesstruktur

Dies ist als Konzept im Konzept zu verstehen, in dem sowohl der Aufbau der Tagesstruktur in allen Bereichen des Hauses integriert werden sollte (Einarbeitung von Personalstrukturen und Pflegeschlüssel, Erstellung der inhaltlichen Tagesstruktur und bewohnerorientierten Betreuungspläne, räumliche Umgestaltung, Einbezug von Schnittstellen, wie beispielsweise der Hauswirtschaft, etc.) als auch die Vorbereitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Konzept („Überzeugungsarbeit“, Hilfestellungen).

Mittlerweile verfügen zwei Stationen über eine tagesstrukturierende Betreuung. Jeweils eine Betreuungskraft bietet für täglich 5 Stunden Einzel- und Gruppenbetreuung an.

Bewohneranalysen

Ein Schwerpunkt liegt auf einer sehr genauen und differenzierten Bewohneranalyse. Bei Feststellung von fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten besprechen Pflegende, Angehörige, Ärzte und Therapeuten das Risiko einer Gefährdung, prüfen mögliche Ursachen und Alternativen (bewohnerbezogene Ursachen: z. B. Kraft-Balance-Übungen; baulich-räumliche Ursachen: z. B. Entfernen von Barrieren), psychosoziale Ursachen: z. B. Besuchsdienste, Einzeltherapie; organisatorische Ursachen: z. B. Modifizierung von Routineabläufen; aber auch Nachtcafe, Tieferstellen des Bettes etc.) Dies schließt auch die Prüfung der Notwendigkeit von Fixierungen mit ein, mit denen Bewohnerinnen und Bewohner bereits einziehen. Erst bei Ausschluss aller möglichen Alternativen wird die humanste und am wenigsten

einschränkende Maßnahme beantragt. Die Pflegekräfte beobachten und überprüfen hierbei fortlaufend den Einsatz der FEM.

Fach- und sachgerechte Umsetzung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Für die sach- und fachgerechte Durchführung von FEM muss jeder Anwender eingewiesen und über die individuelle Planung informiert sein. Die Umsetzung wird fortlaufend genau dokumentiert. Es wird parallel dazu fortlaufend nach Alternativen gesucht. Bei starker Beeinträchtigung durch FEM *müssen* Alternativen gesucht werden.

4.2.3 Ergebnisse und Erfahrungen

Bereits die Arbeit am Konzept hat bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Umdenken und ein anderes Verständnis für das Thema Freiheitsentzug gebracht und zur Reduzierung beigetragen.

Ein drastischer Rückgang von FEM (hauptsächlich Bauchgurte, stark sedierende Medikamente, Absperren von Zimmertüren) konnte insbesondere seit der Einführung der tagesstrukturierenden Betreuung erzielt werden. Dies wird vor allem auch darauf zurückgeführt, dass die Pflegenden durch das Betreuungsangebot nicht nur entlastet sind, sondern auch durch die Anwesenheit von gerontopsychiatrischen Fachkräften immer einen kompetenten Ansprechpartner haben und somit auftretende Probleme frühzeitig bearbeitet werden können.

4.3 GSD Seniorenwohnpark Vaterstetten GmbH / Vaterstetten

Dem Seniorenwohnpark Vaterstetten wurde für sein Konzept "**brain instead of chain**" der dritte Preis verliehen.

Überzeugt hat den fachlichen Beirat nicht nur das klare, gut strukturierte Konzept bzw. die Vorgehensweise, sondern auch die differenzierte Darstellung von konkreten handlungsanleitenden alternativen Maßnahmen. Positiv bewertet wird auch die Vorgehensweise nach dem im Qualitätsmanagement vorgesehenen **PlanDoCheckAct**-Zyklus, der die regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Maßnahmen beinhaltet.

4.3.1 Ausgangssituation

Der Seniorenwohnpark Vaterstetten GmbH bietet insgesamt 259 älteren Menschen ein Zuhause. Es werden 86 Plätze im Betreuten Wohnen und 173 Plätze auf sechs Wohnbereichen für vollstationäre Pflege, davon ein behüteter bzw. beschützender Wohnbereich für 20 Bewohnerinnen und Bewohner angeboten. Ca. 80 % der gesamten Bewohnerschaft sind gerontopsychiatrisch erkrankt.

Der behütete Wohnbereich des Hauses bietet eine spezielle Betreuung für ältere Menschen ab 65 Jahren, die an einer psychischen Erkrankung (in der Hauptsache Demenz vom Alzheimer Typ, aber auch endogene Psychosen und Korsakow-Syndrom) leiden, einen besonders hohen Betreuungs- und Pflegebedarf aufweisen und für die eine beschützende Unterbringung durch das Amtsgericht angeordnet wurde.

Die dort lebenden Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankungen und deren Folgen eine spezielle Betreuung benötigen, gaben den Anlass, sich intensiv mit dem Thema FEM auseinander zu setzen. Am Beginn stand das Bewusstsein, dass der Einsatz von FEM zu weit reichenden negativen körperlichen (wie z. B. Kontrakturen, Dekubitus etc.) aber auch sozialen und emotionalen Folgen (z. B. Aggressionen, Unruhe etc.) führen und in der Folge in einen Immobilitätskreislauf münden kann. Um diesen Kreislauf erst gar nicht in Gang zu setzen bzw. zu durchbrechen, wurde ein Konzept im Rahmen des Projekts „Sicherheit und Mobilität“, zu dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des behüteten Wohnbereichs durch ihr Engagement und innovative Ideen entscheidend beigetragen haben, entwickelt und umgesetzt.

4.3.2 Das Konzept

Zielgruppe

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit einem besonders hohen Betreuungs- und Pflegebedarf

Ziele

Verbesserung des Umgangs mit FEM auf dem behüteten Wohnbereich durch

- Reduktion der Notwendigkeit von FEM
- Sicherstellung, stets das „mildeste“ Mittel zu wählen
- Gewährleistung einer sorgfältigen Prüfung aller Alternativen

- Reduktion der Dauer von FEM
- Reduktion der Folgeschäden, die durch FEM entstehen können

Maßnahmen

Die Konzeptentwicklung für das Projekt „Sicherheit und Mobilität“ orientierte sich an dem PDCA-Zyklus:

Plan (Planungsphase)

Do (Umsetzungsphase)

Check (Überprüfungsphase)

Act (Neuanpassungsphase)

Am Beginn stand eine IST-Analyse hinsichtlich des aktuellen Umgangs mit FEM und deren Folgen für Betroffene und Pflegende, die im Rahmen von Team- und Fallbesprechungen, unter der fachlichen Begleitung und Unterstützung von Heim- und Pflegedienstleitung und unter Einbezug von Angehörigen, Ärzten und Betreuerinnen und Betreuern stattfand. Anschließend wurden gemeinsame Ziele ausgearbeitet und definiert. Aus dem IST-SOLL-Vergleich wurden zwei Maßnahmenbereiche entwickelt.

Der **erste Maßnahmenschwerpunkt**, in dessen Fokus die individuelle und bewohnerbezogene Abwägung zwischen Sicherheit und Mobilität steht, sieht den Ausbau der bisherigen Kommunikationsstrukturen und die Orientierung an der Zielsetzung durch Fallgespräche, Optimierung des Bezugspflegesystems und Verbesserungen bei der Umsetzung des Pflegeprozesses anhand von Pflegeplanung und –dokumentation vor.

Dies beinhaltet die Prüfung der Notwendigkeit vor und während jeder FEM, die Frage nach den eventuellen Folgen im Zusammenhang einer möglichen Durchführung von FEM und die Prüfung aller möglichen Alternativen.

Innerhalb des **zweiten Maßnahmenschwerpunkts** werden konkrete Einzelmaßnahmen bzw. Alternativen, die innerhalb des Projekts geplant und bereits umgesetzt wurden, aufgezeigt:

Vermeidung nächtlicher Fixierungen

Optimierung der Abend- und Nachtversorgung durch

- Spätmahlzeiten

- nächtliches Beschäftigungsangebot
- Antirutschsocken („Stoppersocken“) für alle Bewohner/-innen

Anschaffung von Niedrigbetten

Diese Betten, die eine Verfahrhöhe bis zu 19 cm Bodennähe erlauben, wurden für alle Bewohnerinnen und Bewohner angeschafft.

Tagesbeleuchtung (schattenfreies Licht) im gesamten Wohnbereich

durch z. B. spezielle Leuchten, die virtuelle Stolpergefahren bzw. Hindernisse ausschließen helfen

Sturzprophylaxe

Herabsetzung der Risikofaktoren durch

- Hüftschutzhosen für alle Bewohnerinnen und Bewohner (tagsüber und nachts)
- Schutzhelme für jene Bewohnerinnen und Bewohner, die wegen zeitweiliger Gehunsicherheit eine genehmigte Stuhlfixierung haben, um die Fixierungszeiten zu senken
- Anschaffung von RCN-Walker (geschlossene Gehwägen) zur sicheren Gestaltung der Raumerkundung der Bewohnerinnen und Bewohner

„Kuschelbett“

im Zentralbereich für Bewohner/-innen, die tagsüber kurze Ruhepausen benötigen

Einrichtung eines Snoezelen-Wohlfühlraums

Nutzung nach individuellem Bedarf in Begleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Reduzierung sedierender Medikamente

durch ganzheitliche Pflege, individuelle Biografieauswertung und Validation

Umsetzung der Validation im Pflegealltag

Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch interne Fortbildungsangebote in der Validationstechnik

Die erarbeiteten Maßnahmen wurden hinsichtlich der geplanten Umsetzung in eine „sinnvolle“ Reihenfolge gebracht (Maßnahmen, die ohne größeren Aufwand sofort umgesetzt werden konnten bzw. Maßnahmen, die mit größerem Aufwand verbunden waren und daher einer längerfristigen Vorbereitungszeit bedurften – z. B. Snoezelenraum, Niedrigbetten) und sukzessive eingeführt bzw. umgesetzt.

Anhand eigener Beobachtungen und der Dokumentation wurde in einem weiteren Schritt überprüft und bewertet, inwieweit die Maßnahmen zur Zielerreichung beigetragen haben bzw. wo Schwierigkeiten entstanden sind.

In der letzten Phase wurden – anhand der Ergebnisse der Evaluation – notwendige Veränderungen und Verbesserungen vorgenommen.

4.3.3 Erfahrungen und Ergebnisse

Durch die sehr strukturierte Vorgehensweise (PDCA-Zyklus) konnten in der Überprüfungsphase erarbeitete Maßnahmen modifiziert bzw. verändert werden. Ein Ergebnis der Evaluation war beispielsweise die Anschaffung von Niedrigbetten, durch welche die ursprüngliche Maßnahme der Bodenmatratze bzw. Schutzmatratze (welche wiederum eine Stolpergefahr für die Bewohner/-innen darstellen kann) ersetzt wurde.

Die entwickelten Maßnahmen bzw. Alternativen zu FEM haben sich als sinnvoll erwiesen und sind geeignet, den eingangs erwähnten verhängnisvollen Immobilitätskreislauf zu umgehen bzw. zu durchbrechen. Die gesteckten Ziele konnten erreicht und langfristig gesichert werden. Der Einsatz von Psychopharmaka und die Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen im behüteten Wohnbereich konnten deutlich gesenkt werden.

Auch wenn die Ziele erreicht worden sind, versteht sich das Konzept als fortwährender Prozess. Das Projekt führte zur Sensibilisierung der Mitarbeiter/-innen und erhöhte die Bereitschaft, sich neues Wissen anzueignen, weiterhin neue Ideen aufzugreifen und zu integrieren.

5. Neue Konzepte

5.1 Danuvius Haus / Ingolstadt

Für das Konzept „**Tagesstrukturierende Beständigkeit statt Fixierung**“ erhielt das Danuvius Haus den ersten Preis. Den fachlichen Beirat überzeugten vor allem die umfassende Berücksichtigung aller Einflussfaktoren bei der Analyse des Ist-Zustandes und die differenzierte Darstellung einer realisierbaren Umsetzung. Ferner wurden in der Bewertung die Transparenz der Ausgangslage, die klar geplante und abgestufte Einführung der vorgesehenen Maßnahmen und die geplante Bewusstseinsveränderung und –erweiterung bei den Pflegenden hervorgehoben.

5.1.1 Ausgangssituation

Das Danuvius Haus wurde Anfang 2005 eröffnet und bietet insgesamt 52 Wohnplätze an. Die Einrichtung ist auf die Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen spezialisiert. Schon bei der Planung des Hauses konnten die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe berücksichtigt werden. In zwei offenen und zwei beschützenden Wohngruppen werden bis zu 13 Bewohnerinnen und Bewohner betreut. Zum Danuvius Haus gehört auch eine Tagespflege, die bis zu acht Gästen, die an einer Demenz erkrankt sind, eine strukturierte Tagesbegleitung anbietet.

Von Beginn an wurde die Vermeidung von FEM als zentrales Pflegeziel verfolgt. Insbesondere in der konsequenten Umsetzung eines bedürfnisorientierten Pflegekonzepts mit Tagesstrukturierenden Maßnahmen und personaler Stetigkeit sah die Einrichtung einen wichtigen Ansatz zur Vermeidung von FEM. Es hatte sich gezeigt, dass Bewegungsdrang und motorische Unruhe von Bewohnerinnen und Bewohnern - welche die häufigsten Gründe für Stürze bzw. sturzbedingten Verletzungen darstellen – durch strukturierende Maßnahmen und gezielte Betreuung gemildert werden können. Ferner wurde auch die Erfahrung gemacht, dass das Vorhandensein einer kontinuierlichen Präsenz die Anwendung von FEM überflüssig machen kann.

Trotz der – bereits im Vorfeld des Landeswettbewerbs – umgesetzten Bemühungen sah das Danuvius Haus noch Verbesserungsbedarf, insbesondere in grundlegenden Bereichen, wie der Tagesstrukturierung und der Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hier knüpft das eingereichte Konzept an.

5.1.2 Das Konzept

Zielgruppe

gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner (insbesondere Demenz)

Ziele

- konsequente Umsetzung eines bedürfnisorientierten Pflegekonzeptes mit Tagesstrukturierenden Maßnahmen und personeller Stetigkeit, verbunden mit der Entwicklung eines unterstützenden Dokumentations- und Planungssystems
- Abbau von psychomotorischer Unruhe und Reduktion der Sturzgefahr durch Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit

Geplante Maßnahmen

- *Einführung und Umsetzung des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“*
- *Erweiterung der Biografiearbeit*
- *Strukturierende Beständigkeit und Betreuungsangebote*
- *Schulung der Mitarbeiter/-innen*

Erwartete Ergebnisse

Durch die Umsetzung des Konzepts wurde eine größere Zufriedenheit bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie bei Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Angehörigen erwartet. Ferner sollte die Anzahl der Stürze und FEM reduziert und sturzbedingte Verletzungen vermieden werden.

5.1.3 Umsetzung und Ergebnisse

Das Konzept des Hauses setzt schwerpunktmäßig an der positiven Beeinflussung von „schwierigen“ Verhaltensweisen, wie beispielsweise starker Bewegungsdrang, psychomotorische Unruhe, Abwehr und Verweigerungshaltung, durch strukturierende Maßnahmen und gezielte Betreuung an. Ferner sollen die Pflegenden durch Schulungen, Planungshilfen und Tagesstrukturpläne zur Umsetzung des Konzepts befähigt und unterstützt werden.

Im Rahmen der Konzeptumsetzung stellte die Erarbeitung, Einführung und Implementierung des **Standards „Sturzprophylaxe“** eine wichtige Maßnahme dar. Damit war das Ziel verbunden, alle Pflegefachkräfte (mittelfristig alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) in die Lage zu versetzen, eine mögliche Sturzgefahr zu erkennen und mit allen Beteiligten geeignete Maßnahmen zu planen und durchzuführen, um Stürze bzw. Sturzfolgen zu vermindern und somit FEM weitestgehend zu vermeiden. Der Standard wurde – in Anlehnung an den Expertenstandard – vom und für das Danuvius-Haus entwickelt, von einem externen Qualitätsberater geprüft und im Februar 2008 in das neu eingeführte EDV-Dokumentationssystem integriert. Der Standard beinhaltet sowohl die Erfassung von Sturzrisikofaktoren, die Beratung der Angehörigen, Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Minimierung sturzbedingter Folgen, die Form der Informationsweitergabe und die Vorgaben für Sturzerfassung sowie Sturzauswertung.

Die Einrichtung hat das bereits vorhandene Formblatt „Sturzanamnese“ weiterentwickelt, welches sowohl bei einer Neuaufnahme als auch bei einer Veränderung der Pflegesituation (erstmalige Stürze, Erhöhung des Sturzrisikos) durch die Bezugspflegekraft eingesetzt werden sollte. Das Formular beinhaltet sowohl die Erhebung personenbezogener Faktoren als auch umgebungsbezogene Gefahrenquellen. Es fand als **Formblatt zur Erfassung des Sturzrisikos** seinen Eingang in das neue EDV-Dokumentationssystem bzw. den Standard „Sturzprophylaxe“.

Bereits im Vorfeld der Einführung des neuen PC-Systems wurde den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Expertenstandard „Sturzprophylaxe“ im Rahmen

kleiner **Fortbildungen** von der Pflegedienstleitung vorgestellt. Einzelne Bestandteile des Standards wurden in der Folge bereits umgesetzt.

