



AGP

Alter. Gesellschaft.
Partizipation.

Age. Society. Participation.

Institut für angewandte
Sozialforschung

*Institute for Applied
Social Research*



ReduFix
Praxis

Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege

Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis

Birgit Schuhmacher

Clemens Becker

Petra Koczy

Madeleine Viol

Thomas Klie

Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege

Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis

Thomas Klie*, Clemens Becker** (Projektleitung)

Birgit Schuhmacher* (Best-Practice-Bericht)

Petra Koczy**, Madeleine Viot*

Projektförderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kapitel 1702, Titel 68421 (2007)

Kontakt:

AGP Institut für angewandte Sozialforschung*
an der Evangelischen Hochschule, Freiburg
Bugginger Str. 38
79114 Freiburg
T: 0761-47812-696
info@agp-freiburg.de
www.agp-freiburg.de

Robert-Bosch-Krankenhaus**
Klinik für Geriatrische Rehabilitation
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

Download dieses Leitfadens möglich unter: www.agp-freiburg.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Fragestellung und Methodik der Studie.....	5
3	Gute Praxis für weniger körpernahe Fixierung.....	7
3.1	Strukturdaten und Ressourcen der Einrichtungen	7
3.2	Konzeptionelles Profil der Einrichtungen.....	9
3.3	Erfolgreiche Strategien zur Reduzierung von körpernaher Fixierung.....	12
3.3.1	Sturzprophylaxe	13
3.3.2	Schulungen	15
3.3.3	Soziale Betreuung und Beschäftigungsangebote	16
3.3.4	Weglauff Tendenzen	17
3.3.5	Organisation, Prozessverlauf und Haltung.....	18
3.4	Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte.....	25
3.4.1	Angehörige	25
3.4.2	Bürgerschaftlich Engagierte	27
3.5	Probleme mit der Reduzierung von körpernaher Fixierung	28
3.5.1	Hindernisse und Mehraufwand	29
3.5.2	Problematische Situationen.....	30
3.5.3	Nicht ohne körpernahe Fixierung zu bewältigen	31
4	Fazit.....	32
4.1	Zentrale Grundsätze, besonders wirksame Maßnahmen	32
4.2	Empfehlungen an andere Einrichtungen.....	33
5	Literatur- und Quellenverzeichnis	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zeitplan der Datenerhebung.....	6
Tabelle 2: Strukturdaten der untersuchten Einrichtungen.....	7
Tabelle 3: Vergleich zentraler Kennziffern.....	8
Tabelle 4: Übersicht zu Maßnahmen, die zur Reduzierung von Fixierung ergriffen wurden	12
Tabelle 5: Integration von bürgerschaftlich Engagierten (BE).....	28
Tabelle 6: Problematische Situationen ohne Fixierung lösen	30

1 Einleitung

In den Jahren 2004 bis 2006 wurde vom Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart und vom AGP, Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg¹, das Modellprojekt „Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohner(innen)“ (ReduFix) durchgeführt. Das Projekt wurde gefördert durch das BMFSFJ. Es hatte zum Ziel, durch gezielte Interventionen freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) bei demenzerkrankten Heimbewohner/-innen zu verhindern oder zu reduzieren, ohne dass es dabei zu negativen Konsequenzen für die Bewohnerin oder den Bewohner kommt. Die Ergebnisse zeigten, dass dies möglich ist. Ca. 20 % der Heimbewohner/-innen profitierten von den Interventionen: sie wurden entweder entfixiert oder die Zeiten, in denen sie von Fixierungsmaßnahmen betroffen waren, reduzierten sich signifikant (Projektgruppe ReduFix 2007).

Das Nachfolgeprojekt ReduFix Praxis wurde vom BMFSFJ vom 1. Juli 2007 bis zum 31. Dezember 2009 gefördert und endete im Juni 2010. Der Abschlussbericht wurde im Dezember 2010 vorgelegt.

ReduFix Praxis hatte den Transfer der ReduFix Wissensbestände in die bundesweite Praxis der stationären Altenpflege zum Ziel. Dabei sah die Erreichung der Zielstellung des Projekts vier Arbeitsmodule vor:

1. Konzeptionelle und strategische Abstimmung mit den Ländern;
2. eigens initiierte Schulungen von Multiplikatoren/-innen und zielgruppenspezifische Veranstaltungen;
3. Errichtung einer Clearingstelle mit Beratungsfunktion für fachspezifische und strategische Fragestellungen, als fachliche Begleitung der Multiplikatorentätigkeit und zur Vermittlung von Schulungsanfragen;
4. Kommunikation im Sinne von
 - Öffentlichkeitsarbeit durch Initiierung einer Projektkampagne
 - Öffentlichkeitsarbeit durch kontinuierliche Aufsatzpräsenz in fachspezifischen Zeitschriften und andere diverse Veröffentlichungen (Aufsatzsammlung, Fachkongressdokumentationen, etc.)
 - Entwicklung zielgruppenspezifischer Kommunikationswege inkl. Best-Practice-Beispielen aus den Bundesländern nach Abstimmung mit den Ländern - Erstellung eines Good-Practice-Berichts.

Im Folgenden werden, entsprechend des letztgenannten Projektziels, die Ergebnisse der Datenerhebung hinsichtlich einer guten Praxis der Vermeidung von körpernahen Fixierungen dargestellt.

¹ ehemals: Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung

2 Fragestellung und Methodik der Studie

Im Projektteam ReduFix Praxis wurden folgende **Leitfragen** für die Best-Practice-Studie festgelegt (Sitzungsprotokolle vom 25.03.2009 und vom 30.04.2009):

- Warum wenden bestimmte Einrichtungen der stationären Altenpflege keine oder sehr wenig körpernahe Fixierungen an?
- Wie bewältigen diese Einrichtungen den – eventuell – entstehenden Mehraufwand und ggf. problematische Situationen?
- Wie sehen die Alternativen zur körpernahen Fixierung aus?
- Welche Haltungen zu Fixierung, welche Organisationsstrukturen und welche Organisationskultur sind in diesen Heimen vorzufinden?
- Werden trotz der konzeptionellen Ausrichtung an einer Reduzierung von Fixierungen Bewohner/-innen fixiert?

Das **methodische Design** der Studie legt den Schwerpunkt auf die exemplarische Beschreibung einzelner Einrichtungen. Die Auswahl der hier vorgestellten Einrichtungen wurde von der Projektgruppe aufgrund der im Projekt ReduFix Praxis gesammelten und dokumentierten Erkenntnisse getroffen. Auswahlkriterium war dabei, dass die Einrichtungen auf körpernahe oder medikamentöse Fixierungen völlig oder fast völlig verzichten. Es wurden insgesamt drei Einrichtungen ausgewählt, die sich alle bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen:

Danuvius Haus

Preysingstraße 3-5

85049 Ingolstadt

www.danuvius-ingolstadt.de → Danuvius Haus

Seniorenstift Haus Berge

Haus-Berge-Str. 231 E

45356 Essen

www.elisabeth-essen.de → Seniorenstifte/Haus Berge

Karl-Kaipf Heim

Mühlstr. 11

89542 Herbrechtingen

http://www.drk-heidenheim.de/web/pflegedienste/pflegeeinrichtungen/karl_keipf_heim/karl_keipf_heim.php

Daten zu den ausgewählten Einrichtungen wurden zunächst im Internet recherchiert und in einer Übersicht zusammengestellt, evtl. vorhandene Konzepte oder Materialien zur Einrichtung heruntergeladen und abgespeichert (Oktober 2009). Anschließend wurde ein Fragebogen zum Selbstauffüllen entwickelt, mit der Projektgruppe abgestimmt und im November 2009 an die ausgewählten Einrichtungen zusammen mit einer Einverständniserklärung / Erklärung zum Datenschutz, einem Anschreiben mit Erläuterungen zur Studie und einem frankierten Rückum-

schlag verschickt (s. Anhang). Die Einrichtungsleitungen wurden gebeten, vorliegende Einrichtungs-Konzepte nach Möglichkeit zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen zurückzusenden sowie nach der Rücksendung für ein telefonisches Interview zur Verfügung zu stehen, bzw. eine/n dafür geeignete/n Ansprechpartner/in in der Einrichtung zu nennen. Durch die hohe Arbeitsbelastung der Einrichtungsleitungen und krankheitsbedingt mussten jedoch erhebliche Zeitverzögerungen in Kauf genommen werden:

Tabelle 1: Zeitplan der Datenerhebung

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Internetrecherche	Oktober 2009	Oktober 2009	Oktober 2009
Versand Befragungsunterlagen	17. November 2009	17. November 2009	17. November 2009
Rücklauf Fragebogen	23. November 2009	-	15. Januar 2010
Telefoninterview	26. November 2009	12. Februar 2010	12. Februar 2010

Mit der Leiterin von Haus Berge, Essen, wurde der Fragebogen während des telefonischen Interviews ausgefüllt.

Im Anschluss an den Versand wurde ein Interviewleitfaden mit vertiefenden Fragen entwickelt und mit der Projektgruppe abgestimmt (s. Anhang). Jeweils nach dem Eintreffen des ausgefüllten Fragebogens wurde der Leitfaden um einrichtungsspezifische Fragen und Aspekte ergänzt. So konnte Unklares geklärt und Interessantes vertieft werden. Die telefonischen Interviews wurden digital aufgezeichnet und inhaltlich zusammenfassend paraphrasiert.

Nur aus dem Danuvius Haus wurden konzeptionelle Unterlagen eingesandt: Ein Konzept „Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz“, ein Konzept „Soziale Betreuung“ sowie eine Konzeption „Tagesstrukturierende Beständigkeit statt Fixierung“.

Die Auswertung der nun vorliegenden Daten (Internetrecherche, Konzepte, Fragebogen, Telefon-Interview) erfolgte entlang der oben angeführten Leitfragen. Dabei wurde der Fokus neben einer deskriptiven Darstellung nachahmenswerter Praxis auf die Entdeckung von Gemeinsamkeiten gelegt: Relevante und gelingende Strategien zur Reduzierung von körpernaher Fixierung, die sich in mehr als einer der befragten Einrichtungen finden ließen, sollen besonders hervorgehoben werden.

3 Gute Praxis für weniger körpernahe Fixierung

3.1 Strukturdaten und Ressourcen der Einrichtungen

Strukturelle Merkmale von stationären Einrichtungen, wie Bewohnerzahl oder Mitarbeiter-schlüssel (Ressourcen) haben einen wichtigen Einfluss auf den Erfolg einer Null-Fixierungsstrategie. Die Daten der hier vorgestellten Einrichtungen zeigen, dass die Reduzierung von Fixierung mit ganz unterschiedlichen Voraussetzungen gelingen kann.

Tabelle 2: Strukturdaten der untersuchten Einrichtungen

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Plätze gesamt	60	108	82
Dauerpflegeplätze	52	108	66
Kurzzeitpflege	-	-	6
Nachtpflegeplätze	-	-	-
Tagespflegeplätze	8	-	10
Sonstige	-	-	-
Bewohner/-innen gesamt / demenziell erkrankte Be- wohner/-innen	51 /51	108 /100	72 /46
Pflegestufe: 0 / 1 / 2 / 3 / 3+	0 / 11 / 19 / 21 / 0	0 / 24 / 44 / 36 / 4	2 / 26 / 33 / 10 / 1
Mitarbeiter/-innen gesamt	60	100	80
Pflege und Betreuung	49	73	60
Hauswirtschaft	6	18 ¹⁾	8
Verwaltung/Haustechnik	2	7	3
Sonstige	3 (Leitung + QM)	2 (Leitung + QM)	9 (Fahrer)
Volle Stellen (Vollzeitäquiva- lente) in Pflege und Betreu- ung	33,5	44 ²⁾	31,4
Fachpflege	15	k. A. (32)	18,5
Pflegehelfer/-innen	13,5	k. A. (28)	11,1
gerontopsychiatrische Fachkräfte	3	k. A. (3)	0
Betreuungshelfer/-innen § 87b, SGB XI	2	k. A (6)	1,8
sonst. Betreuungskräfte	-	k. A. (5)	-

Tabelle 2 – Fortsetzung: Strukturdaten der untersuchten Einrichtungen

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Konzeptionelle Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Spezialisiert auf Menschen mit Demenz • Angegliedert an Psychiatrische Fachklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezialisiert auf Menschen mit Demenz • Angegliedert an Geriatrie-Zentrum mit Memory-Klinik • 4 Wohngruppen für Menschen mit Demenz in verschiedenen Phasen • Café als Treffpunkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezieller Wohnbereich für Menschen mit Demenz • Konzept / Beauftragte für ehrenamtliche Helfer/-innen • Konzept der Netzwerkpflege • Integrierte Tagespflege (7 Plätze)
Eröffnung	2005	2005	1992

1) Die Mitarbeiter/-innen der Hauswirtschaft sind bei einem externen Cateringunternehmen angestellt, arbeiten allerdings dauerhaft nur in dieser Einrichtung.

2) Für diese Einrichtung liegt nur die Gesamtanzahl der Vollzeitäquivalente vor. Differenzierte Angaben zu Vollzeitäquivalenten nach pflegerischer Qualifikation bzw. Tätigkeit fehlen. Die in dieser Spalte folgenden Zahlen in Klammern geben die Anzahl der Mitarbeiter/-innen (Personen) mit der jeweiligen Qualifikation / Tätigkeit an.

