

Dipl. Psych. Wolfgang Gmür

Ringseisstraße 8
80337 München
Tel. 089/5435977-0
Fax 089/5435977-9
Internet: www.ipp-muenchen.de
E-Mail: info@ipp-muenchen.de

Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen in Münchner Altenpflegeheimen im Zusammenhang mit der Heiminternen Tagesbetreuung (HIT)

Darstellung einer quantitativen Erhebung über 1005 BewohnerInnen in
34 Einrichtungen

München 2005

Vorwort

Die vorliegende Studie wurde im Auftrag des Amtes für Soziale Sicherung - Sozialreferat - der Landeshauptstadt München durchgeführt. Sie ergänzt die qualitative Evaluation der Heiminternen Tagesbetreuung in Münchner Altenpflegeheimen, die wir im Frühjahr 2005 abgeschlossen haben.

Mit dieser Erhebung war ein hoher Aufwand für die MitarbeiterInnen der HIT und ihre Einrichtungen verbunden. Für dieses Engagement möchte ich mich bedanken. Ich bin zuversichtlich, dass diese Zeitinvestition sich letztlich auch für die NutzerInnen der HIT auszahlt.

Für den vorliegenden Bericht konnten nicht alle Informationen ausgewertet werden, die wir erhoben haben. Weitergehende Analysen dürften Hinweise darauf geben, wie die HIT noch wirksamer werden kann. Deutlich wird jedoch, dass die HIT erheblich zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beiträgt.

München, im September 2005

Wolfgang Gmür

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangspunkte und Anlage der Untersuchung	3
2. Zusammenfassung der Ergebnisse	6
3. TeilnehmerInnen und Angebotsformen der HIT	8
3.1. TeilnehmerInnen	8
3.2. Die Angebote der HIT: Gruppenbetreuung wird durch Einzelbetreuung ergänzt	11
4. Häufigkeit freiheitsentziehender und freiheitseinschränkender Maßnahmen (FeM) vor der Inanspruchnahme der HIT	12
Exkurs: Legitimation freiheitsentziehender Maßnahmen	13
5. Reduzierung mechanischer freiheitseinschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen im Zusammenhang mit der Heiminternen Tagesbetreuung	17
5.1. Gesamtschau	17
5.2. Bettgitter als freiheitseinschränkende Maßnahme	18
5.3. Fixieren im Stuhl mit Bauchgurt	20
5.4. Fixieren im Stuhl mit Vorsatztisch	21
5.5. Zurückhalten durch MA	22
5.6. Sonstige freiheitseinschränkende Maßnahmen	23
5.7. Fixieren im Bett	23
6. Anwendung von Medikamenten mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung	25
6.1. Verordnung von Psychopharmaka	25
6.2. Veränderungen in der Gabe von Medikamenten.....	26
7. Ansatzpunkte für weitere Entwicklungen der Heiminternen Tagesbetreuung....	28
Anhang	29

1. Ausgangspunkte und Anlage der Untersuchung

Die vorliegende empirische Untersuchung ergänzt die 'Evaluation der Heiminternen Tagesbetreuung in Münchner Altenpflegeheimen' (Gmür 2005) um quantitative Daten.

Einer der Ausgangspunkte der vorliegenden Studie bestand in der Feststellung von Klie u.a. (2002)¹, dass auch in Münchner Altenpflegeheimen mechanische freiheits-schränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen in einem erheblichen Umfang angewendet werden. Bezogen auf die Heiminterne Tagesbetreuung (HIT) wurde von Klie u.a. folgende Vermutung geäußert: "Da sich das Programm eher an mobile demente BewohnerInnen richtet, ist ein direkter Einfluss auf die mechanischen freiheitsentziehenden Maßnahmen eher unwahrscheinlich."(o.a. S. 9).

Dass diese Vermutung zurückzuweisen ist, konnte auf der konzeptionellen und qualitativ empirischen Ebene bereits im Bericht über die 'Evaluation der Heiminternen Tagesbetreuung in Münchner Altenpflegeheime' gezeigt werden. In einem weiteren Schritt ging es in der vorliegenden Studie um eine quantitative Erfassung der Auswirkungen der HIT auf mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM). Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit sich durch die HIT positive Effekte bei der Reduzierung von Psychopharmaka ergeben.

Fragebogenentwicklung und Organisation der Befragung

Um diese Fragen zu beantworten, wurde in Zusammenarbeit mit dem Amt für Soziale Sicherung ein personenbezogener Fragebogen entwickelt, der für jede TeilnehmerIn der HIT ausgefüllt werden sollte. Dieser Fragebogen (vgl. Anlage) enthielt vier Themenkomplexe:

- **Personenbezogene Informationen** (Geschlecht, Alter, Bestellung einer Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen BetreuerIn, Belastungen durch Demenz, kognitive Beeinträchtigung, Verhaltensauffälligkeiten, Sturzgefährdung, Weglauftendenz sowie als offene Kategorie Anlass und Initiative für die Aufnahme in der HIT und zugrunde liegende Diagnose)
- **Anwendung von FeM vor Aufnahme in der HIT** (Art der mechanischen FeM,

¹ Klie, T. & Pfundstein, T. (unter Mitarbeit von Elisabeth Molter – Bock)(2002): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der evangelischen Fachhochschule Freiburg.

Häufigkeit und Zeitpunkt der Anwendung, Angaben darüber, wer die Maßnahme legitimierte, sowie entsprechende Informationen zu Medikamenten mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung)

- **Angaben über Reduzierungen in der Anwendung von FeM und in der Medikation** (offene Fragen was sich verändert hat sowie eine differenzierte Abfrage zur Situation während der Teilnahme an der HIT)
- **Förderung durch die HIT** (An welchen Angeboten der HIT nehmen die BewohnerInnen teil? Angaben zur durchschnittlichen wöchentlichen Betreuungszeit)

Im Februar 2005 wurden an alle 36 Altenpflegeeinrichtungen, die eine Heiminterne Tagesbetreuung anbieten, jeweils 40 bewohnerbezogene Fragebogen versandt. Diese Fragebogen sollten für jede BewohnerIn, die aktuell Angebote der HIT nutzte, von den Fachkräften ausgefüllt werden.

In Begleitschreiben des Amtes für Soziale Sicherung und des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung wurden die Intention der Befragung erläutert, die Anonymität der Ergebnisse zugesichert und um eine aktive Mitwirkung gebeten.

In der Organisation der Befragung unterstützten wir das Ziel, verbindliche und zuverlässige Antworten zu erhalten, durch verschiedene Vorgehensweisen:

- Die Anschreiben richteten sich sowohl an die Leitungen der Häuser als auch an die MitarbeiterInnen der HIT.
- Die Antwortschreiben wurden von den Heimleitungen und den MitarbeiterInnen der HIT verantwortet.
- Alle Einrichtungen sollten uns AnsprechpartnerInnen für Rückfragen nennen.
- Die Einrichtungen wurden gebeten, durch eine einrichtungsinterne Dokumentation, anonyme Antworten auf mögliche Rückfragen zu einzelnen BewohnerInnen zu ermöglichen.
- In einem Informationsgespräch am 7. März 2005, zu dem die MitarbeiterInnen der HIT und Leitungskräfte eingeladen waren, wurden die Ziele der Untersuchung und der Fragebogen zusätzlich erläutert.

Rücklauf, Datenqualität und Auswertung

Um eine möglichst breite Datenbasis zu erhalten, berücksichtigten wir Fragebogen, die bis zum Juli 2005 bei uns eingegangen sind. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten wir von 34 Einrichtungen 1005 Fragebogen zu BewohnerInnen erhalten, die dort an den Angeboten der Heiminternen Tagesbetreuung teilnehmen. Lediglich zwei Einrichtungen konnten bis zu diesem Zeitpunkt keine ausgefüllten Fragebogen liefern. Damit handelt es sich nahezu um eine Vollerhebung zu den BewohnerInnen, die die Angebote der HIT in München nutzen. Eine derartig breite empirische Basis zu diesem Thema liegt anderweitig nicht vor.