Im Rahmen der Umsetzung des Standards „Sturzprophylaxe“ wurde auch ein Schwerpunkt auf die **Beratung der Angehörigen** und/oder gesetzlichen Betreuer/-innen gelegt. Im Rahmen eines **Angehörigenabends** fand ein Vortrag zum Thema Stürze/Sturzprophylaxe statt. Ferner ging man dazu über, die Angehörigen in die **Pflegevisiten** einzubeziehen und **gezielte Gespräche** und Beratungen zum Thema FEM, Sturzprophylaxe und Alternativen anzubieten.

Der Titel des eingereichten Antrages „Tagesstrukturierende Beständigkeit statt Fixierung“ verweist auf das Herzstück des Konzepts.

Eine **Beständigkeit bei Pflege/Betreuung** sollte sowohl bei den Gesamtabläufen, den Betreuungsangeboten, bei pflegerischen Interventionen als auch durch eine kontinuierliche Präsenz in den einzelnen Wohngruppen gewährleistet werden. Vertraute Abläufe – so die Annahme – vermitteln den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Sicherheit, um ihre alltäglichen Situationen und Anforderungen bewältigen zu können, tragen zur Reduzierung von problematischen Verhaltensweisen bzw. Unruhe bei und können zur Vermeidung von FEM führen.

Im Rahmen dieser Konzeptmaßnahme wurden für die Wohngruppen Ablaufpläne für die Tagesstruktur, die Mahlzeiten und ein Beschäftigungskonzept und –plan erarbeitet.

Die **Mahlzeitengestaltung** folgt einem **Ritual** – Gong/Gebet/Musik – das mittels einer speziellen CD vorgegeben wird.

Für alle vier Wohngruppen wurde eine **verbindliche Tagesstruktur** erarbeitet. Im Zuge von Weiterbildungen zweier Mitarbeiterinnen entstanden zwei Projekte „Tagesstruktur“, welche diese federführend durchführten. Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen wurden für alle vier Wohngruppen individuelle, der jeweiligen Bewohnerstruktur angepasste Tagesabläufe erarbeitet, die Abläufe der einzelnen Schichten (einschließlich Mahlzeitengestaltung) dokumentiert und verbindlich festgelegt.

Die „**Tagespräsenz**“ (8.00 – 19.00 Uhr) wurde **verpflichtend** in allen Wohngruppen eingeführt. Präsenz bedeutet, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter bei den

Bewohnerinnen und Bewohnern (in der Gruppe) bleibt, während andere „in der Pflege“ arbeiten. In Tagesplänen wird genau festgehalten, wer Präsenzkraft ist. Dies können sowohl Fachkräfte, Hilfskräfte, hauswirtschaftliche Kräfte, Zivildienstleistende oder Praktikanten sein, die beispielsweise Essen oder Getränke anreichen, Mobilisation durchführen oder Beschäftigung anbieten.

Ebenso wurde auf den einzelnen Wohngruppen eine **verbindliche Beschäftigungseinheit am Abend** eingeführt. Da die Wohngruppen unterschiedlich strukturiert sind, findet dieses Angebot in einem Teil der Wohngruppen von 16.30 Uhr bis 17.30 Uhr und im anderen Teil von 19:30Uhr bis 20:30 Uhr statt.

Ein weiterer Maßnahmeschwerpunkt wurde auf die **Erweiterung der Biografiearbeit** gelegt. Die Pflegefachkräfte sollten in die Lage versetzt werden, notwendige biografische Details der Bewohnerinnen und Bewohner aussagekräftig in die Planung einzubringen und problematisches Verhalten vor deren Hintergrund zu hinterfragen. Wichtig erschien es der Einrichtung, die individuelle Biografie stärker im Pflegeprozess zu berücksichtigen und im täglichen Ablauf mit einzubringen. Im Rahmen dieses Schwerpunktes erfolgten eine **Modifizierung des bestehenden Biografiebogens** und eine **stärkere gezielte Berücksichtigung** von biografischen Daten bei der Erstellung von **Pflegeanamnese und Pflegeplan**.

Die Formblätter zur Datensammlung wurden erweitert und stark modifiziert. Die aussagekräftigen Biografiebögen stehen im neuen EDV-Programm zur Verfügung. Sie werden in der Tagespflege getestet und kommen bei der Neuaufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Wohngruppen bereits zur Anwendung.

Das Bewusstsein der Pflegenden für die Notwendigkeit der Biografiearbeit sollte vor allem in **Fallbesprechungen** geschaffen werden. Inhouse-Schulungen durch eine externe Referentin zum Thema „Biografiearbeit“ wurden begleitend durchgeführt.

Die **Überprüfung der Pflegepläne** durch Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung hinsichtlich der Berücksichtigung der Biografien wurde systematisiert und intensiviert. Im Rahmen der gerontopsychiatrischen Weiterbildung einer Mitarbeiterin wurde das Projekt **Erinnerungscafe** ins Leben gerufen, in dem sich Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Angehörige zum gemeinsamen Austausch treffen. Das Projekt wurde mittlerweile im Haus implementiert und findet ein- bis zweimal monatlich statt.

Die **Schulungen für die Mitarbeiter/-innen** bilden ebenfalls einen Schwerpunkt im Konzept und stellen eine übergeordnete Maßnahme aller Schwerpunkte dar. Das Konzept sollte nicht nur vermittelt, sondern vor allem verstanden und gelebt werden. Ziel war es, den Mitarbeiter/-innen Hilfestellungen zur Umsetzung der Maßnahmen des Projekts an die Hand zu geben, Unsicherheiten abzubauen und Handlungssicherheit zu vermitteln. Sie sollten die Möglichkeit bekommen, ihr Verhalten zu reflektieren sowie selbständig Alternativen zu FEM zu erkennen und anzuwenden.

Die Schulungen setzten auf mehreren inhaltlichen Ebenen – rechtlich/ethische Aspekte von FEM, Kenntnisse über Sturzprophylaxe und Hilfsmittel, gerontopsychiatrische Grundlagen und Strategien - an.

Wie bereits erwähnt, fanden kurze Schulungen (ca. 1 Stunde) zum Projekt allgemein sowie zum Thema „Sturzprophylaxe“ durch die Pflegedienstleitung statt. Diese waren für alle Fachkräfte verpflichtend. Mit den Schulungen konnten aber zwischenzeitlich auch fast alle Helferinnen und Helfer erreicht werden. Ferner wurden Fortbildungen zu rechtlich/ethischen Aspekten, Biografiearbeit und FEM (Entscheidungshilfen, rechtliche Grundlagen, Dokumentation), letztere verpflichtend, durchgeführt. Die Leistungserfassung/Sturz/FEM wurde – verbunden mit der Einführung des neuen Dokumentationsbogens „Sturzrisikoerfassung“ den Bezugspflegekräften in **Einzelanleitungen** durch die Pflegedienstleitung vermittelt.

Für jede Wohngruppe werden monatliche **Fallbesprechungen** mit verpflichtender Teilnahme durchgeführt.

Bei den Fallbesprechungen wird jeweils ein Thema anhand eines Fallbeispiels von allen Seiten beleuchtet. Sie haben vor allem das Ziel, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sensibilisieren und eine Reflexion des eigenen Pflegehandelns zu ermöglichen. Vorbereitet und moderiert werden die Fallbesprechungen von der Pflegedienstleitung (gemeinsam mit der Bereichsleitung), diese haben auch „Fortbildungscharakter“. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden auch entsprechende thematische Unterlagen erstellt.

Als **Hilfsmittel**, die alternativ eingesetzt werden, kommen sowohl Kopfschutz (Sturzhelme), Niedrigbetten, „französische Matratzen“ (Bodenpflege),

Lagerungsschlangen, Stoppersocken und Moskitonetze zum Einsatz. Alle sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohner tragen Trochanterhosen.

5.1.4 – Erfahrungen und Auswertung

Auch im Danuvius-Haus beschäftigte man sich – unabhängig vom Landeswettbewerb – bereits mit dem Thema FEM. Ausgangspunkt waren vermehrte Stürze im Haus und in der Folge eine häufige Anwendung von derartigen Maßnahmen. Bereits die Vorstellung des prämierten Konzepts bzw. Projekts setzte eine allgemeine Auseinandersetzung in der gesamten Einrichtung in Gang. *“Der Inhalt war für mich nichts Neues, aber es wurde mit wieder bewusster und deutlicher, was und wie wir es machen“*, so eine Mitarbeiterin. Eine Kollegin ergänzte dies: *„Meine Erfahrungen grundsätzlich im Haus waren schon, dass hier sorgsam damit umgegangen wird, aber es ist doch wichtig, dass über das Konzept freiheitsentziehende Maßnahmen thematisiert worden sind und eine Linie im Umgang festgelegt wurde“*.

Das Danuvius-Haus kann eine positive Projektbilanz ziehen, die angestrebten Ziele konnten im vollen Umfang erreicht werden. Im Zeitraum der Konzeptumsetzung kam es zu einer deutlichen Reduzierung von FEM. *„Früher“*, so die Pflegedienstleitung, *„waren aus der Sicht der Mitarbeiter immer zu wenig Gurte da, heute sind die Schränke voll davon“*. Ein Beweis dafür, dass diese Maßnahmen nur noch äußerst selten zum Einsatz kommen. Seit Oktober 2007 kamen keine neuen FEM mehr hinzu. Wurden im September 2007 noch 15 FEM angewandt (Bettgitter, Fixierungen am Stuhl und Bauchgurt), waren es ein Jahr später nur noch 8, wobei insbesondere Fixierungen abgebaut werden konnten. Insgesamt konnte also eine Reduzierung um knapp die Hälfte der Maßnahmen erreicht werden.

Als ein wichtiger Erfolg ist zu werten, dass das **Bewusstsein** für die Bedeutung von FEM und das Verständnis für die zu betreuenden Menschen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verstärkt werden konnte. Eine Mitarbeiterin meint: *“Viele Sachen sind selbstverständlicher, es ist mehr Offenheit da und Ideen werden umgesetzt“*. Eine Kollegin drückt es so aus: *„Ich fühle mich wohler, weil man darüber spricht, weil*

man in Entscheidungen miteinbezogen wird, weil sich die Bewohner wohl fühlen“.
„Ich sehe Erfolge“, so eine Altenpflegerin, und dies motiviert mich ungemein“.

Die eigene Einstellung und Sicherheit überträgt sich zudem positiv die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige und nimmt Ängste.

Mit der Umsetzung des **Standards Sturzprophylaxe** sammelte man gute Erfahrungen. Er ist praktikabel und stellt eine gute Hilfestellung für die Pflegenden dar. Grundsätzlich kann beobachtet werden, dass das Bewusstsein für Sturzgefährdung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gestiegen und die Sturzprophylaxe als eine wichtige Maßnahme im Danuvius-Haus fest verankert ist. Mitarbeiterinnen beobachten an sich selbst, dass sie beispielsweise viel mehr auf Bewegung und Sicherheit bei den Bewohnerinnen und Bewohnern achten und Gründe für Bewegungsunsicherheiten suchen. Sie sind besser in der Lage, eine Sturzgefahr zu analysieren und können auch entsprechende Maßnahmen veranlassen. Die Hilfsmittel sind bei den Pflegekräften und Hausärzten inzwischen bekannt und akzeptiert. Maßnahmen werden schneller eingeleitet.

Zwischenzeitlich arbeiten die Bezugspflegekräfte mit dem neu entwickelten Formular zur **Sturzrisikoerfassung**, das im EDV-System integriert ist. Während manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gut damit zurechtkommen, brauchen andere zum Teil noch Hilfestellungen. Dieser Prozess wird durch Fortbildungen und Einzelanweisungen unterstützt, um eine sukzessive Verbesserung bzw. Optimierung zu erreichen.

Obwohl die **Beratungen der Angehörigen** und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer derzeit noch fast ausschließlich durch die Pflegedienstleitung und die Bereichsleitungen erfolgen, konnte beobachtet werden, dass einige Pflegekräfte – motiviert durch Fortbildungen - von sich aus mehr Eigeninitiative übernehmen, Beratungen durchführen und eine Hilfsmittelversorgung einleiten.

Grundsätzlich erfolgt eine Beratung sowohl im Rahmen von Aufnahmegesprächen als auch bei akutem Handlungsbedarf. Ebenso werden regelmäßige Gespräche mit Angehörigen durch die Bezugspflegefachkräfte (auch über Sturzprophylaxe und Vermeidung von FEM) angeboten.

Der Vortrag für Angehörige im Rahmen eines Angehörigenabends wurde gut angenommen. Es kamen viele Nachfragen, teilweise konnten in der Folge mit Einverständnis der Angehörigen alternative Maßnahmen eingeleitet werden. Auch die inzwischen eingeführten gemeinsamen Pflegevisiten werden sehr gut angenommen, im Einzelfall wurden Angehörige auch in Fallgespräche miteinbezogen.

Die enge vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Angehörigen, die grundsätzlich eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale des Danuvius-Haus darstellt, konnte durch die Intensivierung der Gespräche und Beratungen noch verbessert werden. Insgesamt erhielt die Einrichtung, insbesondere bei „Neuaufnahmen“ im letzten Halbjahr, eine sehr positive Resonanz der Angehörigen. Positive Rückmeldungen und Anerkennung erfuhr man jedoch auch von Angehörigen, die bereits im Haus waren. Besonders anerkannt wird, dass sich „individuell“ um den Bewohner „gekümmert“ wird.

Die Angehörigen – so die Erfahrung – müssen sich mit ihren Sorgen und Ängsten ernst genommen fühlen, sie benötigen jedoch auch viel Aufklärung und Informationen. Durch die Vermittlung der eigenen Einstellung des Hauses – grundsätzlich FEM vermeiden zu wollen - , eigener Kompetenzen und das Aufzeigen von möglichen Alternativen sind diese auch eher bereit und offener, gemeinsam alternative Maßnahmen zu suchen und mit zu tragen und ein gewisses Sturzrisiko in Kauf zu nehmen.

Die konsequente Umsetzung eines **bedürfnisorientierten Pflegekonzeptes mit tagesstrukturierenden Maßnahmen und personeller Stetigkeit** erfolgte in allen vier Wohngruppen. Bei den Pflegenden sorgen die verbindlichen festen Strukturen für eine größere Handlungssicherheit, Leerläufe und Unsicherheit können dadurch weitestgehend vermieden werden. Die Abläufe sind mittlerweile beständig und ruhiger, insbesondere die Helferinnen und Helfer arbeiten sicherer und entspannter. Sie können besser auf die Tagesstruktur achten und erleben dies - nach eigenen Aussagen – als sehr hilfreich.

Die **Präsenz** in den Wohngruppen kann mittlerweile konsequenter stattfinden. Anfänglich war – insbesondere in Bezug auf die Durchführung von Beschäftigungsmöglichkeiten - zum Teil wenig Verständnis von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorhanden, da diese Tätigkeiten häufig nicht „als Arbeit“ empfunden wurden. Mittlerweile hat ein Umdenken und weitestgehende Akzeptanz stattgefunden und es finden im Zuge der Präsenz Beschäftigungen unterschiedlicher Art für die Bewohnerinnen und Bewohner statt. Wichtig, so die Erfahrung der Pflegedienstleitung, sei der verpflichtende Charakter und eine konsequente Begleitung und Kontrolle der Umsetzung. Die Pflegenden können mittlerweile auch die vielfältigen Vorteile der Präsenz erkennen. Die intensive Beschäftigung mit den betroffenen Menschen und das Vorhandensein eines Ansprechpartners wirkt präventiv hinsichtlich Unruhe und Sturz, frühzeitiges Intervenieren (auch z. B. bei Sturzgefährdung) ist möglich und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „in der Pflege“ haben die Sicherheit, „*dass nichts passieren kann*“ und sind dadurch entlastet.

Die Sicherheit der Pflegenden und das „entspannte Milieu“ überträgt sich auf die **Bewohnerinnen und Bewohner**, die – so die Beobachtungen - sicherer und „ruhiger“ sind, „herausforderndes“ Verhalten, wie Schreien oder motorische Unruhe, haben abgenommen. Insbesondere diejenigen, die von Unruhe getrieben werden, scheinen in „anregender Gesellschaft“ zur Ruhe zu kommen und wirken zufriedener. „*Man hat insgesamt den Eindruck, die Bewohner fühlen sich behütet, geschützt und dadurch auch ausgeglichener und selbständiger*“. Erfolge zeigen sich sehr deutlich bei Neuaufnahmen. Verschiedene „herausfordernde“ Verhaltensweisen (starke Unruhe, Aggressivität) haben sich innerhalb kürzester Zeit durch das sichere „vorhersehbare“ Umfeld gelegt. Auch die Beschäftigungsmaßnahme am Abend wird gut angenommen. Auch dadurch kann die Unruhe reduziert werden und hat positive Auswirkungen auf die Nachtruhe einzelner Bewohner und Bewohnerinnen.

Grundsätzlich konnten – so die Erfahrungen - in den Wohngruppen – durch die Präsenz , die Betreuungsangebote und die gezielten Angebote am Abend Stürze reduziert und dadurch auch FEM vermieden werden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind allgemein sehr interessiert an der Bearbeitung der **Biografie**. Es ist zu beobachten, dass die individuellen Vorlieben

und Bedürfnisse besser beachtet werden. Die intensive aufrichtige Beschäftigung mit den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern führt dazu, eigenes Verhalten und Reagieren zu hinterfragen. Erfolge sind beim Umgang mit „herausfordernden“ Verhalten immer wieder zu beobachten. So lassen sich große Unruhe und Aggressivität oftmals gut durch Kenntnisse der Lebensgeschichte erklären (Gewohnheiten, Abneigungen, traumatische Erlebnisse). Oft kann auch eine Strategie für den Umgang mit schwierigen Situationen aus diesen Kenntnissen entwickelt werden. Die Erweiterung der Biografiearbeit führt zu einer stärkeren Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen und Gewohnheiten bei der Pflegeplanung und der täglichen Pflegehandlung.