Im Mittel liegt die Pflegestufe im Danuvius Haus und im Haus Berge mit 2,19 höher als im Karl-Kaipf-Heim (1,75), wie Tabelle 3 zeigt. Entsprechend ist dort der Anteil demenziell erkrankter Bewohner mit ca. 2/3 niedriger. Deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind auch im Verhältnis von Mitarbeitern in Pflege und Betreuung zu Bewohnern erkennbar: So ist im Danuvius Haus für 1,14 Bewohner eine volle Stelle eingerichtet, im Haus Berge ist es für 2,45 Bewohner eine Pflege- bzw. Betreuungsstelle und im Karl-Kaipf-Heim sind es 2,29 Bewohner pro Vollzeitstelle.

Tabelle 3: Vergleich zentraler Kennziffern

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Pflegestufe¹⁾	2,19	2,19	1,75
Anteil Bewohner mit Demenz	100%	92,6%	63,9%
Bewohner pro Mitarbeiter Pflege/Betreuung	1,14	2,45	2,29

1) Arithmetisches Mittel; Härtefall-Einstufung mit dem Wert 4 berechnet.

Nach dem günstigen Personalschlüssel befragt, berichtet die Einrichtungsleitung des Danuvius Haus, dass das Haus im Vergleich zu anderen nahe gelegenen Einrichtungen eher etwas teurer sei. Darüber hinaus wird den Personalressourcen von der Leitung Priorität beigemessen als zentrale Voraussetzung für eine gute Pflege und Betreuung – die dafür nötigen Ressourcen werden an anderer Stelle eingespart. Synergieeffekte ergeben sich dadurch, dass der Träger – eine psychiatrische Klinik – die hauswirtschaftlichen Leistungen stellt.

„...einfach an anderer Stelle sparen, unser Heim ist auch nicht billig ..., es ist einfach so dass wir von der Leitung hier im Haus sagen: So muss es sein, soviel Personal brauchen wir, sonst können wir die Arbeiten nicht leisten. ... Personal ist einfach das Wichtigste, da wird ein bisschen mehr veranschlagt.“ (Einrichtungsleitung Haus Danuvius, 00:11:30-2)

Auch im Karl-Kaipf-Heim hat man die Erfahrung gemacht, dass die Zeit, die Pflege- und Betreuungskräfte für die Bewohner einsetzen können, zentral zu deren Lebensqualität beiträgt. Da es über die in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung festgeschriebenen Personalstellen hinaus keine zusätzlichen Personal-Ressourcen gibt, müssen Prioritäten gesetzt werden. Zeit für Gespräche mit Angehörigen und für die zum Teil schwierigen Abwägungsprozesse, mit welcher Haltung und mit welchen Maßnahmen eine Fixierung vermieden werden kann, ist u. U. besser eingesetzt als Zeit für eine sehr aufwändige Körperpflege (00:06:26-8).

Zusätzliches Personal gewinnt die Einrichtung durch die Tagespflege, die gezielt Aktivierung wie Gedächtnistraining, Gleichgewichtstraining, Singen und Hauswirtschaft für alle Bewohner/-innen anbietet. (00:23:07-2). Ebenso wird eine flexible Aufgabenverteilung praktiziert: Das sehr zeitaufwändige Essen anreichen für schwer beeinträchtigte Bewohner/-innen bzw. Bewohner/-innen mit Schluckbeschwerden wird vom Betreuungspersonal (§ 87b, SGB XI) wie auch von Praktikanten und Freiwilligen im Sozialen Jahr (FSJ) durchgeführt. Dies ermöglicht es, genügend Zeit für diese Aufgabe zu reservieren. Falls Probleme auftreten (z.B. verschlucken), greift eine Fachkraft ein. Ähnlich verhält es sich mit dem begleiteten Gehen bei gangunsicheren Bewohner/-innen – auch hier werden freiwillige Helfer/-innen eingesetzt. Würden – wie von der Heimaufsicht gefordert – nur Fachkräfte diese Aufgaben erledigen, dann stünde für die schwer pflegebedürftigen Bewohner/-innen zuwenig Zeit zur Verfügung (00:48:07-4).

Der Pflegedienstleiter des Karl-Kaipf-Heims hat die Erfahrung gemacht, dass sich mit einer hohen Betreuungsqualität, zu der auch die Vermeidung von Fixierungen gehört, ein vergleichsweise höherer Preis am Markt durchsetzen lässt.

„Transparenz gibt auch der Markt vor. ... Wir haben einfach einen anderen Ruf, weil wir eine andere Qualität fahren. ... Da gibt es Unterschiede, das macht dann der Markt.“ (Pflegedienstleitung Karl-Kaipf-Heim, 00:35:13-8)

So ist seine Einrichtung in der Pflegestufe 3 um ca. 700 Euro teurer als eine nahe gelegene Einrichtung, die zudem einen moderneren baulichen Standard aufweisen könne. Im ersten Jahr nach deren Eröffnung seien Bewohner gewechselt, insbesondere nach der Höherstufung von 2 auf 3. Inzwischen habe sich dieser Effekt wieder gelegt, sein Haus sei voll, die Nachfrage stabil, Bewohner sogar wieder zurückgekehrt. Als Gründe nennt er den Verzicht auf Fixierung und Siedierung, wodurch es ermöglicht wird, dass Bewohner/-innen ohne Einschränkungen am Leben teilnehmen können. Dies werde von den Angehörigen aufmerksam wahrgenommen.

3.2 Konzeptionelles Profil der Einrichtungen

Das Danuvius Haus und das Haus Berge sind bereits in ihrer Entstehung als spezialisierte Langzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz konzipiert. Diese beiden Einrichtungen

sind organisatorisch verbunden mit gerontopsychiatrischen Fachkliniken. Bezüglich einer integrativen oder segregativen Betreuung² gehen die Einrichtungen unterschiedliche Wege, wobei aber insgesamt großen Wert auf die Teilhabe von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz gelegt wird – weitgehend immobile oder bettlägerige Menschen dürfen nicht auf ihren Zimmern allein gelassen werden, da auch das eine Form von Fixierung darstellt (Karl-Kaipf-Heim. 00:43:57-4).

Das **Danuvius Haus** wurde 2005 als spezialisierte Einrichtung für Menschen mit Demenz gegründet, mit dem Ziel möglichst wenig freiheitsentziehende Maßnahmen einzusetzen. Die (letztlich erfolgreiche) Teilnahme der Einrichtung am bayerischen Landeswettbewerb „FreiMut – verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege“ im Jahr 2007 gab den Anlass, ein spezifisches Konzept zur Reduzierung körpernaher Fixierung zu erstellen und die dort beschriebenen Maßnahmen mit hoher Aufmerksamkeit umzusetzen (00:01:44-2). Vom Danuvius Haus liegen zwei weitere Konzepte in schriftlicher Form vor: „Konzept für die soziale Betreuung“ sowie ein „Konzept für die Begleitung von Menschen mit Demenz (Pflege und Betreuung)“.

Das Danuvius Haus arbeitet integrativ. Bewohner/-innen mit unterschiedlich weit fortgeschrittener Demenz leben in Wohngruppen mit 11 bis 13 Personen und nehmen an der Tagesstruktur mit durchgehender Präsenz und festen Beschäftigungsangeboten teil. Jede Bewohner/-in kann bis zuletzt in ihrer Gruppe verbleiben. Bisher gab es keine Konflikte, die deshalb aufgetreten sind, weil sich Bewohner/-innen durch andere, schwerer erkrankte Personen gestört gefühlt hätten. „... eher ganz normale Antipathien“ (Einrichtungsleitung Danuvius Haus, 00:17:26-1). Auch Angehörige akzeptieren das integrative Modell.

Vorläufer des **Haus Berge** ist eine Station mit 14 Betten für demenzkranke Menschen in einem Geriatriezentrum, auf der gezielt neue Milieu- und Kommunikationskonzepte erprobt wurden. Verhaltensauffällige Menschen konnten nach sog. „drug holidays“, also einer Phase des Absetzens und der Neueinstellung von Medikamenten verbunden mit dem Einüben tagesstrukturierender Maßnahmen häufig wieder nach Hause entlassen werden (00:08:10-3).

2 Die Altenhilfe strebt seit geraumer Zeit die Integration hilfsbedürftiger Menschen an und hat aus diesem Interesse den in der Behindertenhilfe entstandenen Normalisierungsansatz übernommen. Segregative Konzepte gehen hingegen von der Annahme aus, dass Menschen mit Demenz besondere, in klassischen stationären Arrangements der Altenhilfe nicht gewürdigte Bedürfnisse haben, die alternative Versorgungsformen erfordern. Grundsätzlich stellt sich hierbei die Frage, wie weit die Spezialisierung des Angebots gehen soll. Für den stationären Bereich wurde dieser Forschungszusammenhang umfassend von WEYERER et al. (2005, 2006) im Rahmen eines Vergleichs teilsegregativer (Integrationsprinzip) und segregativer (Domusprinzip) Ansätze beforscht. Es zeigte sich, dass sowohl Segregation als auch Teilsegregation mit Vor- und Nachteilen verbunden sind, sich aber hinsichtlich der Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten nicht unterscheiden. Beide Versorgungsformen im Rahmen der „Besonderen Dementenbetreuung“ in Hamburg nahmen zu Beginn der Studie ausschließlich Personen mit Verhaltensauffälligkeiten auf, konnten diese aber bereits nach neun Wochen nur noch bei ca. 60% der BewohnerInnen feststellen. Menschen mit Demenz, die nach dem Integrationsprinzip betreut wurden, wurden der Studie nach signifikant häufiger von ihren Angehörigen besucht, deren Einbindung in die Betreuungseinrichtung auch stärker war. Die BewohnerInnen nahmen hier, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, stärker an kompetenzfördernden Aktivitäten teil als in der segregativen Betreuung. Dort wiederum wurde deutlich häufiger die Biographie der BewohnerInnen erhoben, sie wurden häufiger gerontopsychiatrisch behandelt und nahmen mehr psychotrope Substanzen ein (WEYERER et al. 2006:115f.).

Diese positiven Erfahrungen wurden auf das neu gegründete Haus Berge übertragen: Es ist eine segregativ arbeitende Einrichtung mit vier, nach Demenzschweregrad unterteilten Wohngruppen. Als Basis für eine Null-Fixierung hat sich der Einrichtungsleitung zufolge das segregative Konzept bewährt, weil dadurch weniger Konflikte zwischen unterschiedlich gut orientierten Bewohner/-innen entstehen (Eigentum, Betreten von Privatzimmern). Dies erhöhe die Lebensqualität, die Bewegungsfreiheit und damit letztlich die Selbstbestimmung jedes einzelnen (00:10:13-6). Aktuell zum Zeitpunkt des Gesprächs waren 3er-Sofas in der Anschaffung, so dass bettlägerige Menschen sich in der Gemeinschaft aufhalten und schlafen können und nicht mit dem Bett hin – und her geschoben werden müssen (00:52:12-3). Grundsätzlich werden alle Bewohner des Bereichs für schwerstdelemente Menschen mobilisiert. Dabei sind auch sog. Cosy Chairs im Einsatz, also Liegeschalen auf Rädern (00:50:59-3).

Von Anfang an wurde der komplette Verzicht auf Gurtfixierung praktiziert, das Anbringen von Bettgittern ist auf Wunsch von Bewohnern oder mit richterlicher Genehmigung in Ruhe- und Nachtzeiten möglich (00:06:25-3). Entsprechend wurden die grundlegend notwendigen Schulungen für alle (zukünftigen) Mitarbeiter/-innen schon in den ersten Besprechungen vor der Gründung von Haus Berge festgelegt. Das Schulungsprogramm umfasst vor allem die Integrative Validation, aber auch das Krankheitsbild Demenz und Basale Stimulation (00:08:40-6).

Ein therapeutischer Schwerpunkt der Einrichtung liegt auf Musikangeboten. Zum Haus gehört ein geschützter Außenbereich und ein öffentliches Café, das allen Patienten und Besucher/-innen des Geriatriezentrums offen steht, wie auch Bewohner/-innen des Service-Wohnens und aus dem umliegenden Stadtteil (00:05:07-4).

Das **Karl-Kaipf-Heim** wurde 1992 gegründet und arbeitet seit 2005 an der Reduzierung von körpernahen Fixierungen. Einen speziellen Anlass dafür gab es nicht. Tatsächlich erschien die Reduzierung von Fixierungen als logische Folge einer bewohnerorientierten Arbeit: Individuell mobilisierende Pflege kann ohne Fixierung besser und erfolgreicher durchgeführt werden, die Bewohner zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten und haben eine höhere Lebensqualität. Stürze verursachen weniger Verletzungen, wenn prinzipiell ohne Fixierung gearbeitet wird. Fixierte Bewohner dagegen bauen Muskulatur ab und sind so eher verletzungsgefährdet (00:01:24-6). Zur zentrumsnah gelegenen Einrichtung gehört auch ein beschützter Außenbereich. Zentrales konzeptionelles Merkmal des Karl-Kaipf-Heims ist eine vielfältig ausdifferenzierte Netzwerkpflge (00:25:30-4).

Das Karl-Kaipf-Heim arbeitet überwiegend integrativ, allerdings mit einem speziellen Wohnbereich für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz. Dieser wurde eingerichtet, nachdem die Erfahrung gemacht wurde, dass sowohl Angehörige wie auch Bewohner/-innen den Kontakt zu Menschen mit sehr weit fortgeschrittener Demenz schwierig finden können.