Die Aussagekraft und Gültigkeit der Daten ist nach unseren Analysen als sehr hoch einzuschätzen. Die Angaben sind in sich schlüssig, wie die Korrelationen zwischen vergleichbaren Variablen zeigen. Die offenen Fragen wurden sorgfältig und vermutlich mit hohem Zeitaufwand beantwortet. Insgesamt wurde bei der Auswertung deutlich, dass auch kritische Aspekte ohne Vorbehalte genannt wurden. Insgesamt basieren die folgenden Ausführungen auf einer breiten, soliden und verlässlichen empirischen Basis.

Die Angaben aus den Fragebogen wurden in eine Datenbank eingegeben und mit einem Statistikprogramm ausgewertet. Die folgenden Darstellungen basieren im Wesentlichen auf einer beschreibenden Statistik. Weitergehende explorative Analysen wurden aus zeit- und kostenökonomischen Gründen nur bei einzelnen Fragestellungen durchgeführt.

2. Zusammenfassung der Ergebnisse

- In den 34 Einrichtungen, die sich an dieser Erhebung beteiligt haben, nutzen 1005 BewohnerInnen die Heiminterne Tagesbetreuung (HIT). Diese BewohnerInnen sind zu einem Großteil zwischen 80 und 95 Jahre alt. 85,7 % sind Frauen.
- Die HIT bietet diesen Menschen sowohl Gruppenangebote als auch Einzelfallunterstützung. 909 BewohnerInnen nehmen Gruppenangebote wahr. Davon erhalten 301 Personen zusätzlich eine individuelle Unterstützung. 73 BewohnerInnen werden nur individuell unterstützt.
- Die vielfältigen Belastungen der Zielgruppe werden beschrieben als dementielle Problematik (85,1 % der TeilnehmerInnen), Sturzgefährdung (73,7 %), kognitive Beeinträchtigung (66,2 %), Verhaltensauffälligkeiten (43,7), depressive Symptomatik (16,4%) sowie als diverse organische und hirnorganische Krankheiten.
- Von den 1005 BewohnerInnen waren 483 (48,1 %) von einer/ oder mehreren mechanischen FeM betroffen, bevor sie die Angebote der HIT nutzten. Die Schwerpunkte lagen bei Bettgittern (369 bzw. 36,7 %), gefolgt von FeM im Stuhl (Bauchgurt bzw. Vorsatztisch) bei 125 BewohnerInnen (12,6 %).
- In Zusammenhang mit der Heiminternen Tagesbetreuung in Münchner Altenpflegeheimen kann bei 166 der 481 von FeM betroffenen BewohnerInnen (34,4 %) eine deutlich reduzierte Anwendung dieser Maßnahmen festgestellt werden.
- Besonders deutlich ist diese Reduzierung während der Teilnahme an der HIT. Hier kann bei 303 BewohnerInnen auf diese Maßnahmen verzichtet werden. Das entspricht einem Prozentsatz von 62,7 %.
- Während die Anwendung von mechanischen FeM relativ eindeutig rekonstruiert werden kann, befindet man sich in einer Grauzone, wenn es darum geht, die Verabreichung von Medikamenten, die einen potentiell freiheitseinschränkenden Charakter haben, zu bewerten. Die Verordnung von Medikamenten erfolgt grundsätzlich immer aus therapeutischen Gründen. Demzufolge kann die HIT hier nur zu einer Reduzierung der Medikation beitragen, wenn sich die Symptomatik der BewohnerInnen verbessert oder als weniger problematisch eingeschätzt wird. Mehr Spielräume ergeben sich bei der Bedarfsmedikation, die nicht gegeben werden muss.

- Auch bei Psychopharmaka ist jedoch eine deutliche Wirksamkeit der HIT erkennbar: bei 221 von 480 Personen (46,0 %), die mindestens ein Psychopharmakon erhalten haben, konnte die Medikation reduziert werden. Mit 57,9 % (95 von 164) war dieser Prozentsatz bei Personen, die eine Bedarfsmedikation erhalten, sogar noch höher.
- Die konzeptionelle Erweiterung der HIT um differenzierte Einzelbetreuung macht sich auch bei den Auswirkungen auf die Reduzierung von FeM bemerkbar. Bei BewohnerInnen, die ausschließlich eine Einzelbetreuung durch die HIT erhalten, wird in 35,6% der Fälle eine Reduzierung von FeM beschrieben und in 19,2% der Fälle eine Reduzierung in der Medikation mit Psychopharmaka.
- Zusammenfassend kann auf einer breiten empirischen Basis festgestellt werden, dass die Heiminterne Tagesbetreuung zu einer deutlichen Reduzierung sowohl bei FeM als auch bei der Verabreichung von Psychopharmaka beiträgt.

3. TeilnehmerInnen und Angebotsformen der HIT

3.1. TeilnehmerInnen

Zahl der BewohnerInnen, die die HIT nutzen

In den 34 Einrichtungen, die an unserer Untersuchung mitgewirkt haben, wurden Fragebogen für insgesamt 1005 BewohnerInnen ausgefüllt.

Die Zahl der TeilnehmerInnen an der HIT variiert zwischen 5 und über 100. In den meisten Einrichtungen werden zwischen 15 und 40 BewohnerInnen betreut.

Geschlecht

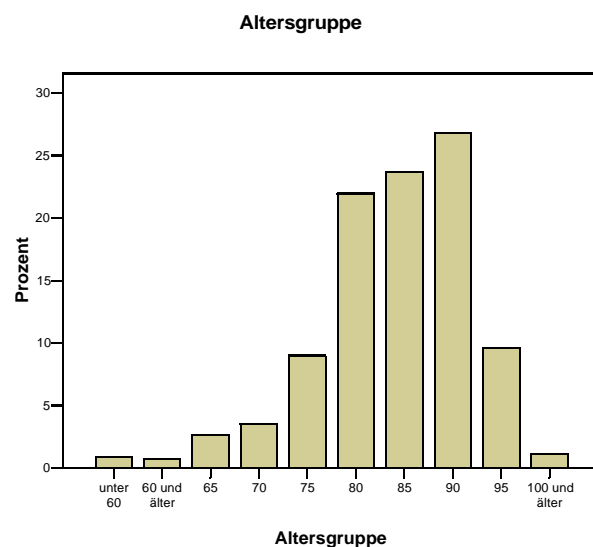
An der Heiminternen Tagesbetreuung nehmen 827 Frauen (85,7%) und 138 Männer (14,3%) teil.

Alter

Die TeilnehmerInnen an der HIT sind zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 50 und 104 Jahren alt.

Der Altersdurchschnitt liegt bei etwa 85 Jahren.

An der folgenden Grafik ist erkennbar, dass ein Großteil der TeilnehmerInnen zwischen 80 und 94 Jahren alt ist. Die 80 bis 84 Jährigen stellen 21,6% der TeilnehmerInnen, die 85 bis 89jährigen 23,3% und die 90 bis 95jährigen 26,4%.



Belastungssituationen der BewohnerInnen

Die Belastungssituation der in der HIT betreuten BewohnerInnen zeigt sich in den für die Zielgruppe der HIT als relevant erachteten Problembereichen: **dementielle Problematik, kognitive Beeinträchtigung, Verhaltensauffälligkeiten, Sturzgefährdung und Weglauftendenz.**

In der Befragung wurde für jede BewohnerIn die Frage gestellt, ob sie von einer entsprechenden Problematik betroffen ist. In der dementiellen Problematik wurde die Ausprägung nach leicht, mittel und schwer unterschieden. In der folgenden Tabelle wird dargestellt, bei wie vielen BewohnerInnen die jeweiligen Aspekte als zutreffend eingeschätzt werden.