Als eine gute Möglichkeit hat sich auch das **Erinnerungscafé** gezeigt. Hier wird auch sehr deutlich, dass Erinnerungen helfen können einen besseren Zugang zum Bewohner und den Angehörigen zu finden.

Auch im Danuvius-Haus stellte die **Schulung** der Mitarbeiter/-innen einen Schwerpunkt dar. Da letztlich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich erreicht werden sollen, aber es nach Ansicht der Pflegedienstleitung sehr schwierig ist, neben Vollzeittätigkeit, Überstunden, „Einspringen“ etc. wöchentlich noch mehrere Stunden an einer Fortbildung teilzunehmen, wurden die Fortbildungseinheiten eher „kurz“ gehalten (eine Stunde) und diese durch Einzeleinweisungen während des Arbeitsablaufes (z. B. Sturzstandard) ergänzt. Dies hat sich bewährt.

Teilweise werden Schulungen von Pflegekräften des Hauses durchgeführt, da die Erfahrung gemacht wurde, dass durch die konkrete Bearbeitung von Fragen aus der Praxis die Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr hoch ist.

Es war zu beobachten, dass insbesondere die **Fallbesprechungen**, die für alle Teammitglieder (auch Hauswirtschaftskräfte) Pflicht ist, am nachhaltigsten wirken. Hier ist der praktische Bezug am stärksten gegeben, die Moderatorin kann auf Fragen gezielt eingehen, da ihr die Umstände und Bewohner vertraut sind. Die Pflegenden „nutzen“ die Fallgespräche und „*trauen sich auch jetzt, mehr zu sprechen*“. Vor allem die Änderung der Strategie bewirkte dies. Anfänglich begann die Moderation die Fallgespräche mit einem kleinen „theoretischen“ Input, mittlerweile wird versucht, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorab zu sensibilisieren, in dem mit Perspektivwechsel gearbeitet wird: „Wie ging es dem Bewohner möglicherweise vor und nachher? Wie würde ich mir den Umgang

wünschen? Wie geht es mir mit der Situation? Wie dem Bewohner? Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erleben auch den Austausch als sehr hilfreich.

Auch das Danuvius-Haus setzte unterschiedliche **Hilfsmittel** als Alternative zu FEM ein und konnte wichtige Erfahrungen gewinnen.

Die Hüftprotektoren werden im Allgemeinen gut akzeptiert, vor allem die Modelle mit weicheren Schalen (früher Hartschalen) tragen zur Akzeptanz seitens der Betroffenen bei, da sie nicht so sehr „auftragen“ und insgesamt angenehmer zu tragen sind. Hüftprotektoren werden meist besser als beispielsweise ein Kopfschutz akzeptiert. Der Einsatz von Sturzhelmen wird sehr gründlich überlegt, zumal er vermehrt Widerstände sowohl bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch bei Angehörigen hervorruft. Manche Bewohnerinnen und Bewohner versuchen immer wieder, den Helm abzunehmen, da sie ihn als zu warm und zu eng, den Kinnriemen als störend oder den Kopfschutz insgesamt als Fremdkörper erleben.

Matratzen vor dem Bett kommen seltener zum Einsatz, da die Trittsicherheit häufig nicht gewährleistet wird, wobei auch hier eine Entscheidung im Einzelfall getroffen wird. Sehr positive Erfahrungen werden mit der „Bodenpflege“ gemacht, wobei hier „französische Matratzen“, also besonders breite Unterlagen, verwendet werden.

Gute Erfahrungen haben die Mitarbeiter/-innen auch mit Niedrigbetten, Lagerungsschlangen und „Stoppersocken“. Im Danuvius-Haus kommen auch so genannte „Moskitonetze“ zum Einsatz, die den betroffenen Bewohner/-innen Sicherheit zu vermitteln scheinen.

Als eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe werden von der **Ergotherapie** Aktivierungen und Bewegungsübungen für Bewohnerinnen und Bewohnern angeboten und durchgeführt. Das Haus hat sich auch für das AOK-Sturzprogramm beworben, die Entscheidung über eine endgültige Teilnahme ist jedoch noch nicht gefallen.

Qualitätssichernde Maßnahmen gehören selbstverständlich auch im Danuvius-Haus zum Alltag. So stellen sowohl die Pflegevisiten, die regelmäßigen Besprechungen (auch mit Ärzten und Angehörigen), die Fallbesprechungen, die regelmäßige Kontrolle der Pflegeplanungen alle 6 Wochen und die Auswertung der Sturzerfassungsbögen zu den wirksamen Instrumenten.

Für das Danuvius-Haus ist der „Abschluss des Landeswettbewerbes“ nicht das Ende der Maßnahmen. Der eingeleitete Prozess wird konsequent weiterverfolgt und auch erweitert. Es wird weiterer Schulungsbedarf gesehen, Pflegeplanungen müssen noch mehr überarbeitet, die Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach wie vor intensiviert werden. Die wichtigste Voraussetzung – das mittlerweile vorhandene Bewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen und der sensible Umgang mit dem „Gut“ der Freiheit – wurde geschaffen.

5.2 AWO Seniorenwohnpark Moosburg

Die Einrichtung konnte mit ihrem Konzept „**Bewegung ohne Einschränkung**“ beim Landeswettbewerb den 2. Preis erringen.

Die Preiskommission bewertete die Darstellung des Gesamtkonzepts, in dem ihrer Ansicht nach alle wesentlichen Aspekte der Thematik enthalten waren, sehr positiv. Überzeugt haben sowohl die Darstellung des Problembewusstseins als auch die geplanten Strategien und die umfassende, schlüssige und realistische Beschreibung der geplanten Umsetzung.

5.2.1 Ausgangssituation

Der Seniorenwohnpark Moosburg, dessen Träger die „Soziale Zukunft GmbH“ (eine Tochtergesellschaft des AWO-Bezirksverbandes Oberbayern e.V.) ist, versteht sich als Dienstleistungszentrum für Seniorinnen und Senioren, die im Alter Hilfe und Unterstützung in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens benötigen.

Die Einrichtung bietet unterschiedliche Versorgungsbausteine an. Dazu zählen der offene vollstationäre Wohnbereich, eine Kurzzeitpflege, eine gerontopsychiatrische Wohngruppe, Betreutes Wohnen und eine Tagespflege. Das Haus hält 80 Plätze auf Pflegestationen vor und bietet für 18 Menschen eine Wohnmöglichkeit in einem beschützten Bereich. Von den insgesamt 98 dort lebenden Bewohnerinnen und

Bewohnern waren (Stand November 2007) 44 gerontopsychiatrisch erkrankt, davon 33 an Demenz, 7 an Depression und 3 an wahnhaften Erkrankungen.

Der bereits bestehende Standard „Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“, der auf der Grundlage der „Empfehlungen der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern, der Landeshauptstadt München und des MDK in Bayern basiert, wurde in den letzten Jahren von Seiten des Einrichtungsträgers ständig weiterentwickelt. Ziel war und ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für diese Problematik zu sensibilisieren und Fixierungen soweit als möglich zu vermeiden.

Seit 2004 erfasst der Träger im Rahmen der internen Qualitätssicherung jene Bewohnerinnen und Bewohner, die durch FEM eingeschränkt werden. Deren Anwendung wird von den einzelnen Häusern vierteljährlich überprüft und dokumentiert.

Das Ergebnis der Auswertung im Jahr 2007 zeigte – im Vergleich zu anderen Einrichtungen des Trägers – im Seniorenwohnpark Moosburg eine hohe Anzahl von Fixierungen auf. Aufgrund dieses Ergebnisses entschloss man sich, schnellstmöglich zu handeln, um die Situation zu verbessern.

5.2.2 Das Konzept

Zielgruppe

Bewohnerinnen und Bewohner der beschützten und offenen Wohngruppen, die mit richterlichem Beschluss mittels Bettgitter, Bauchgurt oder Vorsatztisch in ihrer Bewegung eingeschränkt werden

Ziele

- Reduzierung und weitgehende Vermeidung jeglicher Anwendung von FEM und damit eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität für die Zielgruppe durch
- Entwicklung eines Pflegeverständnisses, dass das Gut der Freiheit und Selbstbestimmtheit der Bewohnerinnen und Bewohner über das Sicherheitsbedürfnis und die Angst vor haftungsrechtlichen Folgen des Pflegepersonals stellt

Geplante Maßnahmen

- *Schulung einer/eines Multiplikators für Sturzprophylaxe*
- *Inhouseschulungen*
- *Supervision*
- *Beratung der Betroffenen und Angehörigen*
- *Zusammenarbeit mit Ärzten und Physiotherapeuten*
- *Ausbau des Betreuungskonzepts*
- *Sturzvermeidung durch Anpassung der Umgebung und Einsatz technischer Hilfsmittel*
- *Einzelfallprüfung*

Erwartete Ergebnisse

Das Haus hatte es sich zum Ziel gesetzt, durch die Einführung und Umsetzung der geplanten Maßnahmen die Zahl sturzbedingter Verletzungen zu reduzieren, zumindest jedoch stabil zu halten.

5.2.3 Umsetzung und Ergebnisse

Um seine Ziele zu erreichen, legte der Seniorenwohnpark Moosburg in seinem Konzept das Hauptaugenmerk auf die Sensibilisierung und Erweiterung der Fachkompetenz seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Freiheit / FEM.

In einer **Auftaktveranstaltung**, zu der alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeladen waren, wurde das prämierte Konzept durch die Einrichtungsleitung und die Pflegedienstleitung vorgestellt. Ziel der Veranstaltung war es insbesondere, den hohen Stellenwert des Projekts im Haus zu verdeutlichen und zu „unterstreichen“, um eine erste Sensibilisierung für das Thema zu erreichen.

In einem weiteren Schritt wurde das Konzept im engen zeitlichen Abstand in den jeweiligen **Teamsitzungen** der einzelnen Wohnbereiche und in der

Wohnbereichsleiterbesprechung durch die Pflegedienstleitung, die auch für die Umsetzung des Konzepts verantwortlich zeichnete, vorgestellt.

Das Kernstück des Konzepts bildete die Einführung von **Multiplikatoren für Sturzprophylaxe**. Zum einen sollte für die Teams der einzelnen Wohnbereiche eine kompetente Ansprechpartnerin zur Verfügung stehen, zum anderen eine verantwortliche „Stabsstelle“ für den komplexen Themenbereich geschaffen werden.

Insgesamt wurden drei Mitarbeiterinnen zum Multiplikator für die Umsetzung des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe geschult. Das **Schulungskonzept** sah **zwei Bausteine** vor.

Drei Schulungsblöcke, die bei einem externen Bildungsträger absolviert wurden, umfassten die Themenbereiche „**Gesprächsführung**“, „**Beraten will gelernt sein**“ und „**Moderation**“, die jeweils 2 Tage umfassten. Auf die Erweiterung dieser Kompetenzen legte man sehr viel Wert, da die Hauptaufgabe der Multiplikatoren in der Durchführung interner Fortbildungen, Trainings und Beratungen - sowohl für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - bestehen sollte. Im Einzelnen umfasste der **geplante Aufgabenbereich der Multiplikatoren**:

- Durchführung von Schulungen zum Expertenstandard „Sturzprophylaxe“
- Anwesenheit bei Pflegevisiten nach Sturzereignis / Beratung der Bezugspflegefachkräfte
- Beratung / Begleitung der Angehörigen und /oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer
- Planung und Durchführung von Fallbesprechungen
- Ansprechpartnerinnen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Ansprechpartnerinnen nach „außen“ (z. B. Ärzte)
- Koordination des geplanten Kraft-Balance-Trainings

Den zweiten Baustein bildete eine **Inhouseschulung** über insgesamt drei Tage zum Thema „Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe“.

Neben dem theoretischen Input bzw. der Vertiefung der Inhalte des bereits vorhandenen Expertenstandards lag der Schwerpunkt bei dieser Schulung auf der Entwicklung und Planung der einrichtungsbezogenen Umsetzung bzw. Implementierung des Standards. Insofern war diese Fortbildung in der Hauptsache als „Projektarbeit“ angelegt, die Teilnehmerinnen bildeten eine **„Arbeitsgruppe Sturzprophylaxe“**. An dieser Schulung nahmen nicht nur die Multiplikatoren teil, sondern auch die Wohnbereichsleitungen und eine Mitarbeiterin der „Sozialen Betreuung“, die das „Kraft-Balance-Training“ im Haus übernehmen sollte.

Im Rahmen der Fortbildung wurde gemeinsam ein Projektplan erstellt, auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme Aufgaben bzw. Maßnahmen formuliert und Verantwortliche für die (zeitliche) Umsetzung benannt. Ein Teil dieser Maßnahmen war bereits Inhalt des prämierten Konzepts, es kamen jedoch auch neue Maßnahmen hinzu. An einem „Vertiefungstag“ erfolgte die Überprüfung bzw. Evaluation der Umsetzung.

Die Arbeitsgruppe sah beispielsweise die Notwendigkeit einer Neugestaltung des so genannten „Gerontogartens“ (Gartenanteil, der zum beschützten Wohnbereich gehört), einer Überprüfung und Optimierung der Beleuchtung in den Gemeinschaftsräumen und persönlichen Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner, der Erstellung einer Checkliste bzw. Gesprächsleitfaden für Neueinzüge, einer vermehrten Materialanschaffung für Bewegung und Beschäftigung und Schulungen zu Kinästhetik.

Die geplante Einführung von **Einzelfallprüfung und Supervision** wurde anfänglich kontrovers diskutiert. Im Rahmen von Einzelfallprüfungen sollte – laut Konzept – die Anwendung jeder FEM in der Einrichtung im Rahmen einer Fallbesprechung geprüft und bei neuen Anordnungen künftig in jedem individuellen Fall eingesetzt werden. Den Zweck der Supervisionen sah man eher im Abbau bzw. vorzeitigem „Auffangen“ von Ängsten, die möglicherweise durch das Projekt und dem daraus resultierenden neuen Pflegeverständnis entstehen könnten. Letztlich entschied man sich für die **Einführung von verbindlichen, multiprofessionellen Fallbesprechungen**, deren Gegenstand nicht nur die Überprüfung der Anwendung bestehender FEM, sondern auch das Suchen von Alternativen haben sollte. Vom Angebot möglicher Supervisionen wurde abgesehen, da man zu dem Schluss kam, dass auftretende

Ängste oder Unsicherheiten durch die Multiplikatoren abgefangen bzw. bearbeitet werden können.

Einen weiteren Schwerpunkt des Konzepts „Bewegung ohne Einschränkung“ bildete die Intensivierung gezielter individueller **Beratungen der Betroffenen und deren Angehörigen** und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer. Im Rahmen eines wohngruppenübergreifenden **Angehörigenabends** wurde das prämierte Konzept vorgestellt und über alternative Möglichkeiten zur Fixierung bzw. Sturzprophylaxe informiert. Ein großes Anliegen dieser Veranstaltung war es, den Blick der Angehörigen für diese Thematik zu schärfen, Verständnis zu wecken und sie darin zu ermutigen, FEM für ihre betroffenen Angehörigen reduzieren und vermeiden zu helfen. Darüber hinaus sollte auch die Grundhaltung des Hauses – keinen Freiheitsentzug der anvertrauten Bewohnerinnen und Bewohner anwenden zu wollen – vermittelt werden.

Mittlerweile wird bereits bei **Interessenten- bzw. Aufnahmegesprächen** gezielt und intensiv auf die Themen Sturz, Sturzprophylaxe und FEM eingegangen.

Neben **Beratungen bei aktuell anstehenden Problemen** werden die Angehörigen auch in **Fallgespräche** einbezogen.

Der Bezirksverband Oberbayern e.V. der Arbeiterwohlfahrt erstellte die **Broschüre „Stürze vermeiden“ – eine Herausforderung für uns alle** für Pflegebedürftige und Angehörige, in der Empfehlungen zur Sturzvermeidung in knapper übersichtlicher Form enthalten sind. Diese Broschüre wird unterstützend zur Beratung herangezogen und verteilt.

Der beschützende Wohnbereich widmete einem ihrer regelmäßig stattfindenden Angehörigenabende dem Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen.

Beim **Tag der offenen Türe** bildete die Sturzprophylaxe ebenfalls einen Themenschwerpunkt.

Im Rahmen der geplanten Maßnahme **„Zusammenarbeit mit Ärzten und Physiotherapeuten“** wurde den behandelnden Ärzten das Konzept vorgestellt mit dem Ziel, diese künftig zu interdisziplinären Fallgesprächen einzuladen bzw. zur Teilnahme zu motivieren.

Im Zuge der Einführung des **Kraft-Balance-Trainings**, dessen Durchführung vom Träger verbindlich für jedes Haus vorgegeben wird, sollte die Umsetzung ursprünglich durch eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes in Zusammenarbeit mit einer Physiotherapeutin bzw. Ergotherapeutin erfolgen. Eine Option stellte auch die Anbindung an die Multiplikatoren dar. Nach Prüfung aller Möglichkeiten entschloss sich das Haus, das Kraft-Balance-Training an eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes, die hierzu von einem Sporttherapeuten (der AWO) geschult wurde, anzubinden. Das Training wird mittlerweile für 7 Bewohnerinnen und Bewohner, zweimal die Woche für jeweils eine Stunde angeboten. Unterstützt wird die verantwortliche Mitarbeiterin von einer so genannten Co-Trainerin. Die „festen“ Gruppen wechseln nach 8 – 10 Wochen.