„Es war einmal so, dass Neuaufnahmen schwierig wurden, weil alle demenzkranken Bewohner mobilisiert werden und Angehörige, die die Schwerstkranken sehen, sagen: ‚Ja, aber so ist meine Mutter doch noch nicht!‘ (...) Andere Bewohner akzeptieren schwerer Erkrankte nicht, das geht bis zu Handgreiflichkeiten – der soll da drüben bleiben. Wenn jemand sich viel bewegt, die Nähe sucht, der wird abgewiesen.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:43:57-4)

Die Segregation der Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz dient auch ihrem Schutz, denn verbale und physische Zurückweisung verletzt. Der Wohnbereich für Menschen mit weit fort geschrittener Demenz ermöglicht es, dass diese Klientel nicht auf ihren Zimmern weggeschlossen wird – auch das stellt eine Form von Fixierung dar – sondern so unterstützt wird, dass sie am Gemeinschaftsleben teilhaben kann.

3.3 Erfolgreiche Strategien zur Reduzierung von körpernaher Fixierung

In allen drei Gesprächen mit den befragten Einrichtungen wurde deutlich, dass es sich bei der Reduzierung von Fixierung um einen komplexen und längerfristigen Prozess handelt (s. auch Abschnitt 3.3.5). Auch im Haus Berge, wo seit der Gründung noch nie eine Fixierung angewandt wurde, fließen stetig Aufmerksamkeit und Ressourcen in diesen Prozess ein (00:06:25-3). Im Danuvius Haus konnte die Zahl der fixierten Personen von 12 auf 7 gesenkt werden, im Karl-Kaipf-Heim von 7 auf 2³ (Angaben aus den schriftlichen Fragebogen).

Im Folgenden wird zunächst ein tabellarischer Überblick gegeben, um dann die einzelnen Maßnahmen eingebettet in den Gesamtprozess zu schildern. Genannt wurden von den befragten Heim- bzw. Pflegedienstleitungen diejenigen Maßnahmen, die sie als relevant für die Reduzierung und Vermeidung von körpernaher Fixierung ansehen, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit. Evtl. werden in den Häusern weitere Maßnahmen verwirklicht, die in der Befragung nicht zur Sprache kamen.

Tabelle 4: Übersicht zu Maßnahmen, die zur Reduzierung von Fixierung ergriffen wurden

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Sturzprophylaxe			
Hüftprotektoren	x	x	x
Niedrigbetten	x	x	x
Anti-Rutsch-Socken	x	x	x
Sensormatten	x	x	x
Bewegungs- und physiotherapeutische Angebote zur Verbesserung der Gangsicherheit	x	x	x
Passgenaue medikamentöse Einstufung zur Vermeidung von Gangunsicherheit	x	x	x
500-Lux-Ausleuchtung	-	x	-
Sicherheits-Basecaps (Erprobung)	-	-	x
Schulung der Mitarbeiter/-innen			
ReduFix-Praxis-Schulung	-	-	x

³ In Abschnitt 3.5.3 wird im Einzelnen erläutert, warum ggf. eine körpernahe Fixierung beibehalten worden ist.

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Sturzprophylaxe + FeM	X	-	-
Basale Stimulation	X	X	-
Integrative Validation	-	X	X
Kinästhetik	X	-	-
Soziale Betreuung			
Präsenz in den Wohngruppen	X	-	-
Netzwerkpflege	-	-	X
Weglaufschutz ohne geschlossene Station	-	X	X
Tagesstruktur	X	X	X
Beschäftigungsangebote			
Unterstützung der Mobilität von Bewohner/-innen (z.B. Begleitung beim Spazierengehen, Tanzen, Luftballonspiel)	X	X	X
Unterstützung der Aktivität von Bewohner/-innen (z. B. Koch- oder Backgruppe, Chor)	X	X	X
Begleitung überwiegend immobiler Bewohner/-innen (z. B. singen, vorlesen)	X	X	X
Abendbetreuung	X	-	-
organisatorische Maßnahmen			
systematische Fallbesprechung bei Bewohner/-innen, die von FEM bedroht sind	X	X	X
enge Kooperation mit Facharzt / Apotheke bezüglich Medikation	X	X	X

3.3.1 Sturzprophylaxe

In jedem der befragten Häuser werden Hüftprotektoren, Niedrigbetten, Anti-Rutsch-Socken und Sensormatten angewandt sowie Angebote zur Verbesserung der Gangsicherheit gemacht und die Medikation zur Vermeidung von Gangunsicherheit passgenau eingestuft.

Haus Berge erprobt zurzeit die Sensormatten, befürchtet jedoch, dass sie häufig durch Urin verschmutzt werden könnten. Zusätzlich betont die Einrichtungsleitung von Haus Berge den Wert der 500-Lux-Ausleuchtung in allen Gängen, das Vermeiden von Stolperfallen und spiegelnden Böden sowie die Handläufe für die Unterstützung der Mobilität.

Im Karl-Kaipf-Heim sind Schirmmützen in der Erprobung, die aus dem Bereich der Schutzkleidung für Arbeiter kommen. Mit ihrem Kunststoffkern schützen sie den Kopf bei Stürzen und Stößen, sehen aber ansprechender aus als Schaumstoffhelme und werden deshalb besser akzeptiert. Unförmige Schaumstoffhelme können das Selbstwertgefühl der Bewohner/-innen beeinträchtigen (00:03:46-0).

Niedrigbetten können in Verbindung mit Kinästhetik sehr gut eingesetzt werden. Die Akzeptanz der Plegemitarbeiter/-innen hängt allerdings davon ab, dass das Konzept der Boden-

pflege von der Leitung vorgegeben und alle Mitarbeiter/-innen darin unterstützt werden. Die Akzeptanz steigt ebenfalls, wenn den Mitarbeiter/-innen deutlich wird, dass durch Niederflerbetten auf Fixierung verzichtet werden kann und die Bewegungsfreude der überwiegend bettlägerigen Bewohner gefördert wird (Danuvius Haus, 00:09:37-3). Dennoch müssen die Niedrigbetten ggf. auch gegenüber den Angehörigen durchgesetzt werden – was im folgenden Beispiel leider nicht gelingt.

„I: Werden Niedrigbetten durch das Personal akzeptiert?

B: ...ja, wird gut akzeptiert, ist schon immer wieder mal, wo man sagt: ‚Ist zu anstrengend, die Menschen darin zu pflegen.‘ Aber eigentlich eher nicht, im Gegenteil. Wir hatten auch mal einen Herrn am Boden gepflegt, der schwer dement war, ganz schwer zu mobilisieren, aber wir haben dann irgendwie ... mit Kinästhetik uns das angeeignet, das wir das hingebacht haben. Und dann wollte die Ehefrau das nicht mehr, die Betreuerin war. Sie möchte nicht, dass der Mann am Boden liegt. Er musste dann ins Bett wieder mit Bettgitter, am Anfang sogar mit Gurt, weil er so unruhig war, das war nicht gut.

Und das war so der Punkt, wo man gespürt hat, dass alle Mitarbeiter, obwohl sie dann weniger Arbeit hatten und es viel anstrengender war am Boden, ganz enttäuscht und richtig sauer waren. Und gesagt haben: ‚Das kann doch nicht sein, dass man das so macht.‘ (...)

Das war so ein Punkt, wo wir ganz viel mit der Ehefrau gesprochen haben und das auch protokolliert haben und versucht haben, sie davon zu überzeugen, aber sie meinte, es wäre irgendwie entwürdigend, wenn er am Boden liegt. Aber wir hatten so ein richtiges Bettenlager für, es war toll, er konnte sich richtig bewegen und jetzt ist er im engen Bett, ganz schnell bewegungseingeschränkt, jetzt bewegt er sich gar nicht mehr, eigentlich.“ (Danuvius Haus 00:09:15-4)

Bodennahe Möblierung und Matten können Bewegungsmöglichkeiten von sehr schwer demenzerkrankten Menschen, darunter auch Kriechen, Restbewegungen und Wälzen, gut unterstützen.⁴ Als Rahmen der Handlung verstößt aber das Niedrigbett gegen das in westlichen, modernen Gesellschaften kulturell geprägte Empfinden für ein angemessenes Verhalten von Erwachsenen – es wird u. U. als würdelos und peinlich empfunden, wenn alte Menschen sich auf dem Boden bewegen. Hier gilt es, durch Aufklärung und ggf. besondere Einrichtungsformen einen passenden Rahmen zu finden.⁵

Laufen Bewohner Gefahr, nachts aus dem Bett zu fallen, werden in Haus Berge keine Bauchgurte angelegt, sondern das Bett auf die niedrigste Stufe gestellt und eine Matratze davor gelegt (00:43:05-9).

Statt der Hüftprotektoren bieten **Hüftschutzbügel** den Vorteil, dass sie durch einen Klettver-

⁴ „Auch schwerstmente Menschen haben den Wunsch nach Bewegungsfreiheit (...) Letzte Bewegungsversuche werden gezielt und beschützt begleitet. Sei dienen nicht nur dem Bewegungswunsch des Schwerstmenten, sondern sind Prophylaxe vor Verspannungen, Kontrakturen, Wundliegen und Schmerzen.“ (Held, Ermini-Fünfschilling 2004, S. 144)

⁵ „Ich bezeichne es als ‚Zivilisation zweiter Ordnung‘, wenn es gelingt, neben unseren alltäglichen auch Akzeptanz fördernde Verhaltensweisen zu entwickeln, die Menschen mit Demenz, die nicht in der Lage sind, unsere Regeln einzuhalten, einen zumindest erträglichen Kontext zu bieten. Wir müssen die Fähigkeit erlernen, Regelverletzungen Orte und Rahmen zu geben, in denen sie möglich und akzeptiert sind.“ (Klie 2002, S. 69)

schluss leicht aufzureißen sind, während die Hüftprotektoren Inkontinenz fördern können, da sie schwer zu öffnen sind (Haus Berge, 00:11:36-0).

Anti-Rutsch-Socken haben den Vorteil, dass sie besser angenommen werden als festes Schuhwerk, das von den Bewohner/-innen wieder ausgezogen wird (wie auch andere Hilfsmittel, z. B. Gehstöcke oder Rollatoren u. U. nicht angenommen bzw. vergessen werden). Gute Erfahrungen wurden in Haus Berge damit gemacht, die Bewohner **barfuß laufen** zu lassen – auch so findet der Fuß genügend Halt (00:12:31-2)

Tägliches **begleitetes Laufen**, auch außer Haus, bildet ein zentrales Element der Sturzprophylaxe. Zum Teil begleiten sich die Bewohner/-innen gegenseitig.

„Wir bieten diesen Menschen wirklich täglich begleitetes Laufen an, wir haben das auch so im Konzept geschrieben. Es bilden sich Karawanen, auch im Winter, wenn es früh dunkel wird. Der Mensch läuft von A nach B. Der erste läuft, bei B steht der zweite und geht dann mit. Manchmal haben wir wirklich so eine 10er Gruppe, die läuft.“ (Haus Berge 00:13:20-8)

Zum Teil werden die Bewohner/-innen durch Freiwillige und Gemeinwohlerkräfte (1-Euro-Jobber) „bei jedem Wind und Wetter“ nach draußen begleitet. „Das ist Kraft-Balance-Training“ (00:14:14-4). Auch das monatlich stattfindende Tanzvergnügen dient letztlich der Reduzierung von Fixierung, da es die Menschen zur Bewegung anregt. (Haus Berge 00:33:44-4)

Zentrales Element zur Vermeidung von Unruhe und Gangunsicherheiten ist in allen drei Einrichtungen eine passgenaue Einstellung der **Medikation** und zwar hinsichtlich der Menge unterschiedlicher Präparate, der verabreichten Dosis sowie möglicher Nebenwirkungen (Haus Berge 00:17:38-5; Danuvius Haus 00:13:15-7; Karl-Kaipf-Heim 00:19:39-1). Basis der Vermeidung von Stürzen durch angepasste Medikation ist die genaue Beobachtung der Symptomatik durch die Pflege und darauf folgend eine enge Kooperation mit Haus- und Fachärzten und – wie im Karl-Kaipf-Heim praktiziert – mit der Apotheke (00:14:35-9)

Im Gespräch mit Haus Berge ist abschließend deutlich geworden, dass viele Stürze (in dieser Einrichtung waren im Jahr 2009 330 Stürze zu verzeichnen) noch nicht gleichbedeutend sind mit vielen Frakturen (nur 7-mal folgte aus einem Sturz eine Fraktur). Andere auf Demenz spezialisierte Einrichtungen, mit denen in Netzwerken (Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung) Kontakt bestehe, verzeichneten ähnlich viele Stürze bei niedrigen Raten an Frakturen (00:26:53-8). Weder MDK noch Heimaufsicht würden in der hohen Sturzfrequenz ein Problem sehen.

3.3.2 Schulungen

Für alle befragten Einrichtungen gilt, dass bestimmte Schulungen nicht nur für die Mitarbeiter/-innen in Pflege und Betreuung unabdingbar sind, sondern auch andere Personengruppen notwendig mit einbezogen werden: hauswirtschaftliches und technisches Personal, freiwillige Helfer/-innen und Angehörige, wobei die Schulungen für die beruflichen Kräfte verpflichtend sind. Auf die Grundausbildung folgen jährliche Wiederholungen und Vertiefungen. Angehörige lernen nicht nur selbst besser mit dem veränderten Verhalten ihrer Familienmitglieder umzugehen, sondern verstehen so auch das, z. B. validierende, Verhalten der Mitarbeiter/-innen (Karl-Kaipf-Heim 00:13:37-5).

Für das Danuvius Haus umfasst der Schulungskatalog Sturzprophylaxe und freiheitsentziehende Maßnahmen sowie **Basale Stimulation** und Kinästhetik. Das Danuvius Haus hat mit dem Einsatz von Basaler Stimulation Unruhe unter den Bewohnern reduziert, indem Körperwahrnehmung und Wohlbefinden gefördert werden (00:25:34-4) und profitiert davon, dass die PDL des Hauses als Praxisanleiterin für Basale Stimulation ausgebildet ist.