	N	Prozent
Dementielle Problematik (gesamt)	855	85,1 %
leichte Ausprägung	180	17,9 %
mittlere Ausprägung	368	36,6 %
schwere Ausprägung	307	30,5 %
Sturzgefährdung	698	73,7 %
kognitive Beeinträchtigung	665	66,2 %
Verhaltensauffälligkeiten	439	43,7 %
Weglauff Tendenz	223	22,2 %

Zusätzlich wurde in unserer Erhebung in einer offenen Kategorie abgefragt, wie die MitarbeiterInnen der HIT die **Belastungssituationen** der Betroffenen einschätzen, welche **Diagnosen** vorliegen und welche **Anlässe zur Teilnahme an der HIT** führten. Die Antwort auf diese Frage war optional.

Eine Zusammenstellung dieser Beschreibungen wird in den folgenden Tabellen dargestellt (dabei sind Mehrfachnennungen möglich).

Diagnosen	N	Prozent
Demenz, dementielles Syndrom	565	56,2%
Depression, depressive Symptomatik	165	16,4%
Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)	66	6,6%
Parkinson	47	4,7%
Zustand nach Schlaganfall	42	4,2%
Zustand nach Infarkt	27	2,7%
Zustand nach Alkoholabusus	26	2,6%
Hemiparese	21	2,1%
Psychose	17	1,7%
Angstsymptomatik	11	1,1%

Diese zusätzlichen offenen Antworten bestätigen die **verbreitete dementielle Problematik**. Darüber hinaus wird die **Häufigkeit einer depressiven Symptomatik** bei den BewohnerInnen aufgezeigt. Deutlich wird zudem, dass die TeilnehmerInnen an der HIT von verschiedensten (**hirn-) organischen Schädigungen** betroffen sind. Neben diesen Beeinträchtigungen wurden eine Reihe von **Problembereichen** und **Anlässen** beschrieben, die zu einer Teilnahme an der HIT führten. Wie die folgende Tabelle ausweist, stehen dabei vor allem jene Aspekte im Vordergrund, die einer **Vereinsamung** entgegenwirken und die **soziale Einbindung** der BewohnerInnen unterstützen sollen. Weitere wichtige Beweggründe ergaben sich aus den **biografischen Aufnahmegesprächen**. Besonders in diesen Fällen ist von einer frühzeitigen und gezielten Aufnahme in die HIT auszugehen, die von den Überleitungsfachkräften unterstützt wird.

Problembereiche und Anlässe		
	N	Prozent
Vereinsamung, fehlende soziale Einbindung	141	14,0%
Hinweise aus der Biografie	99	9,9%
Unterstützung der Selbständigkeit	28	2,8%
fehlende Tagesstruktur	26	2,6%
Desorientiertheit	24	2,4%
eigener Wunsch	17	1,7%
Förderung der Kommunikation	10	1,0%
eingeschränkte Mobilität	8	0,8%

Diese Auflistungen verdeutlichen insgesamt, dass die TeilnehmerInnen der HIT von zahlreichen und erheblichen Belastungen betroffen sind. Im Vordergrund stehen eine dementielle Problematik, Depression, Gefahr von Vereinsamung und sozialer Isolation, biografische Belastungen, hirnorganisches Psychosyndrom und Parkinson. In aller Regel sind die BewohnerInnen nicht nur von einem, sondern von mehreren dieser Probleme betroffen (sog. Multimorbidität).

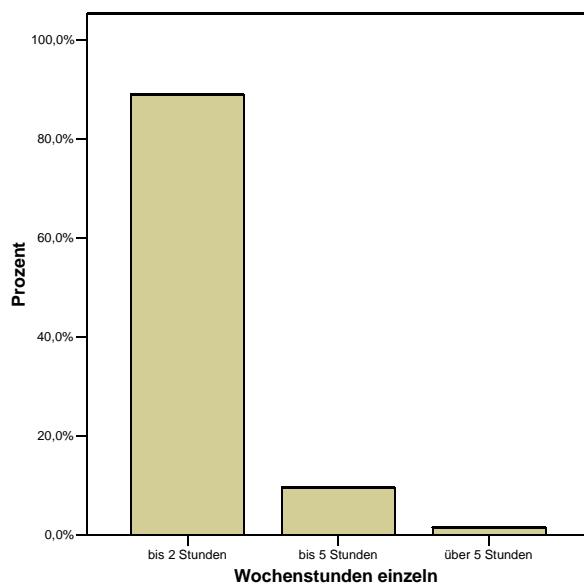
Bestellung einer BetreuerIn

Für einen Großteil der TeilnehmerInnen an der HIT ist eine Bevollmächtigte oder eine gesetzliche BetreuerIn bestimmt. Dies trifft für 807 der BewohnerInnen (80,3 %) zu.

3.2. Die Angebote der HIT: Gruppenbetreuung wird durch Einzelbetreuung ergänzt

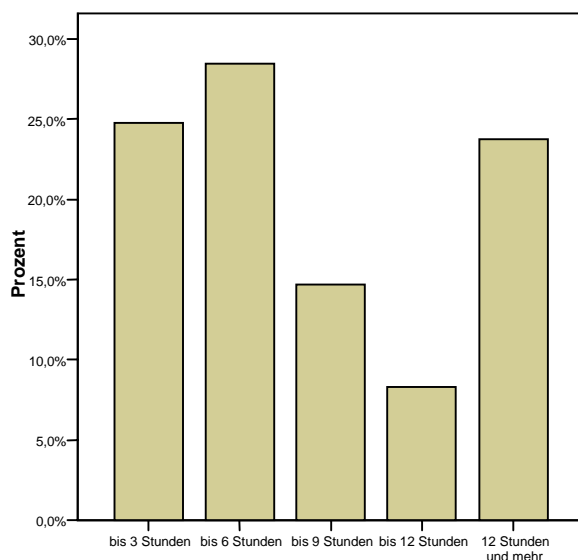
Die Angebote der HIT umfassen sowohl Gruppen- als auch Einzelbetreuung.

- 909 BewohnerInnen nehmen an Gruppenangeboten teil.
- 301 dieser BewohnerInnen nehmen an Gruppenangeboten teil und erhalten darüber hinaus Einzelbetreuung.
- 73 BewohnerInnen erhalten ausschließlich Einzelbetreuung.



Betreuungsumfang in der Gruppe

Die Betreuungsdauer in den Gruppen variiert zwischen der Teilnahme an einzelnen Veranstaltungen und einer kontinuierlichen Betreuung von mehreren Vormittagen und Nachmittagen. In der nebenstehenden Grafik sind die Verteilungen dargestellt. Am häufigsten finden sich Betreuungszeiten zwischen drei und sechs Wochenstunden sowie ein Betreuungsumfang von mehr als 12 Stunden.



Einzelbetreuung

Besonders bei anlassbezogenen Angeboten, die etwa zwei Drittel der Einzelbetreuung ausmachen, lässt sich eine durchschnittliche wöchentliche Betreuungszeit schwer beziffern. Bei der Einzelbetreuung handelt es sich in etwa 90 Prozent der Fälle um Maßnahmen, die pro Woche weniger als zwei Stunden umfassen, teilweise dauern sie nur 20 bis 30 Minuten. Zwei Drittel der Betreuungen von weniger als zwei Stunden

sind anlassbezogen. Die wenigen zeitintensiveren Betreuungen erfolgen meist kontinuierlich.

4. Häufigkeit freiheitsentziehender und freiheitseinschränkender Maßnahmen (FeM) vor der Inanspruchnahme der HIT

Um Auswirkungen auf Veränderungen der Anwendung von FeM im Zusammenhang mit der Teilnahme an der HIT beurteilen zu können, ist die Aufnahme einer Ausgangshäufigkeit erforderlich. Da wir die Untersuchung erst im Frühjahr 2005 durchführten, erhoben wir diesen Stand in der Rückschau.