Davon ausgehend, dass die Unruhe von Bewohnerinnen und Bewohnern einen weiteren wichtigen Grund für die Anwendung von FEM darstellt, legte der Seniorenwohnpark Moosburg ein Augenmerk auf den Ausbau des **Betreuungskonzepts**. In diesem Zusammenhang war die Einrichtung eines Nachtcafés – insbesondere für den beschützenden Bereich - geplant. Da jedoch die Auswertung einer Bedarfserhebung keinen aktuellen Handlungsbedarf ergab, nahm vom Angebot eines Nachtcafés Abstand.

Dieser Konzeptbaustein beinhaltet auch eine **Optimierung der Zusammenarbeit von Wohnbereichen und Sozialdienst**, um den Ausbau des Betreuungsangebots bzw. tagesstrukturierender Maßnahmen für die Bewohnerinnen und Bewohner zu intensivieren. Ziel war es wöchentlich stattfindende Besprechungstermine einzuführen, um gemeinsam soziale Maßnahmen und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Ferner sollte jeder Bereich auf einen Schrank bzw. Wagen mit Materialien für Beschäftigung und Bewegung und auf einen Ordner mit Anregungen zu Erinnerungsgesprächen etc. (vom Sozialdienst zusammengestellt) zurückgreifen können, um jederzeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern 10-Minuten-Aktivierung durchführen zu können. Dies wird zur Zeit auf einer „Pilotstation“ erprobt und soll im Anschluss daran auf den anderen Wohnbereichen eingeführt werden.

Im Rahmen der Arbeitsgruppe Sturzprophylaxe wurden **anlassbezogene Pflegevisiten** (nach Sturzereignis) verbindlich eingeführt und ein dazugehöriges **Formblatt** bzw. Checkliste entwickelt. Die Bezugspflegekräfte organisieren diese

Visiten und führen sie gemeinsam mit der Multiplikatorin und gegebenenfalls mit der Pflegedienstleitung durch. Zudem wurde ein Gesprächsleitfaden für Neueinzüge entworfen, in dem das Thema Sturzprophylaxe verbindlich integriert wurde.

Ein weiterer Konzeptbaustein umfasste die **Anpassung der räumlichen Umgebung** und den **Einsatz von Hilfsmitteln**.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme konnten „baulich neuralgische“ Punkte, die zu gehäuften Stürzen führen, ermittelt werden. Dazu zählten beispielsweise die **Lichtverhältnisse** in den Gemeinschaftsräumen und Privaträumen der Bewohnerinnen und Bewohner. Auf Initiative des Trägers wurden die öffentlichen Bereiche überprüft und die Luxanzahl erhöht bzw. verbessert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellten jedoch fest, dass insbesondere nachts eine entsprechende Beleuchtung in den Bewohnerzimmern benötigt wird, um Stürzen, die zu dieser Zeit vermehrt auftreten, vorzubeugen. Zunächst wurden Beleuchtungskörper in den Zimmern angebracht und getestet, inwieweit hier eine Verbesserung zu erzielen sei. Da dies keine wesentliche Veränderung mit sich brachte, wurde probeweise auf jedem Wohnbereich ein Lichtdimmer anstelle des herkömmlichen Schalters angebracht, der eine beständige Beleuchtung in den Vorräumen (Verbindung zwischen Zimmer und Badezimmer) der Zimmer garantieren sollte.

Neben ungünstigen Lichtverhältnissen wurden auch **Stolperquellen** bzw. –gefahren im so genannten Gerontogarten ermittelt. Aus diesem Grund war es für Bewohnerinnen und Bewohner des beschützenden Wohnbereichs nicht möglich, diesen selbständig zu nutzen. Eine hierfür eingerichtete Unterarbeitsgruppe „AK Gerontogarten“ (Pflegedienstleitung und zwei gerontopsychiatrische Fachkräfte) erarbeitete ein Konzept, das mittlerweile seitens des Trägers verabschiedet wurde.

Im Rahmen des **Hilfsmittelleinsatzes** wurden im Projektzeitraum insgesamt 5 Niedrigbetten, Sensormatten und eine Vielzahl von Sitzsäcke angeschafft. Darüber hinaus kommen Lagerungsschlangen, Hüftprotektoren, Cosy-Chairs und Sturzdetectoren zum Einsatz. In Absprache mit den Angehörigen konnte für alle Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen von Weihnachtsgeschenken so genannte Stoppersocken erworben werden.

5.2.4 Erfahrungen und Auswertung

Bereits vor dem Landeswettbewerb setzte sich die Einrichtung selbstkritisch mit der Thematik auseinander. Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitungen waren sich einig, dass aufgrund der hohen Anzahl von FEM im Haus dringender Handlungsbedarf angezeigt war. Eindringlich im Veränderungswillen bestärkt wurden die Mitarbeiterinnen durch den Vortrag „Risiken bei der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen“ von Frau Prof. Berzlanovich im Rahmen der Fachtagung „FreiMut“, in dem sehr drastisch und deutlich Todesfolgen durch den nicht fachgemäßen Einsatz von FEM aufgezeigt wurden. Bereits auf der Heimfahrt waren sich die Teilnehmerinnen darüber einig, dass die Gefahr zu stürzen als eher geringer einzuschätzen ist und in keinem Verhältnis zu solchen drastischen Maßnahmen steht. Dies trug zur Motivation bei, ein Konzept zu entwickeln und beim Landeswettbewerb einzureichen.

Der Seniorenwohnpark Moosburg kann eine positive Projektbilanz ziehen. Die Einrichtung setzte ihre geplanten Maßnahmen sehr konsequent und gezielt um. Es ist gelungen, einen Prozess in Gang zu setzen, der zur Entwicklung der Sensibilität, zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik und einer Erweiterung der Fachkompetenzen der Mitarbeiterinnen führte. Die Erfolge schlagen sich nicht zuletzt in Zahlen nieder. Noch im März 2007 wurde bei 14 Bewohnerinnen und Bewohnern ein durchgehendes Bettgitter angebracht, bei 7 körpernahe mechanischen Fixierungen angewandt. Bereits ein Jahr später – im März 2008 – waren im Seniorenwohnpark nur noch ein durchgehendes Bettgitter vorhanden, die körpernahen Fixierungen konnten vollständig reduziert werden.

Im Rahmen der Umsetzung konnten wichtige Erfahrungen gewonnen werden, die zu einer Entwicklung und Modifizierung des eingereichten Konzepts beitrugen.

Der Einsatz von so genannten **Multiplikatoren** für einzelne Spezialgebiete hat in der Einrichtung Tradition. So arbeiteten bereits in jedem Wohnbereich Multiplikatoren für Dekubitusprophylaxe und Inkontinenz. Mit diesem Konzept konnten bereits gute Erfahrungen gesammelt werden. Bei den „Experten“ wird Fachwissen gebündelt und an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige und Bewohnerinnen und Bewohner weitergegeben. Durch die Präsenz kompetenter Ansprechpartnerinnen und

Ansprechpartner auf den Wohnbereichen ist es möglich, bei anstehenden Problemen zeitnah zu reagieren, zu intervenieren und Lösungen zu erarbeiten. Zudem sind die Verantwortlichkeiten transparenter und besser geregelt, die Leitung kann auf die Kompetenzen zurückgreifen.

Neben der Schulung zur Thematik „Sturzprophylaxe“, die sich hinsichtlich Vertiefung und praktische Anwendung als notwendig erwies, wurde großer Wert darauf gelegt, die **Kompetenzen der zukünftigen Multiplikatorinnen „Sturzprophylaxe“** - insbesondere hinsichtlich Gesprächsführung und Beratung - auf eine solide Basis zu stellen bzw. zu erweitern, um die notwendige Aufklärungs-, Motivations- und Überzeugungsarbeit bei Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern leisten zu können.

Erste Erfahrungen konnten bereits gewonnen werden, da die Multiplikatorinnen bereits vor Abschluss der Fortbildungen im August 2008 partiell im Einsatz waren. Die Mitarbeiterinnen, die von der Pflegedienstleitung hinsichtlich der Bereitschaft einer Übernahme dieser Rolle angesprochen wurden, waren von Anfang an sehr motiviert. *„Das Thema“, so eine Mitarbeiterin, hat mich brennend interessiert, vor allem wie es gelingen kann, Fixierungen zu verhindern und Stürze und Verletzungen zu minimieren*“. Die drei Mitarbeiterinnen haben schon erste „Schulungen“ im Rahmen von Teamgesprächen, Pflegevisiten mit Bezugspflegefachkräften nach Sturzereignissen und Beratungsgespräche mit Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt und gemeinsam Maßnahmen entwickelt. Für die Kolleginnen und Kollegen sei insbesondere die Möglichkeit zur Reflexion äußerst wichtig, so die Erfahrung. *„Man wird zunehmend sensibler für das Thema, je öfter man darüber sprechen kann*“.

Die Präsenz auf den Wohnbereichen wird als Vorteil erlebt. Aufgrund der Kleinräumigkeit und der Integration der Multiplikatoren in den Wohnbereichen ist der Zugang sowohl zu Bewohnerinnen und Bewohner als auch zu den Pflegekräfte und Angehörigen sehr niederschwellig, zum anderen haben sie einen guten Überblick über die Gesamtsituation der Stationen.

Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Wohnbereichen werden sie bereits „in Anspruch“ genommen. Diese schätzen die Multiplikatorinnen und erleben sie – sowohl hinsichtlich einer gewissen „Kontrollfunktion“ aber auch als Ansprechpartnerin - als wichtig und hilfreich. Eine Mitarbeiterin drückte es so aus: *“Wir brauchen jemanden, der das Thema „am Laufen“ hält, damit es Bestand hat, weil die Gefahr groß ist, dass man in die alten Rollen zurück fällt“.* Und eine Mitarbeiterin eines anderen Wohnbereiches meinte dazu: *“Wir haben gute Erfahrungen mit der Multiplikatorin. Sie hat schon viele Sachen angesprochen, die auf dem Wohnbereich verbesserungswürdig sind. Sie ist auch in der Lage, das Thema von allen Seiten zu beleuchten und neue Ideen einzubringen und deren Umsetzung zu verfolgen.“*

Es wird angedacht, regelmäßige verbindliche Treffen der Multiplikatorinnen „Sturzprophylaxe“ einzuführen, um Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und die Konzeption weiterzuentwickeln. Mittelfristiges Ziel des Hauses ist es auch, das „Multiplikatorensystem“ insgesamt noch mehr zu vernetzen. Auf einem Wohnbereich arbeiten beispielsweise die Expertinnen für Inkontinenz und Sturzprophylaxe bereits eng zusammen.

Die **Inhouseschulung** in der durchgeführten Form (auf die Einrichtung abgestimmt und praxisorientiert) hat sich ebenfalls bewährt. Die Beteiligung der Wohnbereichsleitungen verfolgte unter anderem auch das „strategische“ Ziel, dass diese - über die Sensibilisierung für das Thema - die Multiplikatorinnen in ihrer Arbeit besser unterstützen (zeitliche Ressourcen etc.) werden. Auch diese Überlegung hat sich bewährt: Die Wohnbereichsleitungen haben die Fortbildung nicht nur gut angenommen, sondern nehmen die Multiplikatoren in Anspruch und halten ihnen *„den Rücken frei“*.

Multiprofessionelle **Fallgespräche** haben bereits stattgefunden. An diesen nehmen – abhängig von Situation und Bedarf - Angehörige, Ärzte, Bezugspflegerkräfte, die Multiplikatorinnen und gegebenenfalls die Pflegedienstleitung teil. Es ist bereits gelungen, im Rahmen dieser Zusammenkünfte gemeinsam Lösungen zu finden und Entscheidungen zu treffen. Auf einem Wohnbereich finden die Fallgespräche mittlerweile regelmäßig einmal im Monat statt.

Erfahrungen belegen, dass einerseits ein sehr **großer Aufklärungs- und Beratungsbedarf seitens der Angehörigen** und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer besteht, diese andererseits in Bezug auf den Einsatz von FEM Maßnahmen zunehmend schon sensibilisiert sind. Die Einrichtungsleitung stellt immer wieder fest, dass der Grund für eine Heimaufnahme vermehrte Stürze im häuslichen Bereich sind. Aus den Interessentengesprächen geht immer häufig hervor, dass die Angehörigen sowohl die Bestrebungen des Hauses, weitestgehend ohne Fixierungen auszukommen und das Vorhandensein eines „Sturzprogramms“ zu schätzen wissen. Es kamen sogar schon interessierte Angehörige, die in den Gesprächen erwähnten, dass ihnen durch Mundpropaganda bekannt sei, dass in diesem Haus nicht fixiert werde. Aber auch von Angehörigen, deren Betroffene bereits im Haus leben, werden die Bemühungen honoriert.

Die Erfahrungen aus der Beratung zeigen, dass Angehörige nicht nur viele Fragen sondern auch viele Ängste in Bezug auf die Thematik haben. Viel Aufklärung sei hier notwendig, insbesondere auch hinsichtlich möglicher Alternativen. Die Angehörigen – so die Beobachtung – seien kooperativer, die Gespräche offener geworden. Häufig zeigen sie sich dankbar, dass sie überhaupt darauf angesprochen werden.

Bezüglich der eingesetzten **Hilfsmittel** konnten ebenfalls wichtige Erfahrungen gewonnen werden. Die **Niedrigbetten** werden – aufgrund der unterschiedlichen Variationsmöglichkeiten hinsichtlich der Höheneinstellung - sehr geschätzt. In Zukunft wird die Einrichtung bei Neuanschaffungen nur noch Niedrigbetten kaufen. Mit **Auffangmatten** vor den Betten haben die Pflegekräfte eher negative Erfahrungen gemacht. Sie beschreiben sie als unhandlich, zudem scheint eine Verletzungsgefahr durch Hacken für das Personal gegeben zu sein. Auf der Suche nach einer Alternative stieß man auf so genannte „**Sitzsäcke**“, die – so die Beobachtung - Stürze aus dem Bett weich abfangen können. Zudem sind sie auch als Sitzkissen oder Pflegenest einsetzbar und in der Anschaffung relativ kostengünstig. Auch die **Sensormatten** erhalten „gute“ Noten. Einschränkend wird immer wieder angemerkt, dass der Einsatz zwar sehr „anstrengend“ für die Pflegekräfte sei, dies jedoch – aufgrund der guten Erfahrung - in Kauf genommen wird.

Beim Einsatz von **Lagerungsschlangen** beobachten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner diese als sehr angenehm („Kuschelcharakter“ durch weiche Materialien) und als wahrnehmbare Begrenzung im Sinne von Sicherheit (nicht Einschränkung) erleben. Auch **Stoppersocken** werden häufig verwendet, da diese sich im Großen und Ganzen gut bewährt haben.

Der Einsatz von **Hüftprotektoren** wird unterschiedlich bewertet und scheint nur für einen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner geeignet zu sein. Zudem – so die Erfahrungen - können Hüftprotektoren auch der Grund für Stürze sein. **Sturzhelme** werden sehr selten eingesetzt, da sie häufig nicht nur von den Betroffenen, sondern auch von Angehörigen abgelehnt werden.

Da eine Durchführung des **Kraft-Balance-Trainings** bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern nur bedingt möglich ist, wird gemeinsam mit den Multiplikatoren noch ein Konzept speziell für diese Zielgruppe erarbeitet. Die Arbeitsgruppe „Sturzprophylaxe“ erachtete den gezielten Einsatz kinästhetischer Maßnahmen als sinnvoll. Das Haus startete hierzu bereits ein Schulungsprojekt, an dem neben den Multiplikatoren und der Mitarbeiterin des Sozialdienstes auch weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnbereiche teilnehmen. Zwei Schulungseinheiten haben bereits stattgefunden, zwei weitere stehen noch aus.

Qualitätssichernde Faktoren stellen sowohl die Multiplikatoren als auch die Pflegevisiten dar. Sowohl die Analysen der Stürze auf der Grundlage der Sturzereignismeldungen als auch das monatliche Controlling im Rahmen der Quartalsberichte an die Hauptverwaltung helfen, sich der Aktualität und Wirksamkeit des Konzepts zu versichern.

Dass man mit dem Konzept auf dem richtigen Weg ist, belegen auch die mittlerweile spür- und sichtbaren Auswirkungen auf Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige und die Pflegenden. Bei den Betroffenen sind ein größeres Sicherheitsgefühl und eine Reduktion von „Verhaltensauffälligkeiten“ zu beobachten. Durch die Möglichkeit, sich frei bewegen zu können, steigt sichtlich auch die Lebensqualität.

Die positiven Auswirkungen auf die eigene Arbeit sollen durch beispielhaft aufgeführte Aussagen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verdeutlicht werden: *„ich nutze jedes Hilfsmittel“; „meine Freiheit und die Freiheit der Bewohner ist mir heilig“; mehr Zufriedenheit meiner eigenen Arbeitsweise (habe es gehasst, Bettgitter hochzunehmen)- fühle mich jetzt selber ruhiger, freue mich für die Bewohner/-innen“; ist zwar mehr Arbeit, aber ich habe weniger Angst (Belastung ist geringer)“; „ich beobachte die Bewohner/-innen genauer und mehr – wie sie sich bewegen, Gesichtsausdruck...“* Ebenfalls bestärkt werden die Pflegekräfte durch die positiven Rückmeldungen und Reaktionen der Angehörigen.