Haus Berge und das Karl-Kaipf-Heim stellen die **Integrative Validation** nach Richards in Zentrum:

„Das wichtigste Mittel: Man muss dem Mitarbeiter auch Handwerkszeug geben. Als ganz wichtiges Handwerkszeug hat sich herausgestellt, die Validation. Wir bilden jetzt auch die Reinigungsfrauen, den Hausmeister, alle – haben diesen Grundkurs gemacht. Das werden wir auch jährlich so weiterführen, dass das einfach erhalten bleibt, dass man die Bewohner auf der Gefühlsebene abholt. Und das hier jeder, der im Haus auf jemanden trifft, der weg möchte oder was anderes will, dass der validierend auf ihn eingehen kann. Das ist sehr niederschwellig, mir gefällt das besser, es kann jeder anwenden, auch der Angehörige.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:13:10-1)

Integrative Validation wird in Haus Berge nach Abschluss aller Basiskurse zusätzlich als Krisenintervention geschult, so dass konflikthafte Situationen, die aus herausforderndem Verhalten entstehen können, aufgelöst werden können.

Schulungen tragen maßgeblich dazu bei, die 0-Fixierungs-Strategie den Mitarbeiter/-innen und allen anderen Beteiligten nahe zu bringen und sie dazu zu befähigen sowie eine geeignete Grundhaltung gegenüber Menschen mit Demenz zu befördern (Danuvius Haus 00:25:34-4). Ganz überwiegend werden Schulungen positiv aufgenommen, entscheidend ist der praktische Wert in der Umsetzung. Basale Stimulation ...

“... ist einfach grandios, weil es sind so diese 3 Minuten, die einfach in den Pflegealltag einzubinden sind.“ (Haus Berge 00:19:01-6)

Nicht jede Schulung wird aber angenommen, so besuchten nur zwei Mitarbeiter/-innen in Haus Berge eine Fortbildung zum Thema Tod und Sterben. Auch Supervisionsangebote, die Klärung und Entlastung angesichts der hohen physischen und psychischen Belastung in der Pflege bringen sollen, werden nicht unbedingt von den Mitarbeiter/-innen angenommen, wenn sie sich dadurch kontrolliert fühlen. Ein Beitrag zur „Selbstpflege“ der Mitarbeiter/-innen können aber Wellness-Angebote darstellen, z. B. eine Kosmetikerin, die für die Mitarbeiterinnen unkompliziert und kostenlos in die Einrichtung kommt (Haus Berge 01:00:42-0)

3.3.3 Soziale Betreuung und Beschäftigungsangebote

Wie oben in Tabelle 4 schon deutlich wurde, werden in allen befragten Einrichtungen im Rahmen der sozialen Betreuung mobilitätsunterstützende, aktivierende und Angebote für sehr schwer demenziell erkrankte Bewohner gemacht.

Das Danuvius Haus bietet zusätzlich eine **Abendbetreuung** an. Diese beinhaltet kein spezielles Programmangebot, sondern stellt eine Begleitung derjenigen Bewohner/-innen dar, die länger, zum Teil bis Mitternacht, wach bleiben möchten. Dabei werden jeweils aus den zwei Gruppen pro Ebene die Bewohner/-innen gemeinsam betreut, z. B. gemeinsam gesungen oder auch nur ferngesehen. Es gibt eine Spätmahlzeit – da nächtliche Unruhe häufig auch ent-

steht, wenn Personen hungrig sind. Da die Bewohner abends müde und ggf. unruhig sind, steigt das Risiko von Stürzen, das durch die abendliche Begleitung verringert werden kann (Danuvius Haus 00:15:21-0). Abendliche Besuche von Angehörigen passen gut in diesen Rahmen, der sich aber auch immer wieder ändern kann und an die Gewohnheiten und aktuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen anpasst (00:16:29-1).

Die **Beschäftigungsangebote** unterscheiden sich in den drei Häusern nicht wesentlich. Es gilt das Prinzip der angepassten Aktivitäten

„... man kann diese Leute nicht mehr sinnvoll beschäftigen. Man muss das tun, was sie tun möchten.“ (Haus Berge 00:21:46-9)

Je nach verbliebenen Ressourcen zählen Singen, Backen, Kochen, jahreszeitliche Gestaltung der Wohngruppe, Spiele, Gedächtnistraining (in einer leichten und einer schwierigeren Variante), Sitz-Luftballenspiel, Gleichgewichtstraining sowie Ausflüge zu den Programmangeboten. Das Karl-Kaipf-Heim bietet ein wöchentliches Kaffeetrinken von und für Demenzzranke an, unterstützt von Ehrenamtlichen (00:26:56-1). Jahreszeitliche Feste werden in Haus Berge nicht mehr als Veranstaltung des ganzen Haus gefeiert, sondern im kleineren, überschaubaren Rahmen der Wohngruppe, weil dies für die Bewohner/-innen weniger anstrengend ist. Im Danuvius Haus gilt – wie oben schon für das Karl-Kaipf-Heim geschildert – dass auch Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz an den Aktivitäten teilnehmen. Bewohner/-innen, die nicht aufstehen können, werden mit dem Bett in die Gruppe geschoben (Danuvius Haus 00:17:46-1).

Ein besonderer Schwerpunkt wird im Haus Berge auf das tägliche, **begleitete Gehen** gelegt. Durch die Architektur des Hauses können die Bewohner/-innen vom zentralen Aufenthaltsraum mit Wohnküche in zwei Richtungen einen etwa 40 m langen Flur entlanggehen, der an einer Fensterfront mit viel Licht endet. Der Rückweg führt wieder ins Zentrum. (00:13:57-5) Ein-Euro-Jobber gehen bei „Wind und Wetter“ mit den Bewohner/-innen auch draußen spazieren. In der Gruppe der sehr schwer Erkrankten „inszenieren“ ehrenamtliche Helfer/-innen das begleitete Laufen als eine Wanderung innerhalb des Hauses: Mit entsprechender Kleidung, Rucksäcken und Proviant ausgerüstet, wandern sie zu speziellen, als Wander-Pausen-Bänke hergerichteten Bänken, singen bekannte Wanderlieder und verzehren mitgebrachten Proviant (00:21:41-8). Gehen als Kraft- und Balance-Training stellt eine zentrale Strategie zur Vermeidung von Stürzen dar und so letztlich zur Vermeidung von Fixierung.

Eine feste **Tagesstruktur** sowie wiederkehrende Rituale und Abläufe tragen entscheidend dazu bei, dass demenziell erkrankte Bewohner/-innen ruhiger werden und sich in der Einrichtung zuhause fühlen, wie alle Interviewpartner erläutern (Danuvius Haus Fragebogen, Haus Berge 00:08:10-3, Karl-Kaipf-Heim 00:24:27-5). Durch die Verringerung von Unruhe und Weglauffendenzen können auch Fixierungen erfolgreich vermieden werden.

3.3.4 Weglauffendenzen

Zwei der drei hier beschriebenen Einrichtungen sind keine geschlossenen Einrichtungen bzw. verfügen nicht über eine geschlossene Station (Haus Berge, Karl-Kaipf-Heim). Um das Weglaufen von kognitiv beeinträchtigten Bewohner/-innen zu vermeiden, verwenden alle Einrichtungen unterschiedliche Strategien.

Das Danuvius Haus ist architektonisch und konzeptionell so geplant, dass dies kein Problem ist. Zusätzlich beugt die Präsenz in den Wohngruppen den Weglauftendenzen vor (Danuvius Haus, Fragebogen).

Im Karl-Kaipf-Heim werden vor allem neue Bewohner/-innen, die den Wunsch haben die Einrichtung zu verlassen, sehr eng in die Tagesstruktur eingebunden und nehmen an den Aktivierungsangeboten der Tagespflege teil. Mit den Angehörigen wird das zu Anfang hohe Risiko des Weglaufens besprochen und sie werden in die Betreuung integriert, so dass ein/e neu eingezogene/r Bewohner/in in den ersten drei Wochen immer in Begleitung ist. Danach hat sich das Problem erfahrungsgemäß gelegt und neue Bewohner/-innen fühlen sich dann heimisch.

Genaue Beobachtung hilft, das Weglaufen zu vermeiden, so z. B. wenn eine Bewohnerin zum Ende der Tagespflege von der Aufbruchstimmung der Tagespflegegäste erfasst wird und selbstständig und unbemerkt das Haus verlässt. Hier wird nun darauf geachtet, dass sie etwas früher als die anderen die Tagespflege verlässt (00:11:54-7).

Das Haus Berge profitiert von einem bau-organisatorischen Zufall: Auf derselben Etage wie der Bereich für die Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz befindet sich die Wäscherei. Führt sie der Bewegungsdrang aus ihrem Wohnbereich heraus, so gelangen sie zur Wäscherei, wo sie sich gerne aufhalten und leicht wieder zurückgebracht werden können (00:46:37-1). Baulich günstig ist auch, dass „wandernde“ Bewohner/-innen weniger das Haus verlassen, sondern eher von ihrer Etage aus andere Häuser aufsuchen.

Auch hier wird mit den Angehörigen zu Beginn des Aufenthalts besprochen, dass keine Garantie gegeben werden kann, dass ein/e Bewohner/in nicht unbemerkt das Haus verlässt. Die Mitarbeiter/-innen sind, wie im Karl-Kaipf-Heim, sensibilisiert und begleiten Bewohner/-innen mit einer Tendenz zum Weglaufen besonders intensiv. Türcodierungen in den Treppenhäusern geben Alarm auf ein Mobiltelefon, wenn sie nicht betätigt werden und am Eingang wird ein Foto hinterlegt (Haus Berge 00:47:44-6).

3.3.5 Organisation, Prozessverlauf und Haltung

Der (weitgehende oder vollständige) Verzicht auf körpernahe Fixierung ist nur mittel- bis langfristig zu verwirklichen und erfordert den Einbezug aller Akteure: Bewohner/-innen, Leitungsebene, Mitarbeiter/-innen aus Pflege und Betreuung, Hauswirtschaft und Technik, Angehörige, Freiwillige und Ärzte. Zentrale Elemente dieses Prozesses sind Fallbesprechungen, die Kooperation mit Ärzten und die Haltung, die alle Beteiligten einnehmen. Diese drei Elemente werden im Folgenden beschrieben.

Fallbesprechungen

Fallbesprechungen werden anlassbezogen durchgeführt (Haus Berge 00:24:53-1; Karl-Kaipf-Heim 00:14:48-6), ggf. werden auch die Angehörigen beteiligt:

„Was wir machen sind auch ethische Fallbesprechungen, wenn wir merken, es gibt ein Problem. Ich habe gestern mit einer Angehörigen telefoniert, wo der Vater nach einem geschlossenen Psychiatrieaufenthalt zurückgekommen ist. Dieser Herr stürzt auch ständig, er hat sehr viele Einflussfaktoren, absolute Sehschwäche, psychiatrisch verändert, keine Kraft mehr in den Beinen, da haben wir uns auch ganz klar für

eine ethische Fallbesprechung verabredet, wo wir uns fragen, was können wir noch tun.“ (Haus Berge 00:24:53-1)

In die Fallbesprechungen im Danuvius Haus sind alle beruflichen Kräfte miteinbezogen, also auch die Hauswirtschaft (Danuvius Haus, Fragebogen). Eine gute Moderation ist allerdings Voraussetzung für gelingende Fallbesprechungen. Diese können die Selbstreflexion fördern; z. B. werden im Danuvius Haus von der Pflegedienstleitung Übungen für die pflegenden Mitarbeiter/-innen angeboten, die auf einer konkreten Ebene zielgerichtet die Sinneseindrücke der pflegebedürftigen Menschen erfahrbar machen sollen – also Verrichtungen erlebt werden, die den Bewohner/-innen tagtäglich ebenfalls „zugemutet“ werden (00:27:33-4).

Im Karl-Kaipf-Heim wurde eine Kultur der Fallbesprechungen „ohne Präsenz“ entwickelt, die sich als äußerst effektiv für die Lebensqualität der Bewohner und die Vermeidung von Fixierungen erwiesen hat. So wird bei Veränderungen im Zustand des Bewohners, bei Auftreten von (Sturz-)Risiken oder anderen Symptomaten zunächst Rücksprache mit der kooperierenden Apotheke gehalten. Die Kooperation entstand auf Initiative der Pflegedienstleitung des Karl-Kaipf-Heims, die bei der Apotheke anmahnte, ihre Fachlichkeit stärker einzubringen. Dort liegen genaue Kenntnisse der Medikation vor, da sie bewohnerbezogen die Medikamente verblistert. So kann abgeklärt werden, ob die Medikation Ursache der aufgetretenen Veränderung sein könnte. Diese Informationen werden an den behandelnden Arzt und die Angehörigen weitergegeben, um die Symptomatik weiter abzuklären und geeignete Maßnahmen zu ergreifen (00:14:35-9).

Nicht der gemeinsame Runde Tisch ist hier Basis der Fallbesprechungen, sondern die Einrichtung als initiierendes Element innerhalb eines Netzwerks von Fachlichkeiten:

„Wenn dann funktioniert es nur so, dass sich die Pflege überlegt, wer uns bei diesem Problem helfen kann und wichtig sein kann und dann die Fachlichkeiten abruft und sensibilisiert. Was ich halt nicht habe, wenn der MDK oder die Heimaufsicht kommt und Fallbesprechungsprotokolle sehen will, um Haken zu setzen. Ich habe ein Ergebnis.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:20:24-6)

Kooperation mit Ärzten

Neben den anlassbezogenen Fallbesprechungen befördert eine enge Kooperation mit Ärzten wesentlich die Möglichkeiten einer Einrichtung, Fixierungen zu reduzieren. Dabei wurden im Rahmen der freien Arztwahl für Heimbewohner/-innen drei jeweils unterschiedliche, individuelle Lösungen entwickelt.