In der Zusammenfassung aller Verordnungen bzw. grundsätzlich vollzogenen Anwendungen ergibt sich, dass bei 483 von 1005 BewohnerInnen (48,1%) eine oder mehrere FeM vor der Inanspruchnahme von HIT eingesetzt worden waren. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung nicht um eine Stichtagserhebung handelt, kann die tatsächliche Anwendung geringer liegen (erlaubte Maßnahmen müssen nicht eingesetzt werden). Die Dauer der Maßnahmen wurde ebenfalls nicht erhoben.

	N	Prozent
Gesamt	483	48,1 %
davon (Mehrfachnennungen möglich)		
Bettgitter	369	36,7 %
davon auch tagsüber	196	19,5 %
Fixierung im Stuhl	125	12,6 %
Zurückhalten durch Mitarbeitende	78	7,8 %
sonstige mechanische Maßnahmen	41	4,1 %
Fixierung im Bett	13	1,3 %
sonstige Maßnahmen	6	0,6 %
Abschließen der Zimmertür	3	0,3 %
elektronische Kontrolle	1	1,0 %

Diese Zahlen zeigen, dass FeM auch bei TeilnehmerInnen an der HIT in Münchner Altenpflegeheimen in einem erheblichen Umfang angewendet werden.

Gleichzeitig wird deutlich, dass es sich in den meisten Fällen um die Anwendung von Bettgitter sowie um Bauchgurte und Vorsatztische im Stuhl handelt.

Die häufige Anwendung von Bettgittern kann ebenso wie die Anwendung von Fixierungen im Stuhl als Sturzprophylaxe bei BewohnerInnen gesehen werden, die nicht sicher mobil oder durch unwillkürliche Bewegungen gefährdet sind. Dies bestätigt auch die weitere Analyse. 84,6% der BewohnerInnen, die mit einem Bauchgurt fixiert werden, und 93,6% der BewohnerInnen, die mit einem Vorsatztisch fixiert werden, werden auch durch Bettgitter geschützt. Zurückhalten durch Mitarbeitende erfolgt bei

den BewohnerInnen, die mit einem Vorsatztisch fixiert werden nur in einem Fall, bei BewohnerInnen mit Fixierung durch Bauchgurt in vier Fällen.

Exkurs: Legitimation freiheitsentziehender Maßnahmen

In der Debatte um freiheitsentziehende und freiheitseinschränkende Maßnahmen wird immer wieder der Kritikpunkt genannt, dass diese ohne ausreichende Legitimation durchgeführt werden und die Entscheidung für den Einsatz dieser Maßnahmen zu wenig reflektiert wird.

Diese Fragestellung hat nur sehr indirekt etwas mit der Heiminternen Tagesbetreuung zu tun, da die Anwendung von FeM nicht in die Zuständigkeit der HIT fällt. Da wir jedoch in unserer Untersuchung personenbezogen erheben konnten, von wem die FeM legitimiert wurden, nutzten wir diese Gelegenheit, um diesen Aspekt zu untersuchen.

Damit war es auch möglich, Veränderungen in der Legitimation von FeM in den letzten Jahren darzustellen. Am Beispiel der Legitimation von Bettgittern steigen wir etwas tiefer in die Analyse ein. In den anderen Bereichen werden die Ergebnisse beschreibend dargestellt.

Legitimation von Bettgittern

Legitimation eines Bettgitters	Häufigkeit	Prozent
Gericht	172	46,6
Bewohner selbst	107	29,0
Arzt	54	14,6
keine Angabe	17	4,6
Gericht & Bewohner	16	4,3
Arzt & Bewohner	2	,5
Betreuer	1	,3
Gesamt	369	100,0

- Die Legitimation eines Bettgitters durch ein Gericht ist bei bewegungsfähigen und nicht einwilligungsfähigen BewohnerInnen ordnungsgemäß. Die Quote liegt bei 46,6%. Die BewohnerInnen, für die ein Bettgitter vom Gericht legitimiert wird, haben in 86,6% (zum Vergleich Gesamtpopulation 80,3%) der Fälle eine BetreuerIn/gesetzliche Bevollmächtigte. Sie haben häufiger eine mittlere oder schwere Demenz (83,1% gegenüber 67,1% der Gesamtstichprobe), sind häufiger kognitiv

beeinträchtigt (81,4 % gegenüber 66,2%) und verhaltensauffällig (57,0% gegenüber 43,7%) und weniger weglauftendierend (14,0% gegenüber 22,2%). Bei der Sturzgefährdung ergeben sich keine Unterschiede.

- Bei der Legitimation von Bettgittern wird häufig angegeben, dass dies auf den Wunsch der BewohnerInnen hin erfolgte (107 Personen, 29% der Maßnahmen). Vor dem Hintergrund der Debatte um FeM kann dies kritisch gesehen werden. So wurde in der Studie von Klie u.a. (2002) auf eine Diskrepanz hingewiesen: einerseits werden den BewohnerInnen von den Pflegenden kognitive Defizite zugeschrieben, andererseits werden sie von diesen auch als zustimmungsfähig eingestuft. Diese Diskrepanz lässt sich anhand unserer Empirie nicht endgültig beurteilen. Es gibt jedoch einige Indizien, die eine bewusste Entscheidung der BewohnerInnen für ein Bettgitter nachvollziehbar machen. Diese BewohnerInnen sind seltener von einer schweren Demenz betroffen als die Gesamtpopulation (17,4% zu 30,5%), sie leiden seltener unter einer kognitiven Beeinträchtigung (51,4% zu 66,2%), sie zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten (32,1% zu 43,7%), sind deutlich weniger weglaufgefährdet (nur sechs Personen bzw. 5,5% zu 22,2%) und gleichzeitig relativ häufig sturzgefährdet (61,5% zu 73,7%). Insgesamt gesehen ist unter konzeptionellen Gesichtspunkten eine freiwillige Entscheidung der BewohnerInnen für ein Bettgitter bzw. ihre bewusste Zustimmung damit nachvollziehbar. Dafür spricht auch das Ergebnis, dass gerade bei diesen BewohnerInnen ein wichtiges Ergebnis der HIT in ihrer Mobilisation und Motivation besteht: sie haben häufig das Interesse wieder gefunden, das Bett zu verlassen.
- Bei der Legitimation von Bettgittern wird ebenfalls relativ häufig angegeben, dass sie vom Arzt verordnet wurden (54 Personen, 14,6%). Die Nachfrage in Einrichtungen ergab, dass eine Legitimation von Bettgittern durch den Arzt dann erforderlich ist, wenn sich das Amtsgericht aufgrund fehlender 'Gehfähigkeit oder Bewegungsfähigkeit' der BewohnerIn für nicht zuständig erklärt. Für die Legitimation des Bettgitters ist dann ein Attest des Arztes erforderlich.
- Die Legitimation des Bettgitters durch einen Betreuer sowie die fehlende Angabe einer legitimierenden Instanz sind als problematisch einzuschätzen. Die Zahl dieser Fälle ist jedoch sehr gering, sie macht weniger als 5% aller Anwendungen aus.

Bei der Gesamtwürdigung der Legitimationen ist auf der Basis dieser Informationen davon auszugehen, dass der Einsatz von Bettgittern sorgsam und bewusst abgewogen wird und in der Regel von einer ordnungsgemäßen formalen Legitimation auszugehen ist.

Klie u.a. (2002, S.46) kommen demgegenüber noch zu dem Ergebnis, dass Bettgitter bei Personen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung und willkürlicher Bewegungsfähigkeit in 8% der Fälle nur von der BetreuerIn, in 23% nur von Angehörigen legitimiert werden und in 21% der Fälle Angaben fehlen. Eine rechtlich korrekte Angabe fehlt nach der Studie von Klie u. a. demnach bei mehr als der Hälfte der Anwendungen.