Bestätigung erhielt der Seniorenwohnpark Moosburg auch von „außen“. Die Heimaufsicht hatte sich zu einem „Extratermin“ für das Konzept angemeldet und äußerte sich sehr positiv. Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung bekamen eine Einladung ins Landratsamt, um das Konzept anderen Einrichtungen vorzustellen.

Auch von anderen Häusern bekam der Seniorenwohnpark Anfragen zum Konzept, Interessenten haben sich bereits für einen Besuch in Moosburg angemeldet.

Trotz der gewonnen positiven Erfahrungen und erzielten Ergebnisse hat der Seniorenwohnpark Moosburg noch viel vor. *„Es ist der richtige Weg. Das Konzept ist gut umgesetzt, aber ausbaufähig. Wir müssen es gemeinsam weiter entwickeln.“*

Obwohl sich mittlerweile eine spürbare Stimmung gegen FEM im Haus entwickelt hat, gibt es immer noch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die keinen Sinn in diesem Konzept erkennen können. Hier sind die Multiplikatoren gefordert und müssen weiter daran arbeiten: *„Wir müssen noch mehr die Gedankengänge aufstehen-stürzen-fixieren aus den Köpfen bekommen“*. Die Multiplikatoren werden ihre Arbeit insgesamt intensivieren und ausweiten.

Das Konzept für den Gerontogarten soll in die 2009 geplante Gartenneugestaltung integriert und umgesetzt werden. Die Beleuchtungen in den Privaträumen der Bewohnerinnen und Bewohner werden komplett mit Dimmern ausgestattet. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter soll eine Schulung zu rechtlichen Fragen stattfinden.

5.3 Ruhesitz Wetterstein gGmbH / Augsburg

Mit dem dritten Preis wurde der Ruhesitz Wetterstein mit seinem Konzept „**Fit statt Fix**“ ausgezeichnet. Der fachliche Beirat bewertete das Konzept als Erfolg versprechendes Modell. Er betonte in seiner Beurteilung die klaren und prägnanten Aussagen des Konzepts, die nachvollziehbare Beschreibung der Handlungsstrategien und ihre Realisierbarkeit bezüglich der Umsetzung. Insbesondere die geplante Implementierung einer Arbeitsgruppe wird besonders hervorgehoben. Beeindruckt haben den fachlichen Beirat auch die genauen Zielvorgaben bezüglich der Reduktion der FEM, die sich das Haus gestellt hat.

5.3.1 Ausgangssituation

Im Ruhesitz Wetterstein werden insgesamt 172 Bewohnerinnen und Bewohner gepflegt und betreut. Davon leben 98 Menschen im Betreuten Wohnen und 48 auf Pflegestationen. Die gerontopsychiatrische Wohngruppe (beschützend) verfügt über 26 Plätze. Von der Gesamtbewohnerzahl leiden schätzungsweise 56 Menschen an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung.

Die Einrichtung beschäftigte sich bereits seit 2006 intensiver mit dem Thema „Freiheitsentzug“. Im Zuge dessen wurden auch schon im Vorfeld des Wettbewerbs unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt. Auf der Fachtagung „FreiMut“ erfuhren die Teilnehmenden vom Landeswettbewerb. Zu diesem Zeitpunkt war einerseits das Sturzrisiko im stationären Bereich der Einrichtung sehr hoch, andererseits war nach Ansicht von Mitarbeiterinnen die Anzahl der FEM zu hoch. Dies trug wesentlich zur Entscheidung bei, gemeinsam (Pflegedienstleitung und Mitarbeiterinnen) das Konzept zu entwickeln und einzureichen.

5.3.2 Das Konzept

Zielgruppe

- Bewohnerinnen und Bewohner der allgemeinen stationären Pflege, die in ihrer Mobilität (z. B. durch Apoplexie) eingeschränkt und zusätzlich gerontopsychiatrisch erkrankt sind

- Bewohnerinnen und Bewohner der gerontopsychiatrischen Pflege mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und daraus resultierenden Risikofaktoren, wie erhöhte Sturzgefahr, Selbst- und Fremdgefährdung und Weglauftendenzen

Ziele

- Information und Aufklärung für alle Beteiligten zum Thema verantwortungsvoller Umgang mit FEM
- Gewährleistung der persönlichen Freiheit unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben, insbesondere nach § 1906 BGB in Verbindung mit dem Grundgesetz Artikel 1
- Reduzierung von FEM
- Schaffung von Sicherheit und Vertrautheit, um Ängste zu bewältigen und Stürze, Verletzungen und daraus eventuell resultierende Komplikationen zu vermeiden
- Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Förderung der Kompetenz im Umgang mit der Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie gegebenenfalls die richtige, sichere Anwendung

Geplante Maßnahmen

- *Prüfung möglicher Alternativen zu FEM aus pflegerischer, medizinisch/therapeutischer und technischer Sicht*
- *Gründung einer Arbeitsgruppe*
- *Informationsveranstaltungen über das Konzept*
- *Festlegung der Verfahrensregelung und Testphase*
- *Evaluation der Verfahrensregelung*
- *Zielüberprüfung und weitere Implementierung*

Erwartete Ergebnisse

Die Einrichtung erwartet durch die Einleitung des Prozess und die Umsetzung der Maßnahmen, die im Januar 2007 erhobenen FEM in der Einrichtung bis Anfang 2008 um ein Drittel reduzieren zu können.

5.3.3 Umsetzung und Ergebnisse

Bereits im Vorfeld des Landeswettbewerbs wurden – wie schon erwähnt - unterschiedliche Maßnahmen hinsichtlich des Themas „Freiheitsentzug“ eingeleitet bzw. durchgeführt. Es fanden sowohl eine Informationsveranstaltung über FEM als auch eine Fortbildung zum Thema „Prävention von Gewalt in der Pflege“ für alle Pflegekräfte statt. Zudem startete in Kooperation mit der AOK Bayern ein Sturzpräventionsprogramm für alle Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflege.

Um alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflege für das Thema zu sensibilisieren, fand eine **Fortbildungsveranstaltung** zum Thema „Verantwortung“ statt. Im Rahmen dieser Schulung wurde das Konzept „Fit statt fix“ und die zukünftige Arbeitsgruppe, die sich mit diesem Thema bewusst auseinandersetzen und die Abläufe zu FEM regeln sollte, vorgestellt.

Für die einzelnen Wohnbereiche wurden insgesamt drei **Angehörigenabende** zum Thema angeboten.

Im Mittelpunkt des Konzepts stand die Gründung einer **Arbeitsgruppe**, an der die Wohngruppenleitungen, eine weitere Mitarbeiterin pro Wohngruppe, die Pflegedienstleitung und (zeitweise) die Heimleitung teilnahmen. Der Arbeitsauftrag des Gremiums bestand in der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema FEM, der Reflexion des Umgangs in den einzelnen Wohngruppen und der Entwicklung einer Verfahrensregelung bezüglich Vermeidung, Umgang, Festlegung und Anwendung von FEM. Der Arbeitskreis traf sich einmal im Monat, insgesamt fanden 7 Treffen im Jahr 2007 und ein „Zusatztreffen“ im Jahr 2008 statt.

Die einzelnen Arbeitsaufträge der Gruppe stellten gleichzeitig auch die nachstehend beschriebenen Konzeptbausteine dar.

Ein erster Arbeitsauftrag der AK-Mitglieder bestand in der **statistische Erfassung** aller Bewohnerinnen und Bewohner mit FEM (einschließlich der genauen Beschreibung der FEM) auf den Wohngruppen.

Im Zuge der Erhebung stellte sich heraus, dass ein Großteil zwar ein Bettgitter hatte, diese jedoch keine genehmigungspflichtige Maßnahme (und somit keine FEM im rechtlichen Sinne) darstellte, da sie im Einverständnis mit den Betroffenen angebracht waren („**Bettgitter“ auf Wunsch**“). Die Arbeitsgruppe entschloss sich darauf hin, die Zielgruppe hinsichtlich der Reduktion von FEM auf diese Zielgruppe (im Sinne der Zielsetzung Wahrung der Freiheit für die Bewohnerinnen und Bewohner) auszuweiten. Die Mitglieder des Arbeitskreises führten wohngruppeneigene Listen, anhand derer in der Folge die Reduktion von FEM nachvollziehbar und transparent werden und als „Erfolgsrückmeldung“ für die Teilnehmerinnen des Arbeitskreises dienen sollte.

Parallel dazu wurden zwei Formulare - eine so genannte **Prüfhilfe** und ein Formular zur **Dokumentation der Testphase zur Reduktion von FEM** – entwickelt.

Anhand der **Prüfhilfe** sollte abgeklärt werden, inwieweit bei den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern die vorhandene FEM gerechtfertigt ist und, welche Alternativen bereits zum Einsatz kommen. Auf Grundlage der Ergebnisse sollten weitere infrage kommende Maßnahmen geprüft werden. Entwickelt wurde das Formular aus einer bereits vorhandenen Checkliste, die mögliche Alternativen zu FEM aus pflegerischer, medizinisch/therapeutischer und technischer Sicht beinhaltete. Sie wurde zeitgleich mit dem Konzept „Fit statt fix“ - gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - erarbeitet und sollte dazu beitragen, eine Auseinandersetzung mit dem Thema in Gang zu setzen und zudem als Hilfe und Orientierung für die Diskussion mit Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen und/oder Betreuerinnen und Betreuer herangezogen werden.

Im Formular zur **Dokumentation der Testphase zur Reduktion von FEM** wird festgehalten, dass die betreffenden Beteiligten über die geplante Reduktion informiert wurden, die Begründung (mit Verweis auf die Prüfhilfe), der Verlaufsbericht über Befindlichkeit des betreffenden Bewohners während der Testphase und

Ergebnis und Einschätzung nach der Testphase. Zusätzlich war geplant, die Dokumentationen vierteljährlich auszuwerten und in die Pflegeplanung zu integrieren.

Anhand der Bestandsaufnahme wurde das weitere Vorgehen zur **Reduktion von FEM** in der Arbeitsgruppe vereinbart. Zuerst wurde diskutiert, bei welchen Bewohnerinnen und Bewohnern auf FEM verzichtet werden könnte. Im Anschluss daran führten die Mitarbeiterinnen – unter Einbezug der Prüflisten - mit den infrage kommenden Betroffenen bzw. den Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern gezielte Gespräche. Gemeinsam wurde der Einsatz möglicher alternativer Maßnahmen überlegt und diskutiert, die durchgeführten Testphasen auf dem dafür vorgesehenen **Formular** dokumentiert. In den Arbeitstreffen fanden laufend Rückmeldung und Austausch zum Verlauf statt. Beim überwiegenden Teil der betroffenen Bewohnerschaft kam es zur Absetzung der FEM, entweder weil sich die Betroffenen einverstanden erklärten und/oder sich eingesetzte Alternativen als zielführend erwiesen. Verantwortlich für die Reduktion (oder gegebenenfalls auch dem notwendigen erneuten Einsatz) von FEM waren alle AK-Mitglieder (unter vorheriger Rücksprache mit der Pflegedienstleitung).

Im Arbeitsgremium wurden ferner vorhandene Entwürfe zur **Verfahrensregelung** bezüglich Vermeidung, Umgang, Festlegung und Anwendung von FEM laufend besprochen, diskutiert und modifiziert, die endgültige Version im „Bereichshandbuch Stationäre Pflege“ verankert. Entsprechende Dokumentationsbögen - „Mechanische Maßnahmen bei Selbst- und Fremdgefährdung“, „Sedierende Medikamente“ und „Einwilligung zu Bettgitter/Therapietisch“ – konnten ebenfalls verabschiedet und integriert werden.

Durch die klar definierten Strukturen und Anweisungen sollte den Pflegekräften Hilfestellungen und dadurch mehr Sicherheit im Umgang an die Hand gegeben werden. Im Rahmen des Arbeitskreises wurde auch ein **Informationsschreiben** über das Konzept „Fit statt fix“ an die beteiligten **Ärzte** verfasst und zugesandt.

5.3.4– Erfahrungen und Auswertung

Auch im Ruhesitz Wetterstein machte man die Erfahrung, dass bei vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Unsicherheiten und Ängste, insbesondere hinsichtlich des Sturzrisikos und damit verbundenen Haftungsfragen, vorhanden waren und dem vermehrten Einsatz von FEM Vorschub leisteten. Die Beteiligung am Landeswettbewerb „FreiMut“ war die Motivation, sich noch intensiver und gezielter mit der Thematik zu beschäftigen und vorhandene FEM weitestgehend zu reduzieren. Insbesondere die Wohngruppenleitungen waren hoch motiviert – *„das Thema hat mich schon immer interessiert“*, *„Freiheit des Menschen hat für mich oberste Priorität“*, *„eine intensive Beschäftigung mit dem Thema stand an“*, gemeinsam mit der Pflegedienstleitung das Konzept zu entwickeln.

Die Einrichtung kann ebenfalls eine positive Projektbilanz ziehen. Das angestrebte Ergebnis, die im Januar 2007 erhobenen FEM in der Einrichtung bis Anfang 2008 **um ein Drittel reduzieren** zu können, konnte – im angestrebten Zeitrahmen - erreicht werden. Im Januar 2007 gab es im Ruhesitz Wetterstein 32 FEM, davon 7 Bettgitter, drei Gurte, 13 geschlossene Unterbringungen und (dies wurde zur Statistik hinzugezählt) 9 „Bettgitter auf Wunsch“. Im Dezember 2007 konnten diese auf 17 reduziert werden. Es gab keine Gurte mehr, keine gerichtlich genehmigten Bettgitter und sogar eine Unterbringung konnte aufgehoben werden.

Ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit **„Bettgitter auf Wunsch“** kamen bereits vom Krankenhaus mit einem Bettgitter und hatten sich „daran gewöhnt“. Für viele stellte die Maßnahme einen Sicherheitsfaktor dar, insbesondere vor der Angst, aus dem Bett zu fallen. Da einige von ihnen schon sehr lange ein Bettgitter hatten und dies auch nicht mehr hinterfragt wurde, wollte man in Gesprächen – in denen auch Alternativen aufgezeigt wurden - klären, inwieweit möglicherweise der „Gewöhnungsfaktor“ eine größere Rolle als die Notwendigkeit spielt.

Insbesondere im Zuge der Gespräche mit diesen Bewohnerinnen und Bewohnern machten die Arbeitskreisteilnehmerinnen die Erfahrung, dass man **hohe Kompetenzen in der Gesprächsführung** benötigt. Diskutiert wurde nicht nur der „Wert der Freiheit“, es mussten auch Ängste und Unsicherheiten besprochen und Alternativen überlegt und gefunden werden. Auch wenn manche Bewohnerinnen und Bewohner auch weiterhin am Bettgitter festhielten, wurden die Gespräche insgesamt von den Mitarbeiterinnen als eine interessante Erfahrung erlebt. Auf drei Bettgitter mit Wunsch wurde letztlich verzichtet.

Spannend war in diesem Zusammenhang auch eine Erfahrung bzw. Beobachtung der Pflegedienstleitung. Ein Bewohner erklärte im Gespräch mit der Wohngruppenleitung, dass sein Bettgitter sehr praktisch sei, weil er dort die Fernbedienung des Fernsehers aufhängen könne. Die Mitarbeiterin vereinbarte mit ihm, das Bettgitter probeweise wegzulassen, für die Fernbedienung wurde eine andere Möglichkeit gefunden. Nach einiger Zeit entschied sich der Bewohner gegen das Gitter. Dies schien auch das Selbstbewusstsein des Bewohners zu stärken. Er wurde nun (was vorher nie der Fall war) öfter bei der Pflegedienstleitung vorstellig, um bestimmte Dinge für sich einzufordern.

Im Rahmen der Reduzierung von FEM konnte auch ein **Unterbringungsbeschluss** aufgehoben werden. Grundsätzlich können im gerontopsychiatrischen Wohnbereich der Einrichtung sowohl Bewohnerinnen und Bewohner mit und ohne Unterbringungsbeschluss leben, so dass diese auch bei einer Aufhebung nicht umziehen müssen.

Die Vorstellung des Konzepts wurde in eine **Fortbildung** zum Thema „Verantwortung“ eingebettet. Die Hinführung zum Thema erfolgte über ein Rollenspiel, in dem eine alltägliche vorkommende Situation über FEM exemplarisch vorgeführt wurde. Anhand dieses Beispiels wurde gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Situation analysiert, anhand der Leitfrage „Wie können wir es im Alltag richtig machen“ diskutiert und Maßnahmen für die praktische Umsetzung erarbeitet. In einem nächsten Schritt erfolgte ein Abgleich des Erarbeiteten mit dem Pflegeleitbild. Um die Wahrnehmung zu schärfen, wurde eine Auflistung über freiheitsentziehende Maßnahmen und Handlungen erstellt und diskutiert. Im Anschluss daran wurde das Konzept und die geplante Arbeitsgruppe vorgestellt. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekamen den Arbeitsauftrag, die Situation aus dem Rollenspiel in ihrer Wohngruppe selbst auszuprobieren, um ein Gefühl dafür zu bekommen, wie es ist, in seiner Freiheit eingeschränkt zu werden. Die Fortbildung wurde von vielen Beteiligten als sehr gut und hilfreich empfunden, insbesondere das Rollenspiel wurde als sehr eindringlich und als gute Heranführung an das Thema erlebt.