Das Danuvius Haus profitiert von einer niedergelassenen Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie in den Räumen der Klinik. Weil eine ungeeignete Medikation auch hier als eines der zentralen Sturzrisiken erkannt wurde und gleichzeitig aber auch ausgebildete Pflegekräfte nicht detailliert die Nebenwirkungen einzelner Medikamente oder von Kombinationen beurteilen können, wird hier die Medikation aller Bewohner/-innen – mit deren Einverständnis – von dieser Ärztin betreut. Sie hat von ihrer Praxis aus Zugriff auf die elektronische Pflegedokumentation, kann sich also beim Auftreten von Verhaltensänderungen oder bezüglich der Wirkung geänderter Medikation direkt in den Pflegeberichten informieren (00:14:00-2). Zusätzlich kommt die Medizinerin einmal pro Woche ins Haus und ist telefonisch für die Einrichtung erreichbar.

„Das ist natürlich ein Riesenvorteil, wir überweisen nie jemanden in die Psychiatrie, das gibt es bei uns eigentlich nicht.

I: Ist das ein Modell, diese psychiatrische Betreuung, das sie empfehlen könnten?

B: Ja, unbedingt! Das ist das, was ich denke, was ganz im Argen ist und was ganz wichtig wäre für alle Einrichtungen, denn demente Menschen hat jede Einrichtung.“ (Danuvius Haus 00:12:11-4)

Im Haus Berge konnte eine regelmäßige neurologische Fachvisite installiert werden. Dabei handelt es sich nicht um ärztliche Unterstützung aus dem benachbarten Geriatrie-Zentrum, sondern die Kooperation mit einer niedergelassenen Neurologin. Diese gelang erst nach einer langwierigen Suche und Verhandlungen mit der Ärztin, die nun bereit ist, mit der Einrichtung als persönliche Fachärztin jedes Bewohners/-in zu kooperieren (00:17:38-5). Diese Visiten haben Priorität im Pflegealltag und werden von den Pflege-Mitarbeiter/-innen vorbereitet und begleitet. Diese Schwerpunktsetzung musste aber zunächst gelernt werden, so die Einrichtungsleitung.

Die Kooperation mit den Hausärzten verläuft ebenfalls gut, da häufig mit dem Eintritt in das Heim ein neuer Hausarzt gewählt wird: „...da kann man dann ein bisschen steuern“ (00:17:38-5).

Im Karl-Kaipf-Heim beruht die gute Kooperation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten auf der oben beschriebenen Methodik der Fallbesprechung ohne Präsenz. Waren Ärzte zunächst noch skeptisch und befürchteten Status- oder Kompetenzverluste, so sind sie inzwischen nach Aussage der interviewten Pflegedienstleitung so überzeugt von diesem Konzept, dass sie die enge Zusammenarbeit mit der Fachlichkeit der Apotheke nun auch bei älteren Patienten, die noch zuhause wohnen, suchen (00:16:37-2). Ärzte, die selbst unter hohem Zeitdruck stehen, schätzen die fachliche Vorbereitung der Anfrage und die flexible Abwicklung des Informationsaustausches:

„I: Wie ist in Richtung der Fallbesprechungen die Kooperationsbereitschaft der Ärzte, ist das problemlos oder gab es Schwierigkeiten?

B: Das ist problemlos, aber man darf sich unter einer Fallbesprechung nicht vorstellen, das wir da alle zusammensitzen an einem runden Tisch, um dann miteinander zu sprechen. Sondern die Fallbesprechung, die läuft durchaus so, dass man den Apotheker anruft, die Symptomatik schildert und er soll dann nach den Medikamenten schauen. Also wir sind das Kommunikationszentrum, er (Apotheker) gibt uns die Meldung, wir geben diese weiter an den Arzt und dann entsprechend auch weiter an die Angehörigen.

I: Also bei Ihnen laufen die Fäden zusammen?

B: Ja, weil ich kann keinen Termin festlegen und der Arzt kommt dann, also das funktioniert nicht so. Sondern wir müssen einfach die Fäden in der Hand haben, wir sind mit der Symptomatik konfrontiert von unseren Bewohnern und wir versuchen dann eben diese Fachlichkeiten heranzuziehen. Diese Ergebnisse schreiben wir dann in einen Bericht nieder und dann ist es gut. Es muss immer im laufenden Alltag passieren können. Weil sonst funktioniert es nicht, wenn man es zu hoch hängt.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:19:27-4)

Die Verringerung von Sturzrisiken und Unruhe, die die Basis einer erfolgreichen 0-Fixierungsstrategie sind, gelingt nur, wenn eng mit Haus- und Fachärzten kooperiert wird⁶ und die Medikation engmaschig überwacht wird.

Haltung

Die Haltung aller Beteiligten, insbesondere der Mitarbeiter/-innen in der Pflege und Betreuung, ist zentrales Element für den Prozess der Reduzierung und Vermeidung von Fixierung, wie übereinstimmend in allen drei untersuchten Häusern deutlich wurde. Dies umfasst verschiedene Aspekte:

- eine veränderte Einstellung zu Mobilitätsrisiken
- die Implementation der 0-Fixierungsstrategie als Organisationsentwicklungsmaßnahme von der Leitung her (top-down)
- ein hohes Anforderungsprofil für Mitarbeiter und eine ständige Prozessorientierung

Neben allen technischen und organisatorischen Lösungen, die zur Reduzierung von Fixierung beitragen, gilt es in erster Linie eine veränderte Haltung im gesamten Pflege- und Betreuungsteam zur **Akzeptanz von Mobilitätsrisiken** zu erreichen.

„Ja, ich denke das ist ein Thema, wo jeder sofort erst einmal spontan sagt: Ja, natürlich muss man reduzieren, es ist nicht gut und wie können wir das machen? Dann, diese Umsetzung im Kopf, also auch einmal ein Risiko einzugehen, ja ... dass einfach was passieren kann – das ist dann schon ein Prozess, den manche nie abschließen werden, diesen Prozess und bei anderen ist es schon selbstverständlich.“ (Danuvius Haus 00:03:16-6)

Will man geläufige Lebensrisiken, wie z. B. das Risiko zu stürzen, zu 100% ausschließen, so bedeutet das für die Betroffenen eine ganz erhebliche Verminderung der Teilhabechancen und damit auch ihrer Lebensqualität.

„Wir werden immer Stürze haben, auch immer mehr als andere, weil wir nicht fixieren. (...) Und auch noch mal, dass es ein häusliches Lebensrisiko ist! Wenn ich überlege, mit dem Glatteis hier, ich glaube ich habe vier Mitarbeiter, die auf dem Weg zum Dienst gestürzt sind. Wir wollen da auch ganz offen bleiben ...“ (Haus Berge 00:48:37-8)

Nicht nur die Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung müssen bereit sein, Sturzrisiken für die Bewohner/-innen der Einrichtung zuzulassen, sondern auch die Angehörigen:

„Es war ein ständiger Prozess. Man muss die Angehörigen immer mit einbinden, das ist ganz wichtig, dass denen das Risiko, das man eingeht, einfach auch bewusst ist – aber auch gegenüberstellt, was die Vorteile sind, was für eine Lebensqualität die [demenz betroffenen] Angehörigen dabei haben.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:09:39-9)

⁶ „Eine bessere Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen will die ‚Bundesinitiative Pflegeheim‘ erreichen, die von (...) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ins Leben gerufen wurde. Das Pflegeheimkonzept, das 13 von 17 KVen jetzt umsetzen wollen (...) sieht ein Basismodul sowie Zusatzmodule vor. Ziel ist es, die Versorgungsqualität zu optimieren, unter anderem durch eine bessere Abstimmung und mehr Transparenz. (...)“ Newsletter Forum Sozialstation, 11.05.2010

Wichtig ist, den Angehörigen deutlich zu machen, dass das im Vergleich zur Fixierung höhere Sturzrisiko einer ebenso erhöhten Lebensqualität gegenübersteht. Hier kann die Einrichtung nur vertrauenswürdig agieren, wenn sie von Beginn an aufklärt, häufig das Gespräch sucht und überzeugend darlegen kann, dass alle Mitarbeiter/-innen der Einrichtung einbezogen sind in den Prozess. So wird im Danuvius Haus den Angehörigen vermittelt:

„Wir können das Risiko eingehen, wir sind informiert, die Mitarbeiter sind in den Prozess einbezogen.“ Dann ist da auch das Vertrauen [der Angehörigen] da und dann geht das auch ganz gut. (Danuvius Haus 00:03:46-6)

Hier wird noch einmal deutlich, dass die Akzeptanz von Risiken wie Stürzen oder Weglaufgefährdungen nicht als singuläres Ziel verfolgt wird, sondern eingebettet ist in einen Prozess, in dem diese Risiken minimiert werden, in dem jedoch nicht auf Kosten der persönlichen Bewegungsfreiheit der Bewohner/-innen und ihrer Selbstbestimmung der vollständige Ausschluss von Risiken gesucht wird⁷. Die Einrichtungsleitung von Haus Berge führt zur hohen Rate an Stürzen in ihrem Haus aus:

„Wir haben schon auch Angehörige, die da nicht begeistert sind, aber das ist so. Ich kläre grundsätzlich auf bei Aufnahme und sage auch: ‚Das Konzept dieses Hauses sieht die absolute Selbstbestimmung auch eines schwerst demenzerkrankten Menschen vor. Wir fixieren nicht, auch nicht auf ihren Wunsch. Wir werden den Mensch nicht in Gurten festzurren. Wir tun alles, um das zu verhindern. Wir bieten das begleitete Laufen an, wir bieten einen Hüftschutz an, wir haben Handläufe, wir haben 500 Lux, wir werden darauf achten, dass er festes Schuhwerk anzieht.‘

Aber wir haben ja auch Menschen, die haben die Schuhe an und ziehen sie aus. Und das ist im Grunde genommen ... - es ist ein Risiko. Und das wird auch in dem Aufnahmebogen ganz klar so protokolliert.“(Haus Berge 00:27:50-5)

Der Prozess der Reduzierung von Fixierungen, der letztlich bei den Beteiligten eine Haltungsänderung in Bezug auf Selbstbestimmung und Sicherheit induziert, kann nur gelingen – dies wird in allen Gesprächen sehr deutlich – wenn er von der Leitung des Hauses initiiert wird und als **Organisationsentwicklung top-down** implementiert wird. Für die Mitarbeiter/-innen in Pflege und Betreuung darf es keinen Zweifel geben, dass sie in ihrem Bemühen um Selbstbestimmung für die Bewohner/-innen der Einrichtung von der Leitung unterstützt werden. Am oben schon beschriebenen Beispiel der bodennahen Pflege auf einem Matratzenlager wurde im Danuvius Haus deutlich, dass diese Art der Pflege vom Team dann akzeptiert und mitgetragen wird, wenn die Leitung überzeugt vom Konzept ist, es vorlebt und die Mitarbeiter darin unterstützt (Danuvius Haus 00:09:37-3). Im folgenden Zitat wird zusätzlich deutlich, dass Mitarbeiter/-innen einen – von der Leitung geschaffenen – geschützten Raum brauchen, um das Wagnis der für sie neuen Haltung einzugehen.

„... es dauert, das ist Organisationsentwicklung: Mitarbeitergrundhaltung zu erwirken oder zu leben. Das geht ja nicht von heute auf morgen und ich kann ja einer Mitarbeiterin nicht sagen: ‚Du, hab‘ jetzt mal die Grundhaltung‘. Sondern da ist auch sehr viel Zeit von Leitungskräften gefragt gewesen – immer wieder auch mit rein zu gehen und zu sagen: ‚So ist das, so ist das, so ist das. Und euch passiert hier nichts.“(Haus Berge 00:43:55-5)

⁷ Zur systematischen Bearbeitung von Risiken in der stationären Pflege vgl. Klie, Pfundstein 2006

Um diesen geschützten Raum zu schaffen, vertritt die Leitung auch das Konzept nach außen, gegenüber Angehörigen oder prüfenden Institutionen wie MDK, Heimaufsicht oder der verbandsinternen Qualitätsentwicklung.

„Es werden sehr unterschiedliche Prüfkriterien angewandt. (...) Ich sage immer, wir machen das, was wir vertreten können. Ich versuche denen [Mitarbeiter/-innen] immer den Rücken zu stärken, auch wenn wir irgendwo mal anecken – oder dann halt schlechte Noten kriegen.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:33:28-7)

„Ich bin da jetzt (...) sehr selbstbewusst, sage ich mal, weil ich denke, dass ist der richtige Weg oder das ja auch vom Markt erfahre, dass wir da richtig liegen. Dass ich den [Weg] einfach gehe. Die Kritiken, die aus dem Umfeld kommen – manchmal ist es ja auch einfach Profilierung – (seufzt), die lasse ich einfach so stehen. Ist nicht immer ganz ungefährlich für mich, aber ... (lacht).“ (Karl-Kaipf-Heim 00:49:07-7)

In allen drei Häusern wird deutlich, dass über die bloße Zustimmung zu einer 0-Fixierungsstrategie hinaus die Verwirklichung des Konzeptes mit allen Konsequenzen von der Leitung eines Hauses Durchsetzungsstärke nach innen und außen erfordert. Aber auch für die Mitarbeitenden selbst ist die Unterstützung der Bewohner/-innen in ihrer Selbstbestimmung eine sehr anspruchsvolle Aufgabe. Die Einrichtungsleitung betont, dass die Mitarbeitenden in der Pflege von der Pflegeassistentin bis hin zur Bereichsleitung eine hohe Verantwortung übernehmen, sogar die hauswirtschaftlichen Kräfte sind in dieses System integriert (Haus Berge 00:38:21-7). Höhere Anforderungen an das Personal ergeben sich dadurch, so das Karl-Kaipf-Heim, dass eine ständige Auseinandersetzung mit der Frage „Warum wird nicht fixiert?“ geführt wird. Dies bedeutet, dass jede Situation so reflektiert wird, dass der richtige Kompromiss gefunden wird. Einen Stecktisch anzubringen kann eine (genehmigungspflichtige) Fixierung bedeuten, kann aber auch eine sinnvolle Hilfestellung sein (00:05:33-4).