Diese Veränderungen lassen sich darauf zurückführen, dass durch die Fachdebatte der letzten Jahre einerseits die Sensibilität für die Anwendung von FeM deutlich erhöht wurde und andererseits Verfahrensregelungen vorhanden sind, die die Anwendung von FeM regeln.

Fixierung im Bett

In elf von 13 Fällen einer Fixierung im Bett liegt ein richterlicher Beschluss vor. In je einem Fall ist keine Angabe über die Legitimation genannt bzw. wird die Fixierung mit Zustimmung des Bewohners² vorgenommen.

Fixierung im Stuhl (mit Bauchgurt bzw. Vorsatztisch)

Von den 125 Fixierungen im Stuhl sind 81 durch ein Gericht legitimiert (64,8 %), in acht Fällen auf Wunsch der BewohnerIn, in sieben Fällen legitimiert durch einen Arzt. In 27 Fällen (21,6 %) gibt es keine Angabe zur Legitimation.

Abschließen der Zimmertür und elektronische Kontrolle

Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um seltene Ausnahmen. In den drei Fällen 'Abschließen der Zimmertür' wird angegeben, dass die BewohnerInnen selbst dies wünschen. In dem einen Fall 'elektronischer Kontrolle' geschieht dies auf Veranlassung des Betreuers.

Zurückhalten durch Mitarbeitende

Diese Form der Freiheitseinschränkung wird bei 78 BewohnerInnen beschrieben. Eine Legitimation dazu wird nicht angegeben. Hier ist jedoch davon auszugehen, dass die BewohnerInnen motiviert werden, die Station nicht zu verlassen ('Umlenken des Interesses', Validation)

² Dieser über 90jährige Bewohner mit einem Schädelhirntrauma kann immerhin an einzelnen Gruppenangeboten teilnehmen und erhält kontinuierlich 3 Stunden Einzelbetreuung pro Woche. In dieser Zeit kann auf Fixieren im Bett und Bettgitter verzichtet werden, nicht jedoch auf einen Gurt im Rollstuhl.

Zusammenfassend stellt sich die beschriebene Situation bei der Legitimation von FeM besser dar als noch vor wenigen Jahren.

Da allerdings immer noch Angaben fehlen bzw. keine ordnungsgemäßen Legitimationen als vorhanden genannt werden, sind hier noch Optimierungsmaßnahmen erforderlich.

Dazu könnte der einrichtungsinterne Informationsfluss verbessert sowie sinnvolle Entscheidungswege und wirksame Kontrollmöglichkeiten breiter installiert und umgesetzt werden.

Die MitarbeiterInnen der Heiminternen Tagesbetreuung können dabei durch eine entsprechende Aufmerksamkeit und kritische Nachfragen sensibilisieren und gleichzeitig Alternativen zu FeM anbieten.

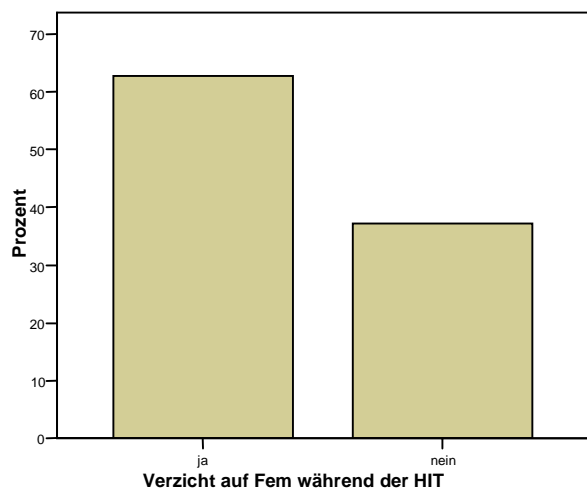
5. Reduzierung mechanischer freiheitseinschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen im Zusammenhang mit der Heiminternen Tagesbetreuung

5.1. Gesamtschau

Um die Auswirkungen der Heiminternen Tagesbetreuung auf die Anwendung von FeM nachzuvollziehen und Zusammenhänge zwischen diesen Angeboten und der Reduzierung von FeM aufzuzeigen, untersuchten wir in unserer Befragung zwei Themenkomplexe.

Zum einen interessierte uns, **inwieweit auf FeM während der HIT verzichtet werden kann**. Dabei erhoben wir auch Bedingungen und Häufigkeiten möglicher Reduzierungen.

Zum anderen gingen wir der Frage nach, **inwieweit auch über die Betreuungszeit während der HIT hinaus Veränderungen in der Anwendung von FeM festzustellen sind**. Wenn hier Effekte vorliegen, spricht dies für nachhaltige Wirkungen, bei denen die Gesamtsituation der BewohnerInnen und/oder deren Bewältigungskompetenzen verbessert werden.



Bei 303 (62,7 %) der BewohnerInnen, die von einer FeM betroffen sind, kann während der Heiminternen Tagesbetreuung auf eine Anwendung dieser Maßnahmen verzichtet werden (vgl. nebenstehende Abbildung).

Immerhin bei 166 (34,4 %) der BewohnerInnen, die von einer freiheitseinschränkenden oder –entziehenden Maßnahmen betroffen waren, konnten diese Maßnahmen seit der Teilnahme an der HIT auch außerhalb des Betreuungszeitraumes reduziert werden.

Die konzeptionelle Erweiterung der HIT um differenzierte Einzelbetreuung macht sich

auch bei den Auswirkungen auf die Reduzierung von FeM bemerkbar. Bei BewohnerInnen, die ausschließlich eine Einzelbetreuung durch die HIT erhalten, wird in 35,6% der Fälle eine Reduzierung von FeM beschrieben und in 19,2% der Fällen ein Veränderung in der Medikation. **Dies belegt, dass mit diesen Einzelbetreuungen wichtige sozialtherapeutische Effekte erreicht werden sowie dass es sich dabei um gezielte und unverzichtbare Interventionen handelt.**

Im Zusammenhang mit dem Angebot der HIT kann somit insgesamt von einer bemerkenswerten Reduzierung freiheitseinschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen gesprochen werden. Diese Reduzierungen von FeM im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Angeboten der HIT stellen sich im einzelnen folgendermaßen dar.

5.2. Bettgitter als freiheitseinschränkende Maßnahme

Bei Bettgittern handelt es sich um die häufigste mechanische freiheitseinschränkende Maßnahme. 196 BewohnerInnen sind potentiell auch tagsüber von dieser Maßnahme betroffen. Bei 86 dieser Personen (43,9%) wird eine Veränderung in der Anwendung von FeM festgestellt. In neun Fällen wird explizit darauf hingewiesen, dass teilweise halbe Bettgitter angewendet werden.

Reduzierung während der HIT

Verzicht auf Bettgitter	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	56	28,1
nie	10	5,1
unter günstigen Bedingungen	5	2,6
im Normalfall	6	3,1
immer	119	60,7
Gesamt	196	100,0

Wenig überraschend ist, dass sich hier Effekte besonders während der Teilnahme an der HIT ausdrücken. Die BewohnerInnen werden aktiviert, verlassen ihr Bett und den Pflegebereich.

Bei 10 Personen kann allerdings auch während der HIT nicht auf Bettgitter verzichtet

werden, bei fünf nur unter günstigen Bedingungen. Die Skizzierung der Probleme, die diese BewohnerInnen haben, deutet an, dass es sich hierbei um besondere Belastungen und Einschränkungen handelt: sie zeigen wenig körperliche und geistige Aktivität, sind durch ihre Biografie stark traumatisiert, leiden an schweren Erkrankungen, können nicht mehr sprechen, sind nach Schlaganfall gelähmt etc. Wie sich die Situation dieser BewohnerInnen im Detail darstellt, müsste anhand qualitativer Einzelfallanalysen geklärt werden.