Der **Arbeitskreis** wurde speziell für die Umsetzung des Konzepts installiert. Die Arbeitsaufträge waren klar, die Vorgehensweise strukturiert, der Zeitrahmen zur Umsetzung der Aufgaben und die Aufgabenverteilung festgelegt. Nach Ansicht der Teilnehmerinnen trug dies wesentlich zum Erfolg bei. Die Mitglieder des Arbeitskreises schätzten insbesondere die Diskussionen und den Erfahrungsaustausch und erlebten diese als hilfreich. Innerhalb der Arbeitskreistreffen wurden auch Fallgespräche durchgeführt. Geschätzt wurde auch die Zusammensetzung aus examinierten und nicht examinierten Mitarbeiterinnen.

Die Ziele konnten in vollem Umfang erreicht werden. Durch die Arbeit des Arbeitskreises war das Thema immer auf der „Tagesordnung“ und ständig im Gespräch, so dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwangsläufig damit beschäftigen mussten. Ein **Prozess des Umdenkens** – von „*FEM gehört dazu*“ zu „*Bewusstsein und Alternativen*“ - konnte im Haus eingeleitet werden. Die Pflegekräfte sind in der Lage, den Umgang mit der Thematik sehr viel sensibler zu handhaben, was letztlich auch zur eigenen Arbeitszufriedenheit beiträgt.

Zudem konnten ihnen **Instrumente** und Argumentationshilfen zur Sicherheit an die Hand gegeben werden. Die Verfahrensanweisungen werden als klar, verständlich und hilfreich erlebt, ebenso die mittlerweile eingesetzten Formulare. Die **Prüfhilfe** beurteilen die Mitglieder des Arbeitskreises als noch zu wenig konkret. Im Rahmen eines internen Qualitätsaudits wird das Formular noch von Pflegedienstleitung und den Wohngruppenleitungen modifiziert bzw. überarbeitet.

Auch im Ruhesitz Wetterstein wurde die Erfahrung gemacht, dass bei den **Angehörigen** und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern sehr viel Aufklärung, insbesondere über geeignete Alternativen, vonnöten ist. Sowohl mit den Angehörigenabenden als auch Einzelgesprächen wurden gute und ermutigende Erfahrungen gemacht. Insgesamt erhielten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr positive Rückmeldungen. Viele Angehörige fanden es schon „*lobenswert*“, dass man sich überhaupt mit dem Thema beschäftige.

An **Hilfsmittel** wird – ähnlich wie in den anderen Einrichtungen – im Großen und Ganzen das zur Verfügung stehende Spektrum eingesetzt.

Die Sicherstellung der **Qualität der Maßnahmen** erfolgt über interne Qualitätsaudits. Das Bereichshandbuch mit den Verfahrensanweisungen wird immer wieder in Dienstbesprechungen und kleinen Fortbildungen besprochen und „aufgefrischt“. FEM und Alternativen werden regelmäßig überprüft, ebenso erfolgt im Rahmen des Risikomanagements eine Erfassung und Überprüfung. Auch die Beratungsgespräche mit Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer werden als ein Gradmesser für die Qualität angesehen.

Im Ruhesitz Wetterstein wurde schon viel erreicht, „*es darf jedoch*“ – so eine Teilnehmerin des Arbeitskreises – „*keinen Stillstand geben*“. Dementsprechend hat das Haus noch viel vor. Es wird überlegt, inwieweit die Notwendigkeit besteht, dass der Arbeitskreis – möglicherweise in größeren Zeitabständen – weiterhin tagt. Einerseits wird die beständige Reflexion als sehr wichtig erachtet, andererseits existieren Überlegungen hinsichtlich weiterer notwendige Arbeitsaufträge. So wurde beispielsweise im Zuge der Umsetzung des Konzepts auch der Themenkreis **Einsatz von sedierenden Medikamenten** diskutiert. Zudem werden weitere Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtig und notwendig erachtet. Die Sensibilisierung aller Beteiligten wird als andauernder Prozess gesehen, der konsequent weiter verfolgt werden muss.

6. Von Fall zu Fall – Einzelbeispiele

Vorrangiges Ziel in der Pflege und Betreuung von Menschen, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen nur noch bedingt in der Lage sind für sich selbst zu sorgen und zu entscheiden, ist die Erhaltung oder – zumindest phasenweise – Verbesserung ihres Wohlbefindens und ihrer sozialen Integration. Die Entscheidung darüber, mit welchen Maßnahmen und Mitteln dies im Sinne des jeweilig Betroffenen erreicht werden kann, ist eine verantwortungsvolle und mitunter schwierige Aufgabe, insbesondere hinsichtlich der Entscheidung, welche Risiken man für die Erreichung des Zieles in Kauf nehmen kann, darf oder muss.

Die nachstehenden Fallbeispiele aus den drei vorgestellten Einrichtungen zeigen Erfolge von Bemühungen hinsichtlich der Reduzierung und Vermeidung von FEM und veranschaulichen die unterschiedlichen Entscheidungen im Einzelfall.

Frau A.

Die Bewohnerin, die an einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium leidet, verbrachte tagsüber ihre Zeit sitzend in einem Rollstuhl. Da die Pflegekräfte befürchteten, dass die Bewohnerin aufstehen und stürzen könnte, wurde ein Gurt mit Klettverschluss angebracht. Es bestand jedoch Unsicherheit darüber, inwieweit dies eine genehmigungspflichtige FEM darstellt. Deshalb wurde eine Einschätzung der zuständigen Heimaufsicht eingeholt. Da Frau A. aufgrund ihrer Demenz nicht in der Lage sei zu verstehen, dass sie den Gurt jederzeit öffnen könne, sei diese Maßnahme – so die Heimaufsicht – als freiheitsentziehend und somit genehmigungspflichtig einzustufen. Daraufhin wurde der Gurt sofort entfernt und ein Antrag gestellt. Während die Pflegenden auf den Beschluss warteten, machten sie jedoch eine interessante Beobachtung. Sie sahen ihre ursprüngliche Befürchtung, dass Frau A. aufstehen könnte, in keiner Weise bestätigt. Vielmehr machten sie die Erfahrung, dass Frau A. sich mit dem Rollstuhl selbständig und sicher fortbewegte. Der beantragte Gurt kam nicht zum Einsatz.

Frau B.

Die demenzkranke Bewohnerin war häufig unruhig, verbunden mit einem hohen Bewegungsdrang. Erschwerend kam hinzu, dass sie sich aufgrund einer ausgeprägten Sprachstörung kaum verständlich machen konnte. Infolge einiger dramatischer Stürze wurde ein Bettgitter angebracht, zusätzlich wurde Frau B. mit einem Bauchgurt fixiert. Um ihr tagsüber weitestgehende Bewegungsmöglichkeit zu ermöglichen, wurden unterschiedliche Alternativen erprobt. Im Zuge dessen stellten die Pflegenden fest, dass Frau B. in der Lage war, sich in einem Rollstuhl (mit Gurt) alleine und selbst bestimmt fortzubewegen. Zudem kann sie bei der Mobilisierung oder bei Besuch aufstehen und mit Schutzhelm und Begleitung alleine gehen. Im Bett konnte der Bauchgurt entfernt werden.

Frau C.

Die demenzkranke Bewohnerin war - insbesondere nachts - sehr unruhig, die Sturzgefahr aus diesem Grund sehr groß. Zu ihrer Sicherheit wurde Frau C. mit

einem Bettgurt fixiert. Aufgrund ihres gestörten Tag-Nacht-Rhythmus verbrachte sie auch tagsüber die meiste Zeit im Bett. Den Pflegenden gelang es, Frau C. sukzessive in Aktivitäten und Mahlzeiten im Aufenthaltsraum einzubeziehen und halfen ihr damit, in einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus zu kommen. Nach einem halben Jahr konnte der Bettgurt schrittweise abgebaut werden.

Frau D.

Aufgrund starker Sturzgefährdung wurde bei Frau D. ein Bettgurt angewandt. Die Bewohnerin wehrte sich jedes Mal heftig, wenn sie fixiert werden sollte. Bei den Versuchen, den Bettgurt wegzulassen, konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beobachten, dass die Bewohnerin zwar manchmal, aber nicht immer aufstand. Der Versuch, mit einem Sitzsack vor dem Bett einer möglichen Verletzungsgefahr vorzubeugen, wurde abgebrochen, da sich herausstellte, dass die Stolpergefahr zu groß war. Der Einsatz einer Sensormatte klappt sehr gut, so dass die Fixierung abgebaut werden konnte.

Herr E.

Der Bewohner kam bereits erkrankt in die Einrichtung. Er war sehr unruhig, gangunsicher und lief ständig gegen Wände. Einige Wochen wurde versucht, eine Fixierung durch Einzelbetreuung zu vermeiden. Da jedoch die engmaschige Betreuung nachts nicht möglich war, wurde Herr E. mit einem Bauchgurt im Bett fixiert. Um ihm auch dies mittelfristig zu ersparen, wurde sein Zimmer leer geräumt und mit Matratzen am Boden eingerichtet. Die breiten Matratzen ermöglichten es Herrn E. – der mittlerweile nicht mehr richtig gehen konnte – sich ausreichend zu bewegen und zu drehen. Die Bodenpflege funktionierte sehr gut. Die Pflegekräfte legten sich beispielsweise bei der Eingabe des Essens zu ihm, die Mobilisierung erfolgte nach kinästhetischen Prinzipien. Nach acht Monaten bestand die Ehefrau und gesetzliche Betreuerin von Herrn E. darauf, ihren Mann wieder ins Bett zu legen. Sie empfand das Liegen auf dem Boden entwürdigend, zudem hatte sie Angst, dass er von der Matratze rollen könnte, ohne dass es jemand bemerkt. Trotz vieler Gespräche konnte Frau E. nicht umgestimmt, aber ein Kompromiss erzielt werden. Am Bett von Herrn E. ist ein Gitter angebracht, der Bauchgurt wird nicht angewandt.

Frau F.

Die demenzkranke Bewohnerin kam bereits mit einer angeordneten Fixierung aus dem häuslichen Bereich in die Einrichtung. Aufgrund hoher Sturzgefährdung wurde sie im Rollstuhl mit einem Gurt fixiert. Es wurde beobachtet, dass Frau F. immer wieder versuchte, vom Stuhl aufzustehen. Gemeinsam mit den Angehörigen versuchte das Pflegepersonal mögliche Ursachen herauszufinden. Nachdem unter anderem vermutet wurde, dass der vorhandene Rollstuhl von Frau F. als unbequem empfunden werden könnte, wurde ein neuer angeschafft. Seit Frau F. offensichtlich angenehmer und bequemer sitzt, versucht sie erst gar nicht mehr aufzustehen, so dass auch der Gurt überflüssig geworden ist.

Herr G.

Herr G., ebenfalls an einer Demenz erkrankt, versuchte nachts immer wieder alleine aufzustehen. Aufgrund der sehr hoch eingestuften Sturzgefährdung wurde er mit einem Bettgurt fixiert. Bereits beim Zubettgehen reagierte er immer wieder aggressiv, nachts versuchte er sich aus dem Gurt zu befreien. Alternativ wurde in der Folge versucht, mit Stoppersocken die Rutschgefahr und das Sturzrisiko zu minimieren. Der Gurt konnte abgebaut werden, seit einiger Zeit schläft Herr G. – ohne aufzustehen – bis zum Morgen durch.

Frau H.

Die Bewohnerin ist seit drei Monaten in der Einrichtung. Bereits im Vorfeld erzählte die Tochter, dass ihre Mutter zuhause häufig gestürzt sei. Eine Reduzierung der Beruhigungsmittel konnte die vorhandene Gangunsicherheit von Frau H. reduzieren. Von Anfang an wurde ihr zudem in der Einrichtung ein Niedrigbett zur Verfügung gestellt. Seit sie jedoch einmal aus diesem rollte und mit dem Kopf gegen die Wand stieß, schläft Frau H. auf einer Matratze. Von dieser kann sie selbständig aufstehen. Zu ihrem Schutz trägt sie eine Trochanterhose und einen Kopfschutz. Eine FEM konnte von Anfang an vermieden werden.

Herr K.

Herr K., der an einer Demenz erkrankt ist, war nachts sehr unruhig und rutschte auch einige Male aus dem Bett. Daraufhin wurden – da das Bett in der Mitte des Raumes stand – zwei Bettgitter angebracht. Der Bewohner rüttelte zeitweise heftig daran und schien diese als schwere Einschränkung zu erleben. Alternativ zum Bett wurde eine Matratze eingesetzt. Der Bewohner schläft ruhig auf dem Boden, die

Unruhe hat sich insgesamt gelegt. Die Notwendigkeit einer FEM hat sich nicht mehr gestellt.

Herr L.

(persönliches Interview mit einem Bewohner, der ein Bettgitter auf Wunsch hatte)

Herr L. lebt bereits seit 19 Jahren in der Einrichtung. Nachdem seine Frau verstorben war, zog er in ein Appartement der Einrichtung, die ihm mehr Sicherheit und Versorgung bot. Nach 10 Jahren zog Herr L. auf eine Pflegestation um. Da Herr L. bereits im ambulanten Bereich öfter gestürzt war und Ängste hatte, aus dem Bett zu fallen, wurde ihm ein Bettgitter angeboten, für das sich Herr L. auch entschied. Beim Umzug auf die Pflegestation wurde die Notwendigkeit weder von Herrn L. (*„Bettgitter gehörte ja dazu, das haben ja alle Betten“*) noch von den Pflegekräften in Frage gestellt bzw. überprüft. Im Interview verneinte Herr L. öfter, dass er überhaupt je ein Bettgitter hatte (*„Ich bin noch ganz richtig im Kopf“*). Eine Mitarbeiterin führte einige Gespräche mit Herrn L. und mit seinem Einverständnis wurde das Bettgitter probeweise teilweise in der Nacht weggelassen. Zur Sicherheit wurde Herrn L. immer wieder vermittelt, dass er jederzeit läuten oder Hilfe holen könne und man immer wieder nach ihm schaue. Mittlerweile kommt Herr L. ohne Bettgitter sehr gut zurecht: *Das Bettgitter brauche ich nicht – das bleibt unten.“*

7. Zusammenfassende Auswertung

Zusammenfassend lässt sich zunächst festhalten, dass die drei begleiteten Einrichtungen auf einen erfolgreichen Verlauf zurückblicken können. Die Implementierung der Konzepte erfolgte äußerst konsequent, mit fachlicher Kompetenz und Innovation. Jedes der Konzepte hat sich auf spezifische Weise bewährt, die Umsetzungsbemühungen dürfen im Ergebnis als sehr gelungen bezeichnet werden. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass alle Akteure sehr motiviert und mit hohem Engagement die gesetzten Ziele verfolgt und die Konzepte mit Leben gefüllt haben. Die Motivation vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – dies wurde in Gesprächen immer wieder deutlich - hatte ihren Ursprung nicht zuletzt in der Erleichterung darüber, dass durch die Konzeptentwicklung und dessen Umsetzung die Thematik bewusst und gezielt in der Einrichtung verfolgt wurde. Viele erlebten bereits die Thematisierung als Hilfestellung. Die häufig erlebte Unsicherheit und Hilflosigkeit spiegelt sich auch in nachstehenden Zitaten von Pflegenden wider, in denen sie von ihren Erfahrungen mit dem Thema FEM berichten

„Ich war selbst lange Zeit in der Psychiatrie tätig“. „Insofern hat mich das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen schon immer begleitet“. Es hat mich jedoch immer schon irritiert, dass im Altenheim fixiert wird, damit Menschen nicht stürzen. In der Psychiatrie wurden zwar beispielsweise aufgrund hoher Aggressivität freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt, jedoch nie aus Gründen der Sturzgefahr.“

„Fixierungen finde ich ganz schlimm“. Ich habe schon Erfahrungen gemacht, dass aufgrund von Fixierungen erst Verletzungen entstehen. Viele fixierte Bewohner werden nach einer gewissen Zeit unruhig und dann erst recht als aggressiv eingestuft. Dabei ist das doch nur ein Hilfeschrei des Menschen. Oft habe ich Trauer und Mutlosigkeit empfunden.“

„Bewohner waren durch Bauchgurt oder Bettgitter oft sehr eingeschränkt. Dies mitzuerleben war schwer. Ich würde das auch nicht wollen.“

„Ich habe zwar in der Schule gelernt, dass Fixierungen keine Präventionsmaßnahme für Stürze sind, aber in der Praxis war dies jedoch sehr üblich und verbreitet, so dass ich diesen Umstand einfach akzeptiert habe. Wahrscheinlich war ich selbst noch zu unerfahren. Die Menschen haben mir leid getan – das ist ja kein Leben.“

„Ich komme aus der Psychiatrie, da waren freiheitsentziehende Maßnahmen an der Tagesordnung. Bereits dort war ich immer in einem großen Wissenskonflikt. Ich habe mich daher auch sehr auf die Altenpflege gefreut, aber ich musste feststellen, dass auch hier freiheitsentziehende Maßnahmen ein großes Thema sind. Ich konnte mir z. B. vorher nie vorstellen, dass jemand wegen Sturzgefahr fixiert wird.“

„Das größte Problem in diesem Zusammenhang sehe ich in den großen Unsicherheiten bei den Mitarbeiterinnen.“

Ich finde es schrecklich, wenn jemand fixiert wird. Es ist wie eingesperrt sein, die Menschen sind fremdbestimmt.“ Ich stelle fest, dass häufig unüberlegt fixiert wird.“

„Ich habe in anderen Häusern keine guten Erfahrungen gemacht. Eine Frau, die mit einem Bauchgurt am Stuhl fixiert war, robbte durch den ganzen Wohnbereich. Eigentlich konnte sie jedoch mit Unterstützung gut gehen. Für Kolleginnen war das kein Grund zum Umdenken. Ich habe großes Mitleid mit den Menschen.“

„Ich möchte nicht, dass dem Bewohner etwas passiert, sondern dass er behütet ist. Es herrscht viel Unsicherheit, auch bei mir – man hat ja die Verantwortung für die Sicherheit der Bewohner. Früher ist man mit dem Thema noch unkritischer umgegangen. Ich kann mich z. B. noch an eine Frau erinnern, die mit der Schürze an den Stuhl festgebunden wurde. Man hat sich darüber keine Gedanken gemacht. Freiheit ist ein hohes Gut.“

Ich habe immer wieder festgestellt, dass bei vielen Kolleginnen einerseits ein großes Sicherheitsdenken vorhanden ist, andererseits aber viele Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen.. Ich beobachte zum Teil eine große Entscheidungsfreude hinsichtlich der Beantragung solcher Maßnahmen.“

Eine Auseinandersetzung mit der Thematik und entsprechende Maßnahmen fanden in allen begleiteten Einrichtungen bereits im Vorfeld des Landeswettbewerbs statt. Die prämierten Konzepte spiegeln daher im Sinne der **Prozesshaftigkeit** die jeweilig notwendigen Prioritäten der Einrichtungen zum Zeitpunkt der Ausschreibung des Landeswettbewerbs wider. Die einzelnen Konzeptbausteine dürfen daher auch nicht losgelöst von einem Gesamtkonzept verstanden und eingeordnet werden. Auch der „Abschluss“ durch die Beendigung der fachlichen Begleitung stellt nur eine vorgegebene Zäsur innerhalb eines Prozesses dar, der nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt beendet ist. Die Akteure selbst betonen auch immer wieder die Bedeutung der Prozesshaftigkeit in der Umsetzung und die Notwendigkeit, die gewonnenen Erfahrungen kontinuierlich auszuwerten, zu modifizieren, offen für Neues zu bleiben und die Konzepte weiter zu entwickeln. Die Auswirkungen und auch Erfolge werden sich bei vielen eingeleiteten Maßnahmen erst längerfristig erschließen.