Gleichzeitig bringt das Mehr an Verantwortung für die Mitarbeiter/-innen auch eine höhere Arbeitszufriedenheit mit sich.

„Das fördert sie [die Mitarbeiter], das fördert ihre Qualifikation und sie finden sich natürlich in den Erfolgen persönlich wieder.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:08:30-4)

Zusammenfassend betont die Leitung des Hauses Berge:

„Das A und O ist wirklich die Grundhaltung. Die Grundhaltung von oben nach unten in so einem Haus, weil die Mitarbeiter müssen auch wissen: ‚Selbst wenn dieser Mensch stürzt und es passiert was – mir passiert nichts‘. Das erlebe ich immer wieder, dass Mitarbeiter anfangs sehr verunsichert waren und gesagt haben: ‚Ja, dann muss doch fixiert werden‘ und wir gesagt haben: ‚Nein!‘ Jetzt so, nach fast fünf Jahren, ist die Grundhaltung bei allen wirklich angekommen. Wir haben jetzt auch kaum noch Fluktuation im Haus. Die Mitarbeiter, die hier sind, die bleiben hier.“ (Haus Berge 00:37:05-1)

Gerade im letzten Zitat wird deutlich, dass **die laufende, flexible Orientierung auf den Prozess** ein weiteres zentrales Merkmal der Reduzierung von Fixierungen darstellt. Dabei sprechen alle befragten Einrichtungen von einem Zeitraum von etwa 4-5 Jahren, bis das Konzept implementiert ist und die Haltung bei allen Mitarbeiter/-innen verinnerlicht ist.

„Die Mitarbeiter haben das Konzept verinnerlicht. Man weiß zwar nie was in 10 Jahren ist, aber ich hoff wirklich, dass es so bleibt. Der Geist ist da im Haus und wenn sich

jetzt nicht ganz viel ändert im Haus, dann müsste es so weiterlaufen.“ (Danuvius Haus 00:24:09-1)

Die lange Zeitspanne der Implementation benötigt einerseits eine klare Zielorientierung und Beharrungsvermögen auf der Managementebene, andererseits jedoch betonen alle befragten Einrichtungen, dass die Konzeption flexibel verwirklicht werden muss. Hier stehen die Bedürfnisse der Bewohner/-innen im Mittelpunkt (Haus Berge 00:44:18-8).

„Hier ist ein ständiger Prozess. Jede Neuaufnahme verändert den Tagesablauf leicht, oder jedes Mal wenn es jemandem schlechter geht, dann verändert sich hier was im Leben und diese Freiheit müssen wir uns nehmen.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:31:49-6)

Auch die ursprünglich aufwändiger geplante Abendbetreuung im Danuvius Haus wurde an die Bedarfe der Bewohner/-innen angepasst:

„So was ändert sich ja immer. Das ist ja eigentlich immer in Bewegung, je nach dem wie viele Bewohner da sind und was sie brauchen.“ (Danuvius Haus 00:16:29-1)

Innerhalb einer verlässlichen Tagesstruktur und ritualisierten Abläufen, die Sicherheit und Geborgenheit geben, gilt es den individuellen Bedürfnissen einzelner Bewohner/-innen Raum zu geben. Dies gelingt auf Basis von gründlicher Biografiearbeit, individueller Arbeit an der Anamnese und der situationsbezogenen Weiterentwicklung dieser Erkenntnisse (Karl-Kaipf-Heim 00:30:55-6).

Die Balance zwischen festen Routinen und individuellen Abweichungen zu halten, fordert in hohem Maß selbstverantwortliches Arbeiten im Team.

„Ich wünsche mir, dass wir uns diese Freiheit, individuell vorzugehen, erhalten können. Von Standards halte ich nicht soviel, weil uns das immer einengt und das Denken des Pflegepersonals ... Hier wird immer mit Angst gehandelt: ‚Wenn ich hier abweiche, dann verletze ich den Standard.‘ Und dann traut man sich nicht, den Schritt zu gehen. (...) Man verliert dann den Mut, individuelle Entscheidungen zu treffen, ...“ (Karl-Kaipf-Heim 00:31:49-6)

Prinzipiell gilt es, festgefahrene Arbeitsweisen oder institutionelle Erfordernisse zugunsten einer Orientierung am Bewohner zurückzudrängen. Erst das gibt die Freiheit, anders zu handeln (Karl-Kaipf-Heim 00:08:15-2).

Eingebettet in den Prozess sind in Haus Berge monatliche und jährliche Austauschtreffen zu Fragen der Organisation und Konzeption. Monatlich tauschen sich alle („garantiert alle“) Mitarbeiter/-innen einer Wohngruppe 2 Stunden lang über die Verfassung der Bewohner/-innen, aktuelle Problematiken und eventuelle Versorgungsdefizite aus. Dabei wird nach einem formalen Analysemuster vorgegangen, ggf. die Pflegeplanung angeglichen und darüber hinaus gehende Lösungen und Alternativen gesucht. (00:24:10-3).

Jährlich veranstaltet die Einrichtung eine Fachtagung, auf der auch schon Angehörige über ihre Erfahrungen mit der Vermeidung von Fixierung berichtet haben (00:43:30-8). Ebenfalls jährlich trifft sich die Ethikkommission, an der auch eine Palliativ-Medizinerin und eine Hausärztin teilnehmen zur Frage: „Warum fixieren wir nicht?“ (00:25:41-6) Ein Ziele-Workshop jeweils im Januar jedes Jahres dient der konkreten Planung für das laufende Jahr (00:51:38-3).

3.4 Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte

Aus dem bisher Gesagten wurde bereits verschiedentlich deutlich, dass die Integration der Angehörigen in den Prozess der Reduktion von Fixierungen eine zentrale Rolle spielt. Freiwillige Helfer/-innen und bürgerschaftlich Engagierte spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

3.4.1 Angehörige

Aufklärung und Information der Angehörigen beginnen bereits beim Aufnahmegespräch (Karl-Kaipf-Heim 00:10:06-9; Danuvius Haus k. A.; Haus Berge, 00:27:50-5).

„Wir werden immer Stürze haben, auch immer mehr als andere, weil wir nicht fixieren. Ich denke, da gehört wirklich die Aufklärung der Angehörigen dazu und auch noch mal dass es wirklich ein häusliches Lebensrisiko ist. Wenn ich überlege hier, mit den Glatteisgeschichten, ich habe viele Mitarbeiter die auf dem Weg zum Dienst gestürzt sind. Wir wollen da auch ganz offen bleiben und mit den Angehörigen in Gespräche gehen und überlegen wenn es absolut vermehrt ist, was wir dann tun. Aber das ist nur individuell lösbar.“ (Haus Berge 00:48:37-8)

In Haus Berge haben sich bisher noch keine Angehörigen nach dem Informationsgespräch wegen der strikten 0-Fixierungsstrategie gegen eine Aufnahme entschieden (00:28:06-9).

„Man muss die Angehörigen immer mit einbinden, das ist ganz wichtig. Ihnen muss das Risiko bewusst sein, dass man eingeht, aber auch gegenüberstellt, was für Vorteile, was für eine hohe Lebensqualität der [demenzbetroffene] Angehörige dabei hat. Da haben wir eigentlich nie Probleme gehabt. Vieles wird schon bei der Aufnahme besprochen, gerade wenn es Wegläufer sind oder so, wir nehmen auch Wegläufer auf hier im Haus, obwohl wir keine geschlossene Abteilung haben.“ (Karl-Kaipf-Heim 00:10:01-4)

Individuelle Fallbesprechungen stellen ein zentrales Element der Angehörigenarbeit dar. Sie dienen der Information, der Aufklärung und der Suche nach Lösungen bei problematischen Veränderungen im Verhalten der Bewohner/-innen. (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen; Danuvius Haus 00:03:46-6; Haus Berge 00:43:05-9). Die Anwendung bzw. Vermeidung von Fixierungen ist natürlich auch Thema zahlreicher Fallbesprechungen.

„I: Was hat sich als Hemmnis erwiesen auf ihrem Weg die Fixierung zu vermeiden, wo waren Widerstände oder Probleme zu verzeichnen, die sie bearbeiten mussten?“

B: Wir haben natürlich schon sehr viele Bewohner aus anderen Häusern, die hierher gekommen sind, z.B. eine Dame die in einem anderen Heim in einer Bauchgurtfixierung war, wo wir drei Fallbesprechungen mit den Kindern brauchten um sie zu überzeugen, dass wir das hier nicht brauchen oder dass das Konzept ist, wenn sie sich für dieses Haus entscheiden. Wenn wir sagen: ‚Ihre Mutter ist über Tags im Rollstuhl, sie bekommt einen Laufrollstuhl, da kann sie sich auch bewegen, dann wird sie abends so müde sein, dass sie gut schläft und braucht diesen Bauchgurt nicht.‘ Wir machen auch kein Gitter vor das Bett, sondern das Bett wird auf die niedrigste Stufe gestellt und wir legen eine Matratze davor. ... Diese Angehörigen wurden hinterher die absoluten Verfechter der Nicht-Fixierung.“ (Haus Berge 00:43:11-8)

Letztlich ist es aber auch die Entscheidung der Angehörigen, die meist auch die rechtliche

Betreuung übernommen haben, ob Fixierungen angewandt werden. Sie sind sich ihrer großen Verantwortung bewusst und möchten gerade deshalb keine Risiken (Stürze, Weglaufen) eingehen (Danuvius Haus 00:05:24-3).

„Jeder Mensch hat seine eigenen Ansichten. Wenn der Betreuer sagt, er möchte das nicht, er möchte das Risiko nicht eingehen, möchte nicht, dass die Mutter zum zweiten Mal einen Oberschenkelhalsbruch erleidet und vielleicht auf dem OP-Tisch stirbt, dann muss ich das ja so akzeptieren.“ (Danuvius Haus 00:04:35-4)

Aufgabe der Einrichtung ist es dabei, die Betreuer soweit zu informieren, dass sie befähigt sind, eine Entscheidung zu treffen (Danuvius Haus 00:06:01-2). Dennoch können persönliche, sozial und kulturell bedingte Einstellungen verhindern, dass eine Ent-Fixierung erreicht werden kann, wie das oben bereits ausgeführte Beispiel der Anwendung von Niedrigbetten zeigt (Abschnitt 3.3.1).

Ein weiteres Thema, das im Haus Berge häufiger in Fallbesprechungen verhandelt wird, ist die Frage, welche Einrichtungsgegenstände nützlich und angemessen sind im privaten Bewohnerzimmer. So kann es viel Aufwand für die Mitarbeitenden bedeuten, private Einrichtungsgegenstände, die von anderen Bewohner/-innen „verschleppt“ werden, zu suchen und wieder an ihren Platz zu bringen. Sind bestimmte Gegenstände, z. B. die Fernbedienung des Fernsehers, mit dem Fortschreiten der Demenz für den Bewohner bedeutungslos geworden, so ist es sinnvoll, mit den Angehörigen darüber zu sprechen, diese Gegenstände zu entfernen – auch wenn ihnen so erst schmerzlich bewusst wird, dass die Welt für ihren Angehörigen wieder etwas kleiner geworden ist (Haus Berge 00:40:10-5).

„Andere Probleme tauchen dadurch auf, z.B. wenn man 28 schwerstdeemente Menschen hat, davon sind 20 mobil, ziehen in einer Karawane durch alle Zimmer und wir sagen dann scherzhaft: Man müsste eigentlich eine Kolchose aufmachen, weil der Begriff des Eigentums nicht mehr relevant ist. Das ist aber das Problem der Angehörigen, nicht der Bewohner.“ (Haus Berge 00:10:59-1)

Für jede der drei Einrichtungen gilt, dass Angehörige zu jeder Tageszeit willkommen sind, ggf. sogar einen Schlüssel erhalten, wenn sie erst später am Abend mit dem/r Bewohner/in in die Einrichtung zurückkehren (Haus Berge). Im Karl-Kaipf-Heim gibt es einen Beauftragten für die Belange der Angehörigen, im Danuvius Haus sind alle Mitarbeitenden dafür verantwortlich, sich um die Belange und die Integration der Angehörigen zu kümmern (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen; Danuvius Haus, Fragebogen; Haus Berge, k. A.).

Regelmäßige Angehörigenabende sind selbstverständlich, wobei dort nicht nur über Angelegenheiten der Einrichtung informiert wird, sondern den Angehörigen Angebote gemacht werden, damit sie ihre Situation besser bewältigen können. Im Haus Berge informiert eine externe Fachkraft über die Besonderheiten der dementiellen Erkrankung und lädt Angehörige dazu ein, ihre Situation und ihre Gefühle zu reflektieren (00:34:59-4). Wut, Angst und Trauer, die ansonsten dazu führen, dass Konflikte mit den Mitarbeitenden entstehen, finden hier ein anderes Ventil.