Veränderung in FeM über die Zeit während der HIT hinaus

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	22	11,2
ja	86	43,9
nein	88	44,9
Gesamt	196	100,0

Diese Reduzierungen der FeM werden folgendermaßen beschrieben (Mehrfachnennungen):

- Bettgitter (seltener, zurückgenommen, tagsüber weniger oft erforderlich, u.a. weil die Motivation gewachsen ist, das Bett tagsüber zu verlassen) 59
- Fixierung im Stuhl (Bauchgurt, Vorsatztisch) 19
- Mobilisation im Pflegestuhl, Rollstuhl 2
- Fixieren im Bett, Vermeidung ständiger Fixierung 3
- äußert weniger oft den Wunsch nach Bettgitter 1
- Weglauftendenz und Sturzgefahr reduziert, kognitiver Abbau verlangsamt 1
- ist im Bett ruhiger 1
- reagiert auf Ansprache, schreit gering weniger 1
- Zurückhalten seltener erforderlich 1
- Rollstuhlbremse kann gelöst werden 1

Ein entscheidender Faktor scheint hierbei eine Mobilisierung der BewohnerInnen zu sein, die dadurch weniger häufig auch tagsüber im Bett liegen. Zum anderen gibt es

deutliche Hinweise darauf, auch die Bewegungssicherheit zunimmt und so auf Fixierungen im Stuhl verzichtet werden kann.

Sehr erfreulich ist, dass in drei Fällen eine Fixierung im Bett reduziert werden konnte.

5.3. Fixieren im Stuhl mit Bauchgurt

Bei 74 BewohnerInnen aus der Stichprobe kam vor der Betreuung in der HIT eine Fixierung mit Bauchgurt im Stuhl tagsüber bzw. bei Bedarf zur Anwendung.

Reduzierung der Fixierung mit Bauchgurt während der HIT

Wie zu erwarten war, zeigt sich hier, dass während der HIT in zahlreichen Fällen auf die Anwendung eines Bauchgurtes verzichtet werden kann: im Normalfall bzw. immer trifft dies auf 40 (54%) der betroffenen Personen zu, unter günstigen Bedingungen immerhin noch auf weitere 14 Personen.

Verzicht auf Bauchgurt	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	13	17,8
nie	6	8,2
unter günstigen Bedingungen	14	19,2
im Normalfall	9	12,3
immer	31	42,5
Gesamt	73	100,0

Veränderung in FeM über die Zeit während der HIT hinaus

Bei 30 der 74 BewohnerInnen (40,5 %), bei denen vor der Inanspruchnahme der HIT ein Bauchgurt als FeM zur Anwendung kam, wird angegeben, dass eine Reduzierung der FeM möglich wurde. In der offenen Kategorie, was sich verändert hat, wird Folgendes genannt (Mehrfachnennungen):

- Bauchgurt (vor allem während der HIT; teilweise gelockert) 17
- Bettgitter 4
- Vorsatztisch 5



5.4. Fixieren im Stuhl mit Vorsatztisch

Bei 45 BewohnerInnen aus der Stichprobe kam vor der Betreuung in der HIT eine Fixierung mit Vorsatztisch tagsüber bzw. bei Bedarf zur Anwendung. Bei 23 Personen – also bei mehr als der Hälfte - konnten die freiheitseinschränkende Maßnahmen reduziert werden.

Reduzierung der Fixierung mit Vorsatztisch während der HIT

Bei 38% der Betroffenen kann während der HIT immer oder im Normalfall auf einen Vorsatztisch verzichtet werden, bei 13 Personen ist das unter günstigen Umständen der Fall.

Verzicht auf Vorsatztisch	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	9	20,0
nie	6	13,3
unter günstigen Bedingungen	13	28,9
im Normalfall	2	4,4
immer	15	33,3
Gesamt	45	100,0

Veränderung in FeM über die Zeit während der HIT hinaus

Bei 23 der 45 BewohnerInnen, deren Bewegungsfreiheit vor der HIT durch einen Vorsatztisch eingeschränkt wurde, konnte eine Reduzierung der FeM erreicht werden. Das entspricht einer Quote von 51,1 %.

Die Reduzierungen der FeM werden folgendermaßen beschrieben (Mehrfachnennungen):

- Vorsatztisch (meist wird nicht mehr angewendet, gelegentlich in der Anwendung reduziert) 14
- Bettgitter 7
- Bauchgurt 3

5.5. Zurückhalten durch MA

Zurückhalten durch Mitarbeitende wird bei 77 – in der Regel weglauftendierenden – BewohnerInnen als freiheitseinschränkende Maßnahme beschrieben. Bei 61 dieser BewohnerInnen wird eine Sturzgefährdung festgestellt.

Reduzierung des Zurückhaltens durch Mitarbeitende während der HIT

Verzicht auf Zurückhalten durch Mitarbeitende	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	48	62,3
nie	4	5,2
unter günstigen Bedingungen	7	9,1
im Normalfall	4	5,2
immer	14	18,2
Gesamt	77	100,0

Bei diesen Zahlen irritiert der hohe Anteil der fehlenden Angaben. Aus den Besuchen vor Ort und den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen der HIT geht hervor, dass bei den TeilnehmerInnen an der HIT, aus einem 'Weglaufen' in der Regel ein 'Herlaufen' wird. Von daher ist zu vermuten, dass der Verzicht auf ein Zurückhalten nicht eigens als Effekt der HIT vermerkt wurde.

Veränderung in FeM über die Zeit während der HIT hinaus

Bei 35 BewohnerInnen (45,5 %), die vor der HIT von MitarbeiterInnen zugehalten wurden, ergab sich eine Reduzierung von FeM. Diese Reduzierungen der FeM werden folgendermaßen beschrieben (Mehrfachnennungen):

Reduzierung der Weglauftendenz (Bewohnerin läuft nicht mehr weg, weniger Herumirren im Haus)	9
Fixierung im Stuhl reduziert	6
Bettgitter tagsüber nur kurze Zeit erforderlich	2
weniger Unruhe (z.B. in der Betreuung)	3
BewohnerIn ist rücksichtsvoller	1
Verhinderung beschützender Unterbringung	1
kognitiver Abbau verlangsamt	1

5.6. Sonstige freiheitseinschränkende Maßnahmen

Neben den bisher beschriebenen Maßnahmen Bettgitter, Bauchgurt, Vorsatztisch und Fixierung werden einige weitere freiheitseinschränkende bzw. freiheitsbegrenzende Maßnahmen in unserer Untersuchungspopulation beschrieben:

- Unterbringung in einer beschützenden Abteilung 22
- Wegfahrsperrung im Rollstuhl (Bremsen fixieren, mit Rollstuhl am Tisch absperren, Sicherheitsgurt) 6
- Sicherung im Rollstuhl (Hosenträgergurt etc.) 6
- Sicherung im Bett (Deckenrolle im Bett, Stuhl/ Tisch als Absperrung vor dem Bett) 2
- Abschließen der Zimmertür 2
- Liegerollstuhl 1
- elektronische Kontrolle zur Aufenthaltsüberwachung 1

Die Zahlen zeigen einerseits, dass diese sonstigen Maßnahmen die Ausnahme darstellen.

Andererseits verweisen sie auf einen differenzierten Umgang mit FeM. Eine Deckenrolle im Bett steht bspw. für eine 'schonende' Sturzsicherung.

Das 'Abschließen der Zimmertür' erfolgt in beiden Fällen auf Wunsch der Bewohnerinnen. Eine Nachfrage könnte hier Details und Hintergründe aufklären. Während der HIT wird natürlich auf diese Maßnahme verzichtet

Die elektronische Kontrolle erfolgt auf Wunsch des Betreuers. Auch hier könnten die Beweggründe erhoben werden.

5.7. Fixieren im Bett

Bei der Fixierung im Bett handelt es sich um eine sehr weitgehende körpernahe freiheitseinschränkende Maßnahme. In der Untersuchungspopulation von 1005 Personen sind 13 Menschen von dieser Maßnahme betroffen, sieben von ihnen auch tagsüber.

Eine statistische Auswertung ist vor diesem Hintergrund nicht aussagekräftig und auf die Problematik dieser Menschen auch nicht sinnvoll anwendbar.

Um deren Situation zu erfassen und nachvollziehen zu können, weshalb diese Maßnahmen zu rechtfertigen sind und was diese Maßnahmen verhindern könnte, wären

differenzierte Einzelfallanalysen erforderlich.

Die knappe Beschreibung der Probleme, unter denen diese Menschen leiden (u.a. Schädelhirntrauma, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Zustand nach einem Gehirnschlag, Epilepsie etc.) verdeutlicht jedoch, dass diese Menschen häufig von hir-norganischen Schädigungen betroffen sind, die sich auch zu Unruhezuständen, Angst und Aggression führen können.

Vor allem diese emotionalen Belastungen erfordern geeignete sozialtherapeutische Interventionen, beruhigende Zuwendung und das Vermitteln von Vertrauen und Sicherheit, insgesamt also Vorgehensweisen, die über tagesstrukturierende Maßnahmen hinausgehen.

Für die Wirksamkeit der mit der HIT verbundenen Angebote und den dort vorhandenen Kompetenzen und handlungsleitenden Orientierungen spricht, dass auch bei dieser Zielgruppe Reduzierungen in der Anwendung von FeM erreicht werden konnten. Stichwortartig werden diese Veränderungen folgendermaßen benannt:

- Reduzierung von Bauchgurt im Bett und Stuhl, Bettgitter
- auf den Bauchgurt kann während der HIT verzichtet werden
- die Bewohnerin akzeptiert ihren Sitzplatz, irrt nicht mehr auf der Station umher, akzeptiert Hand- und Fußpflege
- Reduzierung bzw. Verzicht auf Fixieren im Bett und Bettgitter
- Verzicht auf Vorsatztisch, Bauchgurt nur noch bei Bedarf

Diese so skizzierten Effekte sind begrüßenswert. Aus fachlicher und vor allem aus ethischer Sicht stellt sich jedoch die Frage, weshalb keine Alternativen zu Fixierungen im Bett realisiert werden können.

6. Anwendung von Medikamenten mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung

Die Anwendung von Medikamenten, um freiheitseinschränkende Wirkungen zu erzielen, ist nicht zulässig, es sei denn diese Maßnahme wird beim Vormundschaftsgericht als Alternative zu mechanischen oder sonstigen Maßnahmen beantragt und vom Richter genehmigt wird. In München ist das bislang noch nicht geschehen.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die verabreichten Medikamente therapeutisch indiziert sind, auch wenn die Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka kritisch diskutiert werden (vgl. etwa <http://www.etsy.de>).

Die Spielräume, in denen HIT zu einer Reduzierung der Anwendung von Psychopharmaka beitragen, sind deshalb begrenzt. Ansatzpunkte ergeben sich vor allem beim Einsatz der Bedarfsmedikation, die von den zuständigen MitarbeiterInnen der Altenpflegeeinrichtungen in begründeten Fällen verabreicht werden dürfen, wenn es erforderlich ist. Ein Verzicht auf diese Bedarfsmedikation kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass es den BewohnerInnen relativ gut geht bzw. dass in den Einrichtungen Interventionen möglich sind, die einen Verzicht auf die zusätzliche Medikation erlauben.

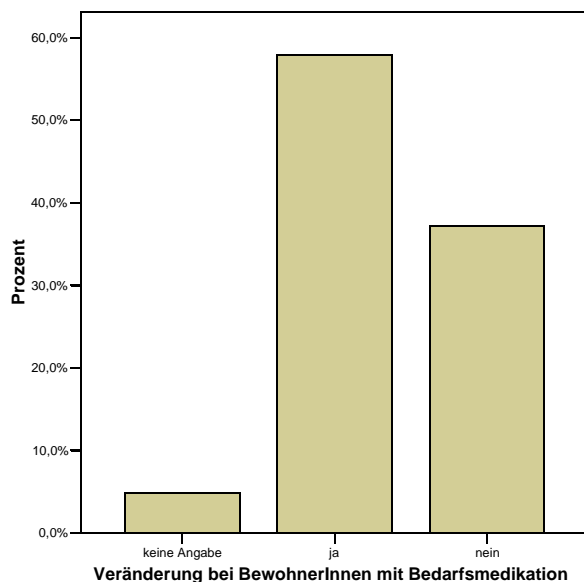
Die Reduzierung in der Medikation über einen verminderten Einsatz der Bedarfsmedikation hinaus erfordert weitreichendere Veränderungen. Denkbar sind eine nachhaltige Verbesserung des Zustandes der betroffenen BewohnerInnen, eine Korrektur bzw. Differenzierung der ärztlichen Diagnose oder ein angepasstes Betreuungs- / Behandlungskonzept.

6.1. Verordnung von Psychopharmaka

- 480 BewohnerInnen, die in der HIT betreut werden, erhalten Medikamente, denen eine potentiell freiheitseinschränkende Wirkung zugeschrieben werden kann. Das entspricht einer Quote von 47,8 %. 354 BewohnerInnen erhalten diese Medikamente auch tagsüber.
- 221 dieser 480 BewohnerInnen erhalten zwei, 69 drei und mehr dieser Medikamente.
- 164 BewohnerInnen wurde eine Bedarfsmedikation verordnet, die gegeben werden kann, wenn die Situation es erfordert.

6.2. Veränderungen in der Gabe von Medikamenten

Bei 221 (46 %) der 480 BewohnerInnen, denen Psychopharmaka verordnet wurden, wird im Zusammenhang mit der HIT eine Veränderung der Medikation beschrieben. Dies bedeutet, dass bei jeder vierten TeilnehmerIn eine Reduzierung der Medikation möglich war.



Noch deutlicher sind die Effekte bei den 164 BewohnerInnen, die eine Bedarfsmedikation erhalten. Hier konnte bei 95 Personen (57,9 %) die Gabe von Medikamenten verringert werden.

Neben diesen quantitativen Angaben, erbaten wir in den Fragebogen auch Aussagen über die Art der Veränderung, die von den MitarbeiterInnen der HIT beobachtet werden konnten. Aufgrund der unterschiedlichen Wirkstoffe und Handelsnamen waren die Angaben, die

wir hier erhielten, komplex. Die qualitative und quantitative Textanalyse lässt sich jedoch folgendermaßen zusammenfassen:

Günstige Beeinflussung der Anwendung von Bedarfsmedikation.

Bei der Beschreibung der Veränderung in der Bedarfsmedikation finden sich in den Fragebogen folgende offenen Antworten:

- Die Bedarfsmedikation wurde in 50 Fällen reduziert und
- in 33 Fällen ganz abgesetzt.
- Nie oder außerordentlich selten wurde sie in 10 Fällen gegeben,
- in zusätzlichen fünf Fällen wurde sie während oder nach der HIT nie gegeben.

In der folgenden Tabelle sind die Medikamente sowie die therapeutischen Indikationen angegeben, bei denen eine Reduzierung bzw. ein Verzicht auf die Verabreichung möglich wurden.

	Name (Wirkstoff)	Häufig der Reduzierung
Beruhigungsmittel		57
	Eunerpan, Melneurin (Melperon)	40
	Tavor (Lorazepam)	11
	Diazepam (Valium)	3
	Promethazin	1
	Promazepam	1
	Atosil	1
Neuroleptika		21
	Risperdal (Risperidon)	8
	Haldol (Haloperidol)	8
	Dipiperon (Pipamperon)	4
	(Lormetazepam)	1
Antidepressiva		6
	Cipramil (Citalopram)	4
	Hyperforat	1
	Remergil (Mirtazapin)	1

Diese Zahlen verdeutlichen, dass vor allem im Bereich der Beruhigungsmittel eine Reduzierung bzw. Verzicht erreicht werden konnte.

Angesichts der nur indirekten Einflussnahme durch die MitarbeiterInnen der HIT stellt diese Reduzierung ein beachtliches Ergebnis dar. Es spricht zudem für die Organisationen und deren Anliegen, Psychopharmaka gering zu dosieren. Die HIT dürfte entsprechende Bemühungen unterstützen, die Sensibilität für dieses Thema weiter erhöhen und Handlungsalternativen anbieten.

7. Ansatzpunkte für weitere Entwicklungen der Heiminternen Tagesbetreuung

Die Ergebnisse der vorliegenden quantitativen Erhebung bestätigen, dass mit der konzeptionellen Ausrichtung und praktischen Umsetzung der Heiminternen Tagesbetreuung wichtige Effekte für die TeilnehmerInnen erreicht werden können. Um diese Effekte noch weiter auszubauen, ist es sinnvoll, die vorhandenen Interventionsstrategien zu systematisieren und die damit verbundenen Möglichkeiten bei einrichtungsinternen und externen EntscheidungsträgerInnen zu verdeutlichen.

Aus fachlicher Sicht ist zudem Folgendes wichtig:

- Neben einer hohen fachlichen Kompetenz benötigen die MitarbeiterInnen der HIT ausreichende (zeitliche und organisatorische) Spielräume, um Vertrauen bei den BewohnerInnen zu gewinnen, deren Problemlagen zu erkennen und mit geeigneten Interventionen darauf reagieren zu können.
- Von zentraler Bedeutung ist dabei die Kooperation mit Leitung, Pflegebereichen und Stabsstellen. Leitung muss diese Freiräume gewährleisten, gemeinsam mit Pflegebereichen und Stabsstellen können Bedürfnisse erhoben und Interventionsstrategien entwickelt und umgesetzt werden.
- Durch das Erstellen von Hilfeplänen können Problembereiche und Diagnosen systematisch erfasst, Interventionen und Unterstützungsangebote darauf abgestimmt und Erfolge überprüft werden.
- Über diesen Weg sind auch weitere Reduzierungen bei FeM und bei der Anwendung von Psychopharmaka zu erreichen.

Anhang

Fragebogen mit Anleitung

Erläuterung zum Ausfüllen der Fragebogen

Der Fragebogen ist so angelegt, dass für jede einzelne BewohnerIn, die gegenwärtig in der HIT betreut und gefördert wird, einige wenige personenbezogene Daten erhoben werden.

Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen gliedert sich in fünf Bereiche

- Anonyme personenbezogene Angaben zu den BewohnerInnen
- Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Veränderungen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Anwendung von FeM während der HIT
- Art und Umfang der Förderung durch die HIT

Erläuterung zu den einzelnen Fragebereichen

Im folgenden werden die einzelnen Fragebereiche und die Einzelfragen knapp erläutert. Vorangestellt sind - grau unterlegt - die Fragebereiche aus dem Fragebogen. Wenn der Platz für Eintragungen nicht ausreicht, legen Sie bitte ein formloses Zusatzblatt bei.

Bogen Nr.

Bitte numerieren Sie die Fragebogen aus Ihrer Einrichtung durch.

1. Personenbezogene Informationen

Geburtsjahr	19.....	Geschlecht	weiblich ()	männlich ()
Bevollmächtigte/r bzw. gesetzliche/r Betreuer/-in (m. entspr. Aufgabenkreis)	ja ()		nein ()	
Ausprägung einer Demenz	schwer ()	mittel ()	leicht ()	
erhebliche kognitive Beeinträchtigung	ja ()		nein ()	
erhebliche Verhaltensauffälligkeiten	ja ()		nein ()	
sturzgefährdet	ja ()		nein ()	
weglauftendiert	ja ()		nein ()	

Ausprägung einer Demenz: Die Unterscheidung schwer – mittel – leicht soll die **Einschätzung in Ihrem Haus** wiedergeben.

Anlass und Initiative für die Aufnahme in der HiT, zugrundeliegende Diagnose (Verfahren und Punktwert)

Diese Angaben sind optional. Wenn Sie hier antworten, kann daraus eine Anregung für sinnvolle Vorgehensweisen abgeleitet und weitergegeben werden. Wenn Sie in Ihrem Haus über eine Verfahrensregelung oder Prozessbeschreibung verfügen, wäre es schön, wenn Sie diese benennen oder beilegen.

2. Anwendung von FeM vor Aufnahme in der HiT

Welche der unten aufgeführten Maßnahmen wurden vor Aufnahme in der HiT durchgeführt:

angewandte Maßnahmen	Häufigkeit			legitimiert von		
	tagsüber	nachts	bei Bedarf	Bew. selbst	Gericht	Arzt
Anbringen von Bettgittern						
Fixieren im Bett						
Fixieren im Stuhl, und zwar						
Bauchgurt						
Vorsatztisch						
Sonstige mechanische Mittel, und zwar						
Elektronische Kontrolle						
Zurückhalten durch Mitarbeitende						
Abschließen der Zimmertür						
anderes:						
Medikamente, und zwar (Name und Dosierung)						
1.						
2.						
3.						

Mit diesen Angaben soll erhoben werden, welche freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der jeweiligen BewohnerIn von wem als erforderlich festgestellt bzw. von ihr selbst gewünscht wurden.

3. Veränderungen seit Förderung in der HiT

Veränderung in der Indikation von FeM

Wurden die oben genannten Maßnahmen seit Aufnahme der Förderung durch die HiT reduziert?

Ja () Nein () Wenn ja, welche?

Veränderung in der Medikation

Wurden Psychopharmaka und/oder Sedativa seit der Förderung durch die HiT reduziert?

Ja () Nein () Wenn ja, welche?

Diese Angaben stellen positive Entwicklungen bei den geförderten BewohnerInnen dar, die im Zusammenhang mit der HIT und anderen Angeboten (Mobilisierung, Krisenintervention etc.) zu sehen sind.

Psychopharmaka und Sedativa werden in der Regel mit therapeutischer Indikation eingesetzt. Eine Reduzierung der Dosierung kann jedoch einen Hinweis auf erfolgreiche Betreuung und Förderung darstellen.

Reduzierung von FeM während der Durchführung der HIT

Auf welche der unten genannten Maßnahmen wird während der HiT verzichtet bzw. weniger zurückgegriffen?

Maßnahme	immer während der Hit	im Normalfall (häufig)	unter günstigen Bedingungen	nie
Anbringen von Bettgittern				
Fixieren im Bett				
Fixieren im Stuhl, und zwar				
Bauchgurt				
Vorsatztisch				
Sonstige mechanische Mittel, und zwar				
Elektronische Kontrolle				
Zurückhalten durch Mitarbeitende				
Abschließen der Zimmertür				
.....				
Medikamente, und zwar (Name und Dosierung)				
1				
2				

In dieser Liste sind zahlreiche freiheitsentziehende und freiheitseinschränkende Maßnahmen angeführt. Kreuzen Sie bitte an, welche Maßnahmen während der HIT reduziert werden können.

Bei den Medikamenten geht es auch um die Reduzierung therapeutisch indizierter Maßnahmen (z.B. keine beruhigende Bedarfsmedikation vor, während oder nach der HIT).

4. Förderung durch die HIT

Die BewohnerIn nimmt an Gruppenangeboten der HIT <u>teil seit</u>	Die BewohnerIn erhält Einzelbetreuung von den MitarbeiterInnen der HiT <u>seit</u>
vormittags () ganztags () nachmittags () bei einzelnen Angeboten ()	kontinuierlich () anlassbezogen ()
durchschnittliche wöchentliche Betreuungszeit in Stunden	durchschnittliche wöchentliche Betreuungszeit in Stunden

Diese Angaben sollen die grundsätzliche Form der Betreuung und den ungefähren zeitlichen Umfang der Betreuung erfassen.