Die Konzepte orientieren sich an der jeweiligen – aktuellen – Ausgangslage. Die Erfahrungen in der Umsetzung der drei begleiteten Einrichtungen zeigen darüber hinaus exemplarisch die einzelnen (Problem)bereiche auf, die im Zusammenhang mit dem Thema der „Freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege“ bedeutsam sind und mit denen sich Einrichtungen grundsätzlich mehr oder weniger konfrontiert sehen. Deutlich zeigt sich auch die Individualität der einzelnen Häuser in der Umsetzung und der jeweiligen Handlungsstrategien.

In den nachstehend ausgewählten und ausgeführten Themenbereichen finden sich zum einen einrichtungsübergreifende und bewährte Erfahrungen wieder, zum anderen auch unterschiedliche Maßnahmen und interessante Einzelaspekte. Sie können als Anregung für neue Konzeptideen und Veränderungsansätze, als Bestätigung für alt Vertrautes und Bekanntes oder als Motivation für ein verstärktes Engagement dienen.

7.1 Allgemein

Der Aufbau bzw. der Inhalt der Konzepte richtet sich sowohl nach der ermittelten **Zielgruppe** als auch nach den **Gründen** für die – häufige – Anwendung von FEM.

In den prämierten Einrichtungen waren – bis auf wenige Ausnahmen – in der Hauptsache **demenzerkrankte Menschen** von FEM betroffen.

Eine Ausnahme bildet das Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen, deren Angebot sich explizit an „**biologisch / kalendarisch**“ **jüngere, aber „biographisch vorgealterte Menschen“ mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen** richtet. Das Konzept legt den Fokus hinsichtlich der Thematik daher auf die spezifische Zielgruppe und rückt diese mehr in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion.

Interessant waren in diesem Zusammenhang auch die Bemühungen des Ruhesitzes Wetterstein in Augsburg. Die Mitarbeiterinnen nahmen als weitere Zielgruppe diejenigen **Bewohnerinnen und Bewohner** auf, die **nicht gerichtlich genehmigungsbedürftige** Bettgitter hatten und dementsprechend eigentlich nicht unter FEM fallen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen können immer dann zur Anwendung kommen, wenn eine Selbstgefährdung vorliegt, also zum eigenen Schutz bzw. Wohl des Betroffenen. Die allgemeine Erfahrung zeigt, dass der Einsatz von FEM in der Hauptsache mit einer **Sturzgefährdung** und so genanntem „**auffälligen**“ **Verhalten**, wie beispielsweise motorischer Unruhe, „Weglaufgefährdung“ oder Aggressivität begründet wird. Durch die Anwendung von FEM soll Verhalten kontrolliert, Sicherheit gewährleistet, medizinische Versorgung garantiert und dadurch drohende Gefährdung abgewandt bzw. verhindert werden.

Auch in den begleiteten Einrichtungen standen diese beiden Gründe im Vordergrund, so dass die Konzepte auf diesen beiden Säulen aufbauten und aus denen sich in der Konsequenz auch die Umsetzungsmaßnahmen ableiteten.

Hinsichtlich der erachteten Notwendigkeit und entsprechenden Häufigkeit der beantragten FEM spielen „**sekundäre**“ Gründe eine wesentliche Rolle. Dazu zählen die **Einstellungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** hinsichtlich der Thematik Würde und Freiheit, deren **Ängste** (insbesondere in Bezug auf haftungsrechtliche Konsequenzen) und **Unsicherheiten bzw. zu wenig Wissen**. Sekundäre Gründe für die Förderung der Häufigkeit der Anwendung von FEM lassen sich jedoch auch in ähnlicher Weise bei den **Angehörigen und / oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern** – wenn auch zum Teil aus anderen Motiven heraus – beobachten. Aufgrund dieser Erfahrungen nimmt dieser „Themenkomplex“ einen weiteren Schwerpunkt in den Konzepten ein. Manche sehen darin auch den wichtigsten und wesentlichsten Konzeptbaustein.

Zu **freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen** zählen beispielsweise die Fixierung von Betroffenen durch Bettgurte oder Sitzgurte, das Anbringen von Bettgittern, Maßnahmen, die Menschen am Verlassen des „Wohnortes“ hindern, wie beispielsweise beschützende Stationen, das Abschließen von Zimmertüren bzw. das Einsperren von Bewohnerinnen und Bewohnern, sedierende Medikamente oder sonstige Vorkehrungen, wie beispielsweise das Arretieren von Rollstühlen. Nicht jede genannte Maßnahme muss zwingend eine genehmigungspflichtig FEM nach § 1906 Abs. 4 BGB darstellen, sondern hängt letztlich vom Einzelfall und anderen Bedingungen ab.

In den begleiteten Einrichtungen kamen **vorrangig** – abhängig von der angebotenen Versorgungsstruktur - **beschützende bzw. geschlossene Unterbringungen, Bettgitter und Bauch-/Sitzgurte zum Einsatz**. Die in den Konzepten angestrebten Reduzierungen vorhandener FEM bezogen sich in der Hauptsache auf letztgenannte Maßnahmen. In Augsburg wurde ein - erfolgreicher – Versuch unternommen, eine geschlossene Unterbringung aufzuheben, im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen setzt das Stufenmodell grundsätzlich an der Aufhebung oder teilweisen Reduzierung einer geschlossenen Unterbringung an.

Die **Reduzierung** von FEM war in der Zielsetzung der Konzepte verankert, bei den begleiteten Einrichtungen wurden zudem zahlenmäßig festgelegte Reduzierungen in festgelegten Zeiträumen angestrebt. Auch die **Vermeidung** von FEM fand sich in den Zielsetzungen wieder. Eine Festlegung wurde hier nicht vorgenommen, da dies zahlenmäßig schwer zu erfassen ist. Die drei Preisträger gaben jedoch alle an, dass im definierten Zeitraum keine neuen FEM mehr beantragt zu haben.

7.2 Sensibilisierung / Schulung der Pflegenden

Der Konzeptbaustein **Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** spielt in allen Einrichtungen – zu recht - eine herausragende Rolle. Dies ist nicht nur von grundlegender und zentraler Bedeutung für die Pflegequalität allgemein, sondern insbesondere auch für einen sensiblen und verantwortungsvollen Umgang mit FEM. In der Versorgungspraxis wird – hierüber scheinen sich alle einig zu sein - die Notwendigkeit eines Einsatzes von FEM entscheidend von **persönlichen Haltungen und Einstellungen** der Pflegenden bestimmt. Aus Erfahrungen weiß man, dass sich mit dem Verständnis für den Anderen automatisch Sichtweise, Beziehung und Umgang verändern können.

In den einzelnen Einrichtungen wurde daher im Rahmen unterschiedlicher Angebote die Möglichkeit für Pflegekräfte geschaffen, eigene Haltungen und Einstellungen zu reflektieren bzw. zu überprüfen und eine größere Sensibilität entwickeln zu können. Besonders nachhaltig, so die Erfahrungen, seien diejenigen **Strategien, die an der Selbsterfahrung und an der „Gefühlsebene“** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ansetzen. Die meisten der befragten Pflegenden betonen, dass sie etwas besser verstehen und begreifen können, wenn sie es selbst spüren oder wenn es ihnen am Beispiel von bestimmten Situationen, z. B. über Rollenspiele oder Filme, nahe gebracht wird. Über das grundsätzliche Verständnis wird der Einsatz alternativer Maßnahmen einleuchtender und die Pflegekräfte sind eher bereit, diese mitzutragen und ein gewisse Gefährdung im Sinne eines Lebensrisikos in Kauf zu nehmen.

Einen weiteren wichtigen Baustein stellt die **Qualifizierung bzw. der Wissenserwerb** dar. Die Themeninhalte der Schulungen und Fortbildungen sind in den Einrichtungen abhängig von der jeweiligen Schwerpunktsetzung in Bezug auf die Konzepte. Insgesamt umfassen sie ein breites Spektrum. Zum einen werden

Schulungen und Fortbildungen zu speziellen Themen in Bezug auf FEM, wie rechtlich/ethischen Aspekte, Möglichkeiten von Handlungsalternativen, Sturzprophylaxe angeboten. Zum anderen werden auch Fortbildungen und Schwerpunkte bei **spezifischen gerontopsychiatrischen Kompetenzen, Gesprächsführung etc.** gesetzt. Grundsätzliches Ziel ist es bei allen Fortbildungen, eine Kompetenzerweiterung zu erzielen und dadurch die Handlungssicherheit der Pflegenden zu erhöhen bzw. Ängste abzubauen.

Die Erfahrungen aller Einrichtungen zeigen auch, dass „singuläre“ Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen nicht ausreichend sind, sondern dass eine **kontinuierliche Begleitung, Anleitung und Hilfestellung bei der Umsetzung des vermittelten Wissens und der Weiterentwicklung von Selbstbeobachtung und – reflexion** im praktischen Alltag unabdingbar ist. Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang, dass dieser Prozess gezielt durch klar benannte **Verantwortliche gesteuert, koordiniert und kontrolliert** wird. In manchen Einrichtungen wird diese Verantwortung an die gerontopsychiatrischen Fachkräfte angebunden, zum Teil an spezifisch qualifizierte Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter (z. B. Multiplikatoren, Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines speziell eingerichteten Arbeitskreises oder Pflegedienstleitung). Bewährte Formen der Begleitung und Hilfestellung sind beispielsweise **Fallgespräche, Einzelgespräche bzw. Einzeleinweisungen, hausinterne regelmäßige Fortbildungen im Rahmen von Team- und Übergabegesprächen oder Supervisionen**

7.3 Beratung der Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuerinnen

Alle drei begleiteten Einrichtungen legen einen zweiten wichtigen Schwerpunkt auf die Beratung der Betroffenen und/oder der Angehörigen und rücken somit einen nach wie vor eher vernachlässigten Themenbereich in den Blick.

Für den überwiegenden Teil der Bewohnerschaft entscheiden die Angehörigen, die im Regelfall auch die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer der Betroffenen – also die **eigentlichen Entscheidungsträger** hinsichtlich der Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen - sind und somit die wichtigsten Kooperationspartnerinnen und –partner für die Pflegekräfte.

Ein Großteil der Angehörigen und / oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer sind sowohl über gesetzliche Vorgaben, über einzelne FEM und ihre Konsequenzen und mögliche Alternativen viel zu wenig informiert und aufgeklärt. Eine Angehörige zeigte sich beispielsweise nach einem Informationsabend ganz überrascht darüber, dass es überhaupt so etwas wie Alternativen gibt: *„Ich dachte immer, Bettgitter gehört zum Altenheim“*. Wer jedoch über wenig Wissen verfügt, hat auch keine „wirkliche“ Entscheidungsgrundlage. Es liegt in der Verantwortung und Professionalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, es Angehörigen zu ermöglichen, durch gezielte Aufklärung, Beratung und Begleitung ihre fachlich/rechtlichen Gründe für oder gegen eine FEM nachzuvollziehen und gegebenenfalls mit ihrer Entscheidung mit zu tragen.

Die Einrichtungen setzen meist an mehreren Ebenen an. Die Beratung erfolgt sowohl im Rahmen von **Angehörigenabenden** zu spezifischen Themen, wie FEM, Sturzprophylaxe, alternative Maßnahmen als auch von gezielten **persönlichen Gesprächen**. Zum Teil wird das Thema (auch im präventiven Sinne) bereits in den Aufnahmegesprächen angesprochen. Es wurden auch die Erfahrung gemacht, dass Angehörige eine „begreifbare“ Vorstellung von „alternativen Hilfsmitteln bzw. Maßnahmen“ (Sensormatten, Pflegenester...) bekommen, wenn ihnen diese gezeigt werden. Auch der Einsatz von **Broschüren** für Betroffene und Angehörige werden unterstützend zur Aufklärung und Information eingesetzt. Als sehr hilfreich und effektiv haben sich auch der **Einbezug der Angehörigen in Pflegevisiten und Fallgespräche** erwiesen.

Neben der Informationsvermittlung und Aufklärung sind es insbesondere die **Unsicherheiten und Ängste von Angehörigen**, die in den Gesprächen thematisiert werden (müssen). Häufig – so die Erfahrung – sind es sehr ambivalente Gefühle, die es vielen schwer machen, eine Entscheidung zu treffen. Grundsätzlich wollen sie den bestmöglichen Schutz für ihre betroffenen Angehörigen, leiden aber auch unter dem Einsatz von FEM. Andererseits ist es auch immer wieder schwierig, sich für Alternativen zu entscheiden, da manches als unwürdig empfunden wird. Dies kommt auch immer wieder in Äußerungen von Angehörigen zum Ausdruck: *„Es ist schlimm, wenn mein Vater mit einem Bauchgurt fixiert wird, aber es ist auch schlimm, wenn ich ihn auf der Matratze auf dem Boden liegen sehe.“* Die Begleitung der Angehörigen in

ihrer Entscheidungsfindung ist häufig ein Prozess, der sehr viel **Sensibilität und Kompetenz seitens des Personals** erfordert.

Die „Investition“ in eine intensive und gezielte Angehörigenarbeit wirkt sich sehr positiv aus und trägt entscheidend zur Reduzierung und Vermeidung von FEM bei. Alle Einrichtungen haben die Erfahrung gemacht, dass sich ein Großteil der Angehörigen nach eingehender Beratung und Unterstützung im Entscheidungsprozess gegen den Einsatz einer FEM und für alternative Maßnahmen – auch unter Inkaufnahme eines Sturzrisikos - aussprechen.

Die im Rahmen einer **Fragebogenaktion** beteiligten Angehörigen (Rücklauf insgesamt 26) bestätigen und honorieren die Bemühungen seitens der Einrichtungen.

Bis auf zwei Befragte haben alle die gesetzliche Betreuung ihrer betroffenen Angehörigen, die zum überwiegenden Teil an einer Demenz erkrankt sind, inne.

Neunzehn der Befragten sind mit dem Umgang zum Thema FEM im Haus sehr zufrieden, sieben zufrieden. Bis auf vier Angehörige fühlen sich alle sowohl über die Ursachen von Unruhezuständen, Weglaufgefährdung und Sturzgefährdung als auch über den Einsatz von FEM und deren Konsequenzen für die Betroffenen gut und umfassend informiert. Ohne Ausnahme gaben alle befragten Angehörigen an, dass sie sich mit ihren Ängsten, Vorbehalten und Unsicherheiten in Bezug auf FEM jederzeit an eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner wenden können und immer ein „offenes“ Ohr finden. Ihren Einbezug bei der Ursachenanalyse, der Anwendung von Alternativen zu FEM bzw. der Entscheidung, ob FEM angewandt werden sollen oder müssen, bestätigen alle Befragten.

Die befragten Angehörigen nehmen die Bemühungen sehr genau wahr und honorieren dies auch entsprechend: *„Fixierung im Bett konnte über langen Zeitraum durch Lagerung auf Bodenmatratze vermieden werden. Es wurden keine Mühen gescheut, um Fixierung zu vermeiden“.* *„Wegen einer Medikamentenumstellung war meine Mutter eine gewisse Zeit sehr wackelig auf den Beinen. Trotzdem wurde versucht, den Bauchgurt nur bedingt einzusetzen, was ich dem Personal hoch anrechne. Auch bei den Mitbewohnern konnte ich beobachten, dass sehr darauf*

geachtet wird, eine möglichst hohe Bewegungsfreiheit zu ermöglichen – was jedoch nur mit dem besonderen Einsatz des engagierten Personals möglich ist.“

Für die meisten scheinen der bewusste Umgang und die Auseinandersetzung mit FEM auch entscheidend dazu beizutragen, sich insgesamt ernst genommen und wohl zu fühlen. Die meisten von ihnen sind voll des Lobes. Nachstehend auszugsweise einige Beispiele:

„Die Unterbringung in diesem Haus ist sehr gut.“ „Bin sehr zufrieden mit dem Pflegepersonal, werde auch immer über alles gut informiert.“ „Mein Eindruck: Es wird sehr bewusst verantwortungsvoll mit FEM umgegangen!“ „Als Angehörige fühle ich mich bestens betreut.“ „Ich danke dem lieben Herrgott, dass es so ein gutes Pflegeheim gibt, wo Nächstenliebe, Würde und Menschlichkeit noch etwas bedeutet.“ „Den Mitarbeitern dieser Station gebührt höchstes Lob für liebevolles, umsichtiges, engagiertes Handeln im Umgang mit den Bewohnern.“ „Ich würde mir wünschen, dass alle Heimbewohner so gut untergebracht sind.“ „Mein Mann wird liebevoll betreut und geführt. Ich selbst könnte es nicht so gut auf die Dauer.“

7.4 Bewohnerzentrierte Intervention und Prävention

Ziel pflegerischen Handelns ist es, FEM zu vermeiden. Sie stellen immer das letzte Mittel der Wahl dar und kommen nur nach Ausschöpfung aller möglichen, im Vorfeld eingesetzten - alternativen - Maßnahmen und einer verantwortungsvollen Abwägung von Fürsorgepflichten und dem Grundrecht auf persönliche Freiheit zur Anwendung.

7.4.1 Einsatz von Hilfsmitteln

Insbesondere bei den Hilfsmitteln zeigt sich sehr deutlich die Janusköpfigkeit hinsichtlich der Eignung bzw. Wirkung beim Einzelnen. Die Einrichtungen nutzten ein großes Spektrum an den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln und konnten Erfahrungen mit deren Einsatz gewinnen. Letztlich lassen sich auch hier nur Tendenzen aufzeigen. Grundsätzlich geht es jedoch nicht um einen „pauschalen“ unreflektierten Einsatz von bestimmten Hilfsmitteln, sondern es muss – wie bei anderen Maßnahmen auch – individuell (personen- und situationsbezogene

Überprüfung) abgeklärt werden, inwieweit sich eine Maßnahme sinnvoll und zielführend erweist oder – möglicherweise – das Gegenteil bewirkt (z. B. erhöhte Verletzungsgefahr).

Geschätzt werden **Niedrigbetten**, die in der Höhe derart einstellbar sind, dass zum einen Mobilität gefördert werden kann, zum anderen bei immobilen Bewohnerinnen und Bewohnern, bei denen die Gefahr des „Herausrutschens“ besteht, aufgrund der niedrigen Fallhöhe Verletzungen unter Umständen vermieden werden. Zu niedrig eingestellte Betten können jedoch auch das Aufstehen erschweren und eine bewegungseinschränkende „Maßnahme“ darstellen. Zudem kann sich die Verletzungsgefahr beim Versuch des Aufstehens erhöhen.

Die **Matratze vor dem Bett** kann ebenfalls helfen, Verletzungen zu reduzieren, da der Aufprall durch die Weichheit des Untergrundes minimiert wird. Die Maßnahme ist meist dann sinnvoll, wenn Menschen durch Eigenbeweglichkeit aus dem Bett fallen können. Problematisch kann die Maßnahme für jene Bewohnerinnen und Bewohner werden, die noch selbständig in der Lage sind, zu gehen bzw. aufzustehen. Hier kann sich der weiche Untergrund aufgrund erhöhter Instabilität zum Stolperrisiko entwickeln.

Bei manchen Bewohnerinnen und Bewohnern wird die so genannte bodennahe Pflege („**Bodenpflege**“) angewandt. Hier wird auf ein Bett verzichtet und die Menschen, die im Regelfall über wenig Körperkraft zum Aufstehen verfügen, werden auf einer Matratze gepflegt und betreut. „Französische Matratzen“ können den Bewegungsspielraum (z. B. drehen) der betroffenen Menschen erweitern. Insbesondere bei dieser Maßnahme zeigt sich jedoch immer wieder, dass Angehörige (aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) dies als würdelos empfinden und ethische Bedenken und Schwierigkeiten mit dieser Alternative haben. Dies gilt im Übrigen auch für „**Sturzhelme**“, die – im Vergleich zu anderen Hilfsmittel – auch eher weniger zum Einsatz kommen. Bei Menschen, die zwar nicht mehr gehen, aber sich noch anderweitig fortbewegen können, stößt diese Maßnahme ebenfalls an eine Grenze. Bewohner „robber“ durch das Zimmer, was wiederum das Verletzungsrisiko erhöht.

Auch der Einsatz von **Sensor- bzw. Bewegungsmatten**, die das Betreuungspersonal über die „aktuelle Bewegungssituation“ von Bewohnerinnen und Bewohnern informieren, kann sinnvoll sein und helfen, mehr Freiräume zu ermöglichen und das Sturzrisiko zu minimieren. Beim Einsatz „vor dem Bett“ wird beim Betreten ein elektronischer Impuls (der auch auf die Bewohnerrufanlage umgeschaltet werden kann) ausgelöst. Matten, die mit Sensoren bestückt, auch unter die Matratze gelegt werden, geben Alarm bei Druckentlastung. Diese Alarmsysteme können sich jedoch auch nachteilig, insbesondere auf die Pflegenden auswirken, da die Gefahr häufiger „Fehlalarme“ gegeben ist (z. B. bei unruhigem Schlaf einer Bewohnerin) und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft „umsonst“ reagieren müssen.

Eine Vermeidung von FEM kann auch durch so genannte **Sitzsäcke** (eine Art Matratze mit unterschiedlichen Füllungen, wie z. B. Styropor) erzielt werden. Sie können zum einen das nach vorne Rutschen im Sitzen sicher verhindern, zum anderen auch als „Auffangmatratze“ vor das Bett gelegt werden. Probleme können sich allerdings – ähnlich wie beim Einsatz von Matratzen geschildert – einstellen.

Hüftprotektoren kommen häufig zur Anwendung, da sie wirksam sturzbedingte Verletzungen vermeiden bzw. abmildern können. Die Erfahrungen der Einrichtungen sind zum überwiegenden Teil sehr positiv. Es wird jedoch auch immer wieder berichtet, dass durch die fehlende Akzeptanz seitens der Bewohnerinnen und Bewohner der Effekt nicht gegeben ist. Zum einen führen Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen zur Ablehnung der Protektoren. Die „Erschwernis“ beim Toilettengang kann zu einer „scheinbaren“ Harn- oder Stuhlinkontinenz führen. Zudem kann sich das Sturzrisiko infolge der nicht mehr sachgemäßen Benutzung nach dem Versuch des „An- und Ausziehens“ vergrößern. Die Betroffenen erleben die Hüftprotektoren zum Teil als unangenehm, werden unruhig, was ebenfalls zu einem Sturz führen kann.

Bei Bewohnerinnen und Bewohner, die keine rutschfesten Schuhe bzw. geschlossenes Schuhwerk zur Sturzvermeidung anziehen können oder wollen, kommen **Stoppersocken** bzw. Antirutschsocken zur Anwendung. In den meisten Fällen hat man gute Erfahrungen gemacht, die Akzeptanz ist relativ hoch. Im Einzelfall kommt es vor, dass Betroffene diese ausziehen oder versuchen in die Schuhe zu stopfen. Ferner kann es insbesondere bei einem eher „schlürfenden“ Gang zu negativen Auswirkungen durch zu starkes „Stoppen“ kommen.

Als alternative Maßnahmen kommen auch **geteilte Bettgitter** (Teilgitter) am Kopf- oder Fußende zum Einsatz. Ein Herausrutschen aus dem Bett kann einerseits verhindert, das Bett andererseits unabhängig bzw. selbständig verlassen werden. Es besteht jedoch auch die Gefahr, dass Pflegebedürftige Kopf oder Extremitäten zwischen Streben oder zwischen Matratze und Bettseitenteile klemmen, wodurch es zu Verletzungen kommen kann. Angebrachte Bettgitterpolsterungen, -ummantelungen bzw. Schutzbezüge können dies jedoch verhindern. Der Anblick von „Gittern“ kann bei Menschen auch negative Assoziationen und das Gefühl des „Eingesperrtseins“ hervorrufen. Grundsätzlich sind geteilte Bettgitter nicht genehmigungspflichtig. Inwieweit dies auch bei demenzkranken Menschen - die nicht mehr in der Lage sind, zu erkennen bzw. einzuschätzen, dass sie das Bett auch verlassen können - der Fall ist, wird unterschiedlich gesehen bzw. bewertet. In einer Einrichtung beurteilte die Heimaufsicht dies eher als genehmigungspflichtige FEM, in einer anderen Einrichtung wurde es unter dem Vorbehalt des Einsatzes von einem Bettgitterschutzbezug als nicht freiheitsentziehend eingestuft.

Pflegekräfte haben auch immer wieder die Erfahrung gemacht, dass **Lagerungsschlangen**, „**Kuschelkissen**“ oder z. B. **Moskitonetze** Bewohnerinnen und Bewohnern Sicherheit (Begrenzung) und Geborgenheit (angenehme Materialien) vermitteln können und somit die Notwendigkeit des „Aufstehens“ bzw. das Bett verlassen zu müssen (weil es als unangenehmer Ort empfunden wird) nicht gegeben ist.

Zum Einsatz kommen auch **Sturzdetectoren**, **Funkfinger**, **RCN-Walker** oder **Cosy-Chairs**, die sich in Einzelfällen bewähren.

7.4.2 Milieutherapeutische Pflegekonzepte

Neben dem Einsatz von Hilfsmitteln wird milieutherapeutischen Pflegekonzepten eine große Rolle hinsichtlich der Vermeidung von FEM zugeschrieben. Obwohl kein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis existiert, zeigt das Erfahrungswissen, dass ein demenzgerechtes Milieu entscheidend zur Vermeidung beitragen kann.

Es ist mittlerweile unbestritten, dass psychosoziale Betreuung und Versorgung, die den spezifischen Bedürfnissen und Möglichkeiten demenzkranker Menschen gerecht wird, den Verlauf dieser Erkrankungen positiv beeinflusst werden kann. Durch einen bedürfnisgerechten Umgang können auch so genannte „Verhaltensschwierigkeiten“, wie beispielsweise motorische Unruhe, erheblich verringert werden.

Der milieutherapeutische Ansatz geht von der Annahme aus, dass sich demenzkranke Menschen aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen nicht an die Bedingungen der Einrichtung anpassen können. Das Umfeld muss zu einer „prothetischen Umwelt“ (Milieu) werden, um kognitive, sensorische, physische und emotionale Einschränkungen ausgleichen zu können.

In den Einrichtungen kommen sowohl **allgemeine milieutherapeutische Maßnahmen** (einschließlich notwendiger Organisations- und strukturbezogener Maßnahmen, wie beispielsweise Sicherstellung der Kontinuität in der Betreuung durch Präsenz) wie Tages- und Nachtstruktur, das Angebot alltagspraktischer Tätigkeiten und Beschäftigungsmöglichkeiten, die Integration von z. B. Validation, dem biografischen Ansatz, 10-Minuten-Aktivierung, Snoezelen, Basale Stimulation oder Kinästhetik als auch **individuelle**, auf die einzelne Bewohnerin oder den einzelnen Bewohner bezogene **Maßnahmen**, die sich an spezifischen Gewohnheiten, Ritualen, biografischen Besonderheiten orientieren und in die Pflegeplanung aufgenommen werden, zum Einsatz. Letztere sind so vielfältig wie die Personen und erfordern immer wieder sehr viel Phantasie, Kreativität und Mut.

Auch auf eine entsprechende **baulichen Milieugestaltung** bzw. Umgebungsanpassung, wie ausreichende Beleuchtung oder die Beseitigung von Stolperquellen wird geachtet.

8. Fazit

In allen begleiteten Einrichtungen konnte bei einem großen Anteil der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern auf FEM verzichtet oder zumindest stark reduziert werden. Zudem sind im Zeitraum von einem Jahr keine neuen FEM in den Häusern hinzugekommen.

Da der überwiegende Teil der Anwendung von FEM mit Sturzgefährdung begründet wird, liegt das Hauptaugenmerk auch auf der Reduzierung bzw. Vermeidung (Sturzprophylaxe) des Sturzrisikos. Es ist erwiesen, dass Bewegungseinschränkungen nicht dazu geeignet sind, Stürze zu vermeiden. Es ist aber auch klar, dass eine vollständige Sicherheit nicht gewährleistet werden kann. Will man weitestgehende Bewegungsfreiheit ermöglichen, muss auch ein Sturzrisiko in Kauf genommen werden.

Im Zuge der Reduzierung von FEM machten auch die begleiteten Einrichtungen die Erfahrung, dass zwar Stürze nicht immer verhindert werden können, aber – und dies erscheint in diesem Zusammenhang bedeutsam – Sturzfolgen minimiert bzw. Verletzungen vorgebeugt werden kann.

Häufig lässt sich kein kausaler Zusammenhang zwischen bestimmten Maßnahmen und einer Reduzierung und - insbesondere einer Vermeidung - von FEM nachweisen. Die Kombination von Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der Einsatz von so genannten alternativen Hilfsmittel, die Aufklärung und Beratung der Angehörigen und / oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer als auch Betreuungskonzepte oder die bauliche Gestaltung des Umfelds scheinen der Schlüssel zur Vermeidung von FEM zu sein.

Es gibt keine allgemein formulierbaren, ethischen „Rezeptlösungen“. Vielmehr besteht eine ethisch-moralische Verpflichtung sich bei jedem einzelnen Gedanken zu machen und – unter Nutzung aller zu Gebote stehenden Wege und Mittel – das Selbstbestimmungsrecht zu erhalten und FEM zu vermeiden. Die Befreiung aus dem „ethischen Dilemma“ wird nie ganz gelingen, die Gratwanderung zwischen den ethischen Prinzipien der Selbstbestimmung und Paternalismus bleiben. Keine noch so „genauen“ Kriterien können festlegen, wann die Selbstbestimmung bei Menschen aufhört und wo die Fürsorge ansetzen muss. Die betroffenen Menschen können für einzelne Handlungen oder Entscheidungen noch vollständig autonom sein, gleichzeitig aber in anderen Bereichen hilfsbedürftig.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik kann und darf nicht aufhören. Den betroffenen Menschen ein möglichst selbständiges und würdevolles Leben zu ermöglichen liegt in der Verantwortung aller Beteiligten. Sie müssen kontinuierlich die Gelegenheit bekommen, ihre eigenen Handlungen immer wieder kritisch zu hinterfragen bzw. zu reflektieren.

Dem Ruhesitz Wetterstein bleibt das Schlusswort vorbehalten. Er hält in seinem Konzept fest:

„Uns ist bewusst, dass der verantwortungsvolle Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen ein schwieriger, sensibler, immerwährender Prozess ist, der intensive Begleitung und Reflexion erfordert. Mit der Umsetzung des Konzepts fördern wir die notwendige ständige Auseinandersetzung mit der Wahrung von Freiheit und Würde eines jeden Bewohners“ und eine betroffene Angehörige führt aus: *„Es ist ein gutes Gefühl, dass sich die Verantwortlichen mit dem letzten Lebensabschnitt der Menschen intensiv auseinandersetzen.“*

Kontaktadressen der prämierten Einrichtungen

Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen GmbH

Mühlenweg 5
91235 Hartenstein-Rupprechtstegen
Tel. 09152-9858-0
Frau Sabine Distler (Einrichtungsleiterin)

BRK-Seniorenheim Waldmünchen

Breitenwiesweg 32
93449 Waldmünchen
Tel. 09972-3090
Alexandra Dostal (Pflegedienstleiterin)

GSD-Seniorenwohnpark Vaterstetten GmbH

Fasanenstraße 24
85591 Vaterstetten
Tel. 08106-3850
Mario Eißing (Einrichtungsleiter)

Danuvius Haus Ingolstadt

Blücherstr. 39
85051 Ingolstadt
Tel. 0841-14289-0
Karin Deseive (Einrichtungsleiterin)

AWO-Seniorenwohnpark Moosburg

Krankenhausweg 6
85368 Moosburg
Tel. 08761-66880
Smilja Zivcovic (Pflegedienstleiterin)

Ruhesitz Wetterstein gGmbH Augsburg

Königsbrunner Straße 39 a
86179 Augsburg
Tel. 0821-80848-0
Alexander Krug (Pflegedienstleiter)

Literatur

Bredthauer D: Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie. Eine Dissertation zum Thema Gewalt gegen alte Menschen. <http://vts.uni-ulm.de> (2002)

Gastiger, Sigmund: „Freiheitsschutz und Haftungsrecht in der stationären und ambulanten Altenpflege“. Lambertus-Verlag, Feiburg im Breisgau, 2., aktualisierte Auflage 1993

Hoffmann-Gabel, Barbara: Ethik für die Altenhilfe, Vincentz-Verlag, Hannover, 1997 (Lehrbuch Altenpflege)

Redufix – Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohner/innen (2006). Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

Tagungsdokumentation der 1. Fachtagung der DED „Demenz – Leben in Grenzen“
vom 18.04.2002 in Hamburg. Rieseby, Juli 2002