„Ich glaube dass das ein gutes Haus ist. Trotzdem haben wir immer Angehörige die ‚meckern‘, weil sie das nicht aushalten, weil ihre Frau sich ständig nackt auszieht. Weil der Mann, der früher eine Führungsposition bekleidet hat, heute ständig auf der

Suche nach Seidenstrümpfen ist. Das ist nicht aushaltbar: Wohin mit diesem Gefühl? Da kann ich die Pflege anmeckern, wen sonst?! (Haus Berge 00:36:17-6)

Im Karl-Kaipf-Heim erhalten Angehörige Schulungen in Integrativer Validation – sie sind so besser befähigt, mit den Betroffenen zu kommunizieren und können das validierende Verhalten der Mitarbeiter/-innen nachvollziehen (00:13:37-5). Für die Angehörigen ebenfalls hilfreich ist der im Karl-Kaipf-Heim praktizierte allmähliche Übergang vom häuslichen Wohnen zur Umsiedlung in die Einrichtung (s. auch Abschnitt 4.2). Dieser basiert im Idealfall darauf, dass die Einrichtung schon bekannt ist, weil sie bürgerschaftlich ins Gemeinwesen eingebunden ist. Die Tagespflege stellt dann die erste verlässliche Betreuung dar, gefolgt evtl. von Kurzzeitpflege. Der Umzug erfolgt dann in eine bereits bekannte Umgebung. Wenn Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörige sehr stark aufeinander bezogen sind und sich mit der Trennung schwer tun, hilft der durch diese sog. Netzwerkpflege gestaltete Übergang nicht nur dem Erkrankten, sondern auch den pflegenden Angehörigen (Karl-Kaipf-Heim 00:24:27-5).

Die Leitung Haus Berge berichtet, dass Angehörige auch andere Bewohner/-innen zum Tanzvergnügen oder zu Spaziergängen mitnehmen (00:34:09-8). Sie wünscht sich, dass Angehörige die Betreuung der pflegedürftigen Menschen „als etwas Gemeinsames“ begreifen, bei dem es nicht nur um den oder die jeweils einzelne/n Bewohner/in geht (00:59:22-6).

Alle befragten Einrichtungen betonen, dass eine gute Integration der Angehörigen sehr wichtig ist. Die Einbindung der Angehörigen ist „das A und O“ einer gelingenden Entfixierung (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen; Danuvius Haus, Fragebogen; Haus Berge 00:35:27-7). Im Haus Berge arbeiten in den Qualitätszirkeln für ein spezialisiertes Qualitätsmanagement für die Betreuung von Menschen mit Demenz Angehörige mit: *„Wir sind hier schon gläsern“* (Haus Berge 00:35:27-7). Diese Transparenz, die auch durch Aufklärung und viele Gespräche hergestellt werden muss, ist wichtig denn *„... nur wenn eine vertrauensvolle, enge Beziehung besteht und die Angehörigen gut informiert werden, können Entscheidungen getroffen werden, die alle Beteiligten mittragen können (z. B. Risiken in Kauf nehmen – Stürze!)“* (Danuvius Haus, Fragebogen).

Darüber hinaus seien Bewohner/-innen sensibel für Konflikte in der Beziehung zwischen Einrichtung und Angehörigen (Danuvius Haus, Fragebogen). Verantwortung und Risiko gemeinsam zu tragen und Verständnis und Akzeptanz für das Handeln der Einrichtung zu vermitteln sind das Ziel einer gelingenden Angehörigenarbeit im Rahmen der Reduzierung von Fixierung (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen).

3.4.2 Bürgerschaftlich Engagierte

Bürgerschaftlich Engagierte spielen in den drei befragten Einrichtungen keine besondere Rolle für die Vermeidung und Reduzierung von Fixierungen. Sie unterstützen und begleiten aber eine Vielzahl von Aktivitäten in den Einrichtungen, die allen Bewohner/-innen zugute kommen.

Tabelle 5: Integration von bürgerschaftlich Engagierten (BE)

	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
Konzept / Beauftragte für BE	k.A.	im Betreuungskonzept enthalten	Mitarbeiter/-innen der Tagespflege
Anzahl BE / Anzahl BE, die vorrangig zur Vermeidung von Fixierungen eingesetzt werden	2 / -	30 / -	ca. 35 / -
BE Stunden pro Woche / BE Stunden pro Woche zur Vermeidung von Fixierung	ca. 15 / -	29 / -	wird nicht erfasst

Das Tätigkeitsspektrum der freiwillig Helfenden (auch Freiwillige im sozialen Jahr und Praktikant/-innen) ist weit gespannt. Zentrales Element ist Ansprache und Begleitung der Bewohner/-innen (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen). Ehrenamtliche helfen dabei, Mahlzeiten anzureichen und einzugeben, was von den Befragten sehr geschätzt wird, weil diese Aufgabe sehr personal- und zeitintensiv ist, gleichzeitig aber die Lebensqualität derjenigen, die nicht mehr selbstständig essen können, entscheidend verbessert wird durch ruhige und geduldige Unterstützung bei den Mahlzeiten (Danuvius Haus . 00:21:51-1, Karl-Kaipf-Heim 00:46:12-7).

Mit weniger schwer beeinträchtigten Personen backen, kochen, spielen, singen und basteln die Freiwilligen. Sie begleiten die Bewohner/-innen zum Gottesdienst, zum Arzt oder bei Ausflügen, organisieren und helfen bei Festen oder regelmäßigen Café-Treffs und bieten künstlerische Aktivitäten an (Haus Berge 00:32:33-1; Karl-Kaipf-Heim 00:26:10-0).

Angebote, die im engeren Sinn zur Reduzierung von Fixierung beitragen, dienen der Kräftigung des Muskelapparates und der Stärkung des Gleichgewichts. So arbeitet in Haus Berge eine Gymnastiklehrerin im Ruhestand mit den Bewohner/-innen (00:31:51-2); alle der dort tätigen Freiwilligen sind in das begleitete Gehen, also Spaziergängen in- und außerhalb des Hauses einbezogen (00:21:41-8). Ein monatlich regelmäßiges Tanzvergnügen regt zur Bewegung an, kräftigt und beugt Gleichgewichtsstörungen vor – und kann insofern auch zur Vermeidung von Stürzen beitragen (Haus Berge 00:33:44-4).

Die Leitung des Danuvius Haus gibt zu Bedenken, dass eine kontinuierliche Präsenz in den Gruppen wichtig ist für die Begleitung der Bewohner/-innen, ehrenamtlich Engagierte würden hier zuviel Wechsel bringen (00:22:56-2). Außerdem sei eine gründliche Begleitung der Ehrenamtlichen in diesem Bereich sehr zeitaufwändig und deshalb nicht zielführend.

3.5 Probleme mit der Reduzierung von körpernaher Fixierung

Im Rahmen der schriftlichen und telefonischen Befragung wurde nach dem Mehraufwand gefragt, den eine 0-Fixierungsstrategie mit sich bringt und mit welchen Hindernissen die Einrichtungen zu kämpfen hatten. Auch interessierte in diesem Zusammenhang, welche Problematiken gerade dadurch auftreten, dass nicht mehr fixiert wird und wie mit ihnen umgegangen wird und welche Situationen nicht ohne eine Fixierung zu lösen sind.

3.5.1 Hindernisse und Mehraufwand

Keine der drei befragten Einrichtungen berichtete von Hindernissen, die zu überwinden gewesen wären. Das Thema „Mehraufwand“ nimmt dagegen einen beträchtlichen Raum ein. Das Danuvius Haus nennt als Grund für den Mehraufwand, dass „die Tagesstruktur ‚gepflegt‘ und ‚kontrolliert‘ werden muss“ (Fragebogen). Oben (Abschnitt 3.3.5) wurde schon deutlich, dass es eine nicht unerhebliche Anforderung darstellt, die Tagesstruktur gleichzeitig verlässlich und flexibel für sich ändernde Bedürfnisse zu gestalten.

Weiter entsteht ein immenser finanzieller Aufwand durch die Anschaffung von Niedrigbetten und Sensormatten. Hier kann im Danuvius Haus nicht alles angeschafft werden, was wünschenswert wäre (z. B. fehlt eine vierte Sensormatte), weil es sich um eine kleine Einrichtung handelt und viel in die Personalstruktur investiert wird (00:07:03-4, s. auch Abschnitt 3.1). Hier wäre es günstiger gewesen, von Beginn an mehr Niedrigbetten und Sensormatten anzuschaffen.

Von allen Einrichtungen wird angegeben, dass zeitlicher Mehraufwand für die Reduzierung von Fixierung anfällt – wobei im Fragebogen vom Karl-Kaipf-Heim betont wird: *„momentaner Mehraufwand kompensiert sich auf Zeit“* und *„die Pflegequalität läuft auf einem höheren Niveau“*.

Der zeitliche Aufwand entsteht durch Fallbesprechungen (inkl. Vor- und Nacharbeit), Gespräche mit Angehörigen⁸ sowie längere Schicht- und Überlappungszeiten (Danuvius Haus, Fragebogen; Haus Berge 00:44:03-5; Karl-Kaipf-Heim 00:05:33-4).

Darüber hinaus kostet es viel Zeit, Ordnung in der Einrichtung zu halten und verschwundene Dinge zu suchen (Haus Berge 00:40:10-5). Die Bewegungsfreiheit der Bewohner/-innen bringt es mit sich, dass Einrichtungsgegenstände und persönliches Eigentum der Bewohner/-innen von ihrem Platz weggenommen und an anderen Stellen deponiert werden.

„I: Was würden sie sagen sind Mehraufwände, die entstanden sind durch den Verzicht auf Fixierung?“

B: Die Aufklärung der Angehörigen und das Suchen nach verschwundenen Dingen. Mit schwerst demenzerkrankten Menschen sind, ich sag mal, 10 die in jedem anderen Haus an Armen, Beinen und Bauch gegurtet wären, diese gehen hier völlig selbstbestimmt von A nach B. Sie gehen aber durch jedes Zimmer und nehmen alles mit, was nicht niet- und nagelfest ist. Wir haben jetzt schon so Drehknäufe an die Türen gemacht, aber das kriegen sie ja auch mit und es gibt so Dinge wie, dass deutlich mehr Gegenstände kaputt gehen, also Einrichtungsgegenstände und dass solche Menschen all ihre Anzihsachen woanders ablegen. Wir sind hier wirklich damit beschäftigt Dinge zu suchen. Hört sich ganz banal an, aber es ist ein unendlicher Aufwand und ein unendlicher Aufwand mit den Angehörigen zu sprechen, wenn sie ihrer Mutter einen Fernseher ins Zimmer stellen. Sie schaut kein Fernseher mehr, weil wir dreimal am Tag die Fernbedienung suchen.“ (Haus Berge 00:40:10-5)

Mehraufwand entsteht auch dort, wo Menschen, die ununterbrochen unterwegs sind, das Essen beim Gehen angereicht wird. Dies ist nur ein Beispiel für den deutlich höheren Betreuungsbedarf, der ohne Fixierung entsteht (Haus Berge 00:42:06-2).

⁸ Angehörige sind auch Teilnehmende bei Fallbesprechungen.

Wie oben schon ausgeführt wurde (Abschnitt 3.3.5) ergibt sich nicht nur in zeitlicher oder finanzieller Hinsicht ein Mehraufwand durch den Verzicht auf Fixierungen, sondern die Anforderungen an das Personal sind insgesamt höher. Sie resultieren aus der hohen Verantwortlichkeit und dem stetigen Reflektionsprozess, die erforderlich sind (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen).

3.5.2 Problematische Situationen

Die bisher dargestellten Alternativen zur körpernahen Fixierung fokussieren auf Sturzprophylaxe und das Verhindern des Weglaufens von Bewohnern/-innen. Die folgende tabellarische Übersicht zeigt, welche problematischen Situationen in den Einrichtungen vorkommen und wie sie damit umgehen (Fragebogen):

Tabelle 6: Problematische Situationen ohne Fixierung lösen

Problematische Situationen ...	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
	... und der Umgang damit:		
Entfernen medizinischer Hilfsmittel	kommt nicht vor	kommt wenig vor; wenn Infusionsständer nötig sind, dann werden sie in den frühen Morgenstunden angewendet, so dass sich kein anderer daran zu schaffen macht	Notwendigkeit überprüfen → evtl. selbst entfernen Ursache der Ablehnung des Hilfsmittels finden → Störung beseitigen Evtl. gemeinsam mit Angehörigen / Arzt entscheiden, ob es ein mutmaßlicher Wille ist (Behandlungsabbruch)
Weglaufen (s. auch Abschnitt 3.3.4)	Präsenz, Architektur	Treppenhaus-Codierung, Foto am Empfang	begleiten → validieren → neu orientieren
Stürze (s. auch Abschnitt 3.3.1)	Sturzrisikoerfassung im Vorfeld notwendige Maßnahmen ergreifen Protokolle aller Gespräche mit Betreuer und Ärzten	u. a.: Rate an Frakturen niedrig halten; Kooperationen in Qualitätsnetzwerken;	Individuelles Risiko erfassen → Ressourcen stärken → Hilfsmittel beraten → empfehlen und anwenden, Wohnraumanpassung überdenken
Andere Formen von Eigengefährdung	kommt nicht vor	kommt nicht vor	kommt nicht vor

Problematische Situationen ...	Danuvius Haus	Haus Berge, Essen	Karl-Kaipf-Heim, Herbrechtingen
	... und der Umgang damit:		
Herausforderndes Verhalten	derzeit Schubsen: Fallbesprechungen, Beschäftigung („Sinn geben“), Zuwendung	Rufen, Klatschen, Zähne knirschen, andere Personen mit dem Rollstuhl an die Wand fahren: gute Kenntnis der Bewohner/-innen und Erfahrung, Tischordnung anpassen	Schlagen anderer Bewohner: Umgang damit: Arzt und Angehörige zur Fallbesprechung einladen → evtl. Facharzt hinzuziehen, Medicochtail von Apotheker überprüfen lassen

Die Einrichtungsleitung in Haus Berge betont, dass die Vermeidung von Fixierung zwangsläufig sehr viele Stürze mit sich bringe (00:14:34-1, s. auch Abschnitt 3.3.1). Im Karl-Kaipf-Heim wurde die Beobachtung gemacht, dass nach einer Phase des besseren Erhalts von Kraft, Beweglichkeit und Gleichgewicht (ohne Fixierung) im weiteren Verlauf alters- und krankheitsbedingt Stürze und Verletzungen zahlreicher werden (00:01:39-1).

„Die Stürze kommen später, meinem Gefühl nach“(Karl-Kaipf-Heim 00:01:59-9)

„Die Leute sind dann einfach kognitiv nicht mehr in der Lage, Muskel und Gleichgewicht einzusetzen, bewegen sich trotzdem, leben ihren Bewegungsdrang aus und irgendwann stürzen sie dann.“(Karl-Kaipf-Heim 00:02:21-3)

3.5.3 Nicht ohne körpernahe Fixierung zu bewältigen

Zur Frage, ob eine Einrichtung ganz ohne Fixierung arbeiten kann, gibt es unterschiedliche Einstellungen. Im Danuvius Haus hält man dies für kaum möglich (00:05:46-2).

„Man kommt irgendwann an den Punkt, ja, man muss ja immer abwägen, wenn dann die Lebensqualität und die Schmerzen und die Risiken so groß sind, dass dann doch das andere das kleinere Übel ist.“(Danuvius Haus 00:05:46-2)

Es ist dort das Ziel, möglichst wenig Fixierungen einzusetzen, wobei dies manchmal schwierig umzusetzen war, da das Danuvius Haus als spezialisierte Einrichtung Menschen aufnimmt, die in anderen Einrichtung wegen schwieriger Verhaltensweisen nicht mehr leben konnten (00:01:10-3). Im Danuvius Haus konnte die Anzahl der fixierten Bewohner/-innen von 12 auf 5 gesenkt werden. Wenn doch fixiert wird, dann weil die gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten darauf bestehen – sie möchten kein Risiko eingehen. Auch mehrmalige, schwere Verletzungen (Kopfwunden, Frakturen), die trotz Schutzmaßnahmen eingetreten sind, haben dazu geführt, dass Bewohner/-innen fixiert werden (Danuvius Haus, Fragebogen).

Zwei der fixierten Bewohner/-innen bleiben nicht sitzen, auch nicht in unmittelbarer Gegenwart einer Präsenzkraft und haben sich beim Versuch, aufzustehen, schon schwere Verletzungen zugezogen („man dreht sich um in der Küche, die stehen auf und stürzen“). Eine der Bewohner/-innen ist mit einem Gurt fixiert, die andere mit einer anatomischen Sitzhose am Rollstuhl, die die Gurte an den Beinen durchführt. So rollen beide selbstbestimmt durch das Haus und erreichen alle Orte, die sie möchten. Die Alternative wäre, diese Personen dazu zu

bewegen auf einem Stuhl sitzen zu bleiben – da sie ja direkt beim Aufstehen stürzen würden (00:19:55-1). Drei weitere Fixierungen sind Bettgitter. Hier wird zunächst versucht, mit einem niedrigen Bett oder einer Sensormatte zu arbeiten. Allerdings ist im Moment eine Sensormatte zu wenig vorhanden (hohe Anschaffungskosten, s. oben). Eine Sensormatte nütze dann allerdings nichts mehr, wenn jemand aus dem Bett aufsteht und sofort stürzt (00:21:10-8).

In Haus Berge wurde – dem Gründungsgedanken entsprechend – noch nie eine Fixierung eingesetzt (00:06:25-3). Eine Ausnahme bilden einige Bettgitter, die auf Wunsch noch soweit orientierter Bewohner/-innen angebracht waren oder mit richterlicher Genehmigung in Ruhe- und Nachtzeiten.

Weiter müssen für einige Bewohner, die sehr viel in Bewegung sind, Situationen geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, ihre Mahlzeiten einzunehmen und auszuruhen. So wird z. B. ein sturzgefährdeter Bewohner (Sehschwäche, psychiatrisch verändert, fehlende Kraft in den Beinen) über Mittag zum Essen und Ausruhen für ca. 2 Stunden in einen Cosy-Chair transferiert, aus dem er selbst nicht wieder aufstehen kann. Solange er in diesem Sessel sitzt bzw. liegt, ist er aber nicht allein (Haus Berge 00:28:52-4). Andere Bewohner, die zu erkennen geben, dass sie diese Liegesessel nicht akzeptieren, werden nicht hineingelegt (00:29:42-6). Eine Bewohnerin, die sehr viel läuft, aber nicht während des Gehens isst, wird nun zu den Essenszeiten in einen Fixierstuhl mit Stecktisch („Geri-Stuhl“) gesetzt – nach mehreren anderen Versuchen, sie zum Essen zu bewegen (00:44:58-0).

Im Karl-Kaipf-Heim waren 7 Bewohner fixiert, jetzt sind es noch zwei (Fragebogen). Dabei handelt es sich um Bewohner, die nicht mehr mobil sind. Der angebrachte Stecktisch wird nicht als Einschränkung empfunden, sondern ist praktikabel am Rollstuhl. Nur im Akutfall bei psychischen Erkrankungen, oder bei einer akuten Gefahr für Mitbewohner oder Eigengefährdung würde im Karl-Kaipf-Heim fixiert werden (Fragebogen).

4 Fazit

4.1 Zentrale Grundsätze, besonders wirksame Maßnahmen

Jede Einrichtungen wurde danach befragt, welche Maßnahmen sich als besonders wirksam erwiesen haben im Prozess der Reduzierung von Fixierungen. Dabei wurden die folgenden Aspekte genannt⁹, die zusammen mit den im nächsten Abschnitt genannten Empfehlungen als Fazit dienen.

- **Fallbesprechungen** und **Fortbildungen** sind wichtig, „... *um sich immer wieder bewusst zu machen, um was es eigentlich geht, um die Menschen*“ (Danuvius Haus 00:26:48-9).
- **Angehörige intensiv mit einbeziehen**, sie nicht als Störfaktor betrachten. Sie gehören zum Prozess mit dazu (Danuvius Haus, Fragebogen; Haus Berge 00:35:27-7). Es geht dar-

⁹ Wird eine Maßnahme nur von einer oder zwei der Einrichtungen genannt, so bedeutet das nicht, dass sie in den anderen nicht verwirklicht wird, sondern nur dass sie an dieser Stelle nicht genannt wurde.

um, sehr ehrlich, sehr offen, sehr transparent mit der Thematik umzugehen, gerade auch weil es Angehörigen schwer fällt, die psychische Veränderung des demenzerkrankten Menschen zu akzeptieren. Angehörige sollten lernen, abweichende Verhaltensweisen zuzulassen und zu begleiten und ihnen nicht durch Fixierung zu begegnen (Haus Berge 00:58:20-5).

- Gute **fachärztliche Betreuung** (Psychiatrie, Neurologie) und intensive Kontrolle der Medikation (Danuvius Haus, 00:27:53-3).
- **Haltung** der Mitarbeiter zu Risiken und Rückendeckung durch die Leitung für die 0-Fixierungsstrategie. Durch das Aufeinandertreffen von Menschen mit Demenz kann hohes Konfliktpotential entstehen.

„Das A und O ist, dass die Mitarbeiter wissen, sie haben Rückendeckung und sie kriegen Rückhalt - auch wenn da mal wirklich was passiert. Der eine schüttet dem anderen heißen Kaffee irgendwo hin, so Dann denke ich immer: Klar, ich kann sie alle anbinden in ihren Zimmern, dann haben Sie einen toten Wohnbereich.“ (Haus Berge 00:57:57-1)

- Bodennahe Pflege und technische Überwachung. Diese Maßnahmen der **Sturzprophylaxe** geben dem Personal die Sicherheit der Risikoreduzierung (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen).
- **Integrative Validation** als Instrument, um mit Verhaltensauffälligkeiten umzugehen (Karl-Kaipf-Heim, Fragebogen).
- Feste **Tagesstruktur**, Rituale, feste Abläufe, detaillierter Pflegeplan, Präsenz in den Wohngruppen und eine Umgebung, in der sich die Menschen wohl fühlen. Dadurch werden die Bewohner ruhiger, fühlen sich sicher und geborgen und ihr Bewegungsdrang nimmt ab (Danuvius Haus, Fragebogen). Im Karl-Kaipf-Heim ist die Tagespflege der Kern der Betreuungsstruktur, die als Netzwerkpflege mit den Elementen Essen-auf-Rädern, Hausnotrufsystem, Tagespflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege aufgebaut ist. (Karl-Kaipf-Heim, 00:21:53-5). Von der Tagespflege geht die Gestaltung der Tagesstruktur und der Beschäftigungsangebote aus, so dass zukünftige Bewohner schon vertraut sind damit, bevor sie in die Einrichtung ziehen und entsprechend weniger desorientiert sind (00:24:27-5)

4.2 Empfehlungen an andere Einrichtungen

Auf die Frage, was anderen Einrichtungen für den Einstieg in die Reduzierung von Fixierung empfohlen werden kann, antwortet zunächst die Einrichtungsleitung des Danuvius Haus:

„Schwierig ... das eine ist, denke ich, auch mal was wagen, kreativ sein.“ (Danuvius Haus 00:25:59-5)

Haus Berge empfiehlt, von Anfang an die Mitarbeiter/-innen der Einrichtung im Prozess mitzunehmen. So werden die Ideen der Einrichtungsleitung nicht als in sich abgeschlossen und von außen bzw. oben kommender Einfluss erlebt, der nur noch umgesetzt werden kann. Neue Ideen werden im Team vorgestellt, diskutiert und gemeinsam Wege der Umsetzung gesucht. Dies schafft gemeinsame Erfolgserlebnisse. Die bereits als zentral genannten Aspekte sind von Anfang zu beachten: Organisationsentwicklung top-down, Angehörigenarbeit, gute fach-

ärztliche Unterstützung. Darüber hinaus wird eine gute Ausleuchtung empfohlen und Hüftthosen als Standard für alle Bewohner/-innen durch das Haus zu stellen (Haus Berge 00:57:08-6).

Das Karl-Kaipf-Heim macht auf einen weiteren Punkt aufmerksam, den Einrichtungen, die am Einstieg zur Reduzierung von Fixierung stehen, beachten sollten. Gleichzeitig kann dieses längere Zitat als Schlusswort für den Bericht stehen:

„Wenn die Einrichtungen ganz am Anfang stehen, dann sollen sie auf keinen Fall die Bauchgurte entfernen bei den Bewohnern, die einen Bauchgurt haben. Weil diese nicht gewöhnt sind, dass sie – wenn sie entfixiert sind – dass sie aufstehen können. Man sollte anfangen bei den Bewohnern, die man neu aufnimmt. Zuerst mal ein gutes Aktivierungsprogramm – sie müssen den Bewohnern eine Struktur geben, das muss die Woche über, den Tag über immer gleichmäßig ablaufen. Dann kriegen die Bewohner Sicherheit in dieser Struktur, haben weniger Verhaltensauffälligkeiten, dürfen sich frei bewegen.

Sie [die Pflegenden] sollten keine Angst haben – also, mir geht es manchmal selbst noch so – dass Bewohner derart wacklig und gangunsicher sind ... dann vergessen sie ihren Gehwagen und der steht dann woanders und sie sind ohne unterwegs. Aber, die fallen nicht – komischerweise. Sie trainieren durch ihre Freiheit ihren Gleichgewichtssinn und die Muskulatur selbst – soweit sie sich auftrainieren lässt.

Und in einem späteren Stadium, eben am Schluss, da kommt es durchaus zu Stürzen, da lässt die Muskulatur und die Kraft dann irgendwann nach. Dann kommt es vermehrt zu Stürzen, aber das muss man dann hinnehmen. Da geht es dann über in eine Immobilität, in eine ganz normale Immobilität. Aber eben zu einem späteren Zeitpunkt. Der Bewohner hat länger mehr Lebensqualität und ... wir würden ihn mit der Fixierung schon sehr viel früher in die Immobilität führen.“(Karl-Kaipf-Heim 00:42:05-3)

5 Literatur- und Quellenverzeichnis

Held, Christoph; Ermini-Fünfschilling, Doris (2004): Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit. 2. vollst. erneuerte und erweiterte Auflage, Basel u.a. Orte

Klie, Thomas (2002): Ethik und Demenz. In: Klie, Thomas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover

Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas (2006): Risiko-Management in der stationären Pflege. Ein Leitfaden zu Methodik und Praxis im Umgang mit Pflegerisiken. Unter Mitarbeit von Monika Nirschl, Ulrike Huber und Jürgen Ruopp. Reihe: vorgestellt des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe, Köln

Projektgruppe ReduFix (2007): ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Vincentz Network Hannover, Reihe Powerbooks, Altenpflege Bibliothek

Weyerer, S. et al. (2005): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Hf. 2/2005, S. 85 -94. Darmstadt.

Weyerer, S. et al. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart.