

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit



Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Qualitätsniveau I

"Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen"

Dr. Martina Schäufele, Ingrid Hendlmeier, Sandra Teufel, Prof. Dr. Siegfried Weyerer

Gliederung

Einleitung	3
Kernaussage: Mobilität und Sicherheit jeder Bewohnerin mit Demenz werden entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert.....	11
Ziel 1: Für die Bewohnerin mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen.	13
Ziel 2: Die Bewohnerin mit Demenz nimmt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil.	14
Ziel 3: Gefährdungen der Bewohnerin mit Demenz beim unbemerkten Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Durch auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen verringert.	19
Ziel 4: Bei der Bewohnerin mit Demenz sind Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen identifiziert	21
Ziel 5: Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerin mit Demenz entsprechend behandelt und sind kompensiert.....	23
Ziel 6: Die Bewohnerin mit Demenz erhält individuell abgestimmte Maßnahmen zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.....	25
Ziel 7: Die Bewohnerin mit Demenz und stark eingeschränkter Mobilität erhält auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen, um das Auftreten von Sekundärkomplikationen zu verringern.	27
Sonderfall: Bei der Bewohnerin mit Demenz sind bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen abzuwenden	29
Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)	32
Glossar	45
Expertengremium	48
Literaturverzeichnis	49

Einleitung

Das Qualitätsniveau „Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen“ beschäftigt sich mit einer der zentralen Herausforderungen im Alltag der Heime: Der Förderung und Erhaltung der Mobilität und der Bewegungsfreiheit von Menschen mit Demenz unter Berücksichtigung individueller Sicherheitsaspekte.

In den meisten Einrichtungen besteht bislang noch kein ausgearbeitetes Konzept für die Mobilitätsförderung von Menschen mit Demenz. Nichtsdestotrotz ist das Spannungsfeld von Sicherheit einerseits und Freiheit andererseits jedem Verantwortlichen vor Ort bewusst. In der Umsetzung dieses Qualitätsniveaus ergibt sich für die Einrichtungen eine Reihe von Chancen. Das Qualitätsniveau bündelt die wissenschaftlichen Erkenntnisse für Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz hinsichtlich Mobilität und Sicherheit und will eine Orientierung für die Arbeit vor Ort geben, um auf eine angemessene Versorgungsqualität hinzuwirken.

Das Qualitätsniveau richtet sich an *alle* beteiligten Personen und Funktionsträger im interdisziplinären System „stationäre Pflegeeinrichtung“. Andere stationäre Einrichtungen, wie Kliniken, sind nicht eingeschlossen. Die Besonderheit des Qualitätsniveaus und seine Abgrenzung gegenüber den bekannten monodisziplinär ausgerichteten Standards oder Leitlinien liegt darin, dass es nicht nur den Verantwortungsbereich einer einzelnen Berufsgruppe, z. B. den der Pflege beschreibt, sondern alle Verantwortlichen einbezieht, die zur Betreuung beitragen.

Der Begriff der Mobilität wird im Sinne von Fortbewegung verstanden, d.h. Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Einrichtung, aber auch auf kleinstem Raum, wie vom Bett in den Sessel. Der Begriff der Sicherheit wird eingegrenzt auf Aspekte, die im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder mit der Unfähigkeit sich zu bewegen, stehen.

Das vorliegende Qualitätsniveau wurde von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim unter der Leitung von Dr. Martina Schäufele und Prof. Dr. Siegfried Weyerer erarbeitet. Die Arbeit des wissenschaftlichen Teams wurde von einem interdisziplinären Expertengremium begleitet, das die Textentwürfe kommentierte und ergänzte. Eine zentrale Aufgabe des Gremiums bestand in der Konsentierung des Qualitätsniveaus.

Nach der Entwicklung des Qualitätsniveaus wurde ein so genanntes Verständnisreview durchgeführt mit dem Ziel, das Qualitätsniveau auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Praxisrelevanz hin zu prüfen. Zu diesem Zweck wurde der Textentwurf – zusammen mit einem strukturierten Fragebogen – einzelnen, nicht repräsentativ ausgewählten Adressaten des Qualitätsniveaus vorgelegt. Die Adressaten waren: Einrichtungsmanagement und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen¹ der stationären Pflege, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Betreuungsbehörden, Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenkassen sowie Mediziner, die als Hausärzte in Heimen tätig sind. Die schriftlichen Rückmeldungen flossen vor der letzten Konsentierungsrunde mit den Experten und Expertinnen in die Bearbeitung des Qualitätsniveaus ein.

¹ Für die bessere Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Verwendung der männlichen Form verzichtet. In der weiblichen Bezeichnung, wie z.B. Bewohnerinnen, sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint. Nur ein kleiner Anteil der Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen in der stationären Pflege sind Männer.

Aufbau dieses Qualitätsniveaus

Das Qualitätsniveau „Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen“ beinhaltet zwei Ebenen.

- Auf der ersten Ebene wurden Ziele formuliert, die für die Bewohnerin mit Demenz zu erreichen sind.
- Die zweite Ebene besteht aus einer Matrix, in der alle Akteure, deren Beitrag für die Erreichung des jeweiligen Ziels als relevant erachtet wurde, mit ihren Verantwortungsbereichen benannt werden.

Auf der ersten Ebene des Qualitätsniveaus wurden eine Kernaussage und sieben Ziele formuliert. Die Ziele wurden aus sämtlichen Erkenntnissen, die von uns auf diesem Gebiet recherchiert werden konnten, abgeleitet und durch ein interdisziplinär besetztes Expertengremium konsentiert. Zu jedem Ziel findet sich eine kurze Zusammenfassung der spezifischen Literatur. Die Erkenntnisse sind von unterschiedlichem Evidenzgrad und schließen aufgrund des Mangels an wissenschaftlich gut fundierten Studien auch Studien und Erkenntnisse mit niedrigen Evidenzgraden, u.a. Expertenmeinungen, ein.

Der Problembereich der bewegungseinschränkende Maßnahmen wird als Sonderfall behandelt. Es handelt sich hier um einen Grenzfall in der Versorgung von Menschen mit Demenz, der erst zum tragen kommen soll, wenn alle anderen Ziele nicht erreicht werden können. Vielmehr wird in diesem Sonderfall das ethische Dilemma aller Beteiligten thematisiert, das dann auftritt, wenn ein Mensch mit Demenz seine Sicherheit durch (nicht eingeschränkte) Bewegungsfreiheit gefährdet.

Die zweite Ebene besteht aus einer Matrix, in der alle Beteiligten mit ihren Verantwortungsbereichen dargestellt werden. Die Zuordnung der Verantwortungsbereiche beschränkt sich auf jeweils zentrale Aspekte. Die handlungsleitenden Empfehlungen sollen zur Umsetzung der benannten Ziele führen. Die Empfehlungen werden durch praxisnahe Beispiele erläutert. Für einen erheblichen Teil der handlungsleitenden Empfehlungen liegt keine belastbare empirische Evidenz vor. Es handelt sich häufig um Expertenmeinungen, die im Konsensusverfahren ermittelt wurden.

Im Zentrum der Matrix steht der demenzkranke Mensch mit seinen Bedürfnissen und seinem Willen, aber auch mit seiner Verantwortung. In den handlungsleitenden Empfehlungen werden die Verantwortungsbereiche der Betroffenen explizit benannt; denn ohne Eigenverantwortlichkeit und Mitwirkung seitens des Individuums können Mobilität und Sicherheit nicht optimal gefördert werden. In den Fällen, in denen die Bewohnerinnen mit Demenz aufgrund des Krankheitsprozesses die Verantwortung für sich selbst nicht mehr tragen und Entscheidungen nicht mehr treffen können, übernehmen gesetzliche Betreuerinnen oder Bevollmächtigte vertretungsweise diese Funktionen.

Im Widerspruch zu den juristischen und ethischen Prämissen werden Entscheidungen in der stationären Pflege und Betreuung, insbesondere bei Demenzkranken, oftmals ohne Mitwirkung der Betroffenen oder ihrer Vertretungen gefällt. Anders als häufig praktiziert müssen deshalb der erkennbare Wille bzw. die Willensäußerungen der Demenzkranken im Vordergrund stehen, nach denen die individuellen Ziele festzulegen und Maßnahmen zu gestalten sind (z.B. Pflege- und Betreuungsplanung, medizinische Behandlung, therapeutische Maßnahmen, Einbindung der Angehörigen). Ist eine demenzkranke Person zu Willensäußerungen nicht mehr in der Lage, sind die gesetzlichen Betreuungspersonen oder Bevollmächtigten verpflichtet, entsprechend dem mutmaßlichen Willen der Demenzkranken zu entscheiden. Bundesweiten Statistiken zufolge handelt es sich bei den gesetzlichen Betreuern und Betreuerinnen überwiegend um nahe Verwandte, d.h. um Personen, bei denen man in der Regel voraussetzen kann, dass sie - vor dem Hintergrund einer langjährigen Vertrautheit und gemeinsamen Lebensgeschichte - den Willen und die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz kennen und beurteilen können.

Weiterhin wird im Qualitätsniveau die stationäre Pflegeeinrichtung auf verschiedenen Ebenen angesprochen: Einrichtungsträger, Heimleitung, Management, Pflegepersonal, therapeutisches und hauswirtschaftliches Personal sowie soziale Betreuung.

Die Verpflichtung der stationären Pflegeeinrichtungen zur Fort- und Weiterbildung wird nicht explizit in die Matrix aufgenommen. Die Einrichtungsträger und das Management wissen um ihren Auftrag, in den Einrichtungen einen Wissenstransfer zu ermöglichen und dafür die Ressourcen bereitzustellen. Außerdem sind sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ihrer Aufgabe bewusst, sich aktuelles Wissen für die Pflege und Betreuung anzueignen. Im Hinblick auf die Thematik „Mobilität und Sicherheit von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen“ sind insbesondere folgende Wissensbereiche relevant:

- Mobilitätsauffordernde und -fördernde Milieugestaltung für Menschen mit Demenz (Architektur, räumliche Ausgestaltung, Umgang und Kommunikation)
- Erhaltung und Förderung der Mobilität von Menschen mit Demenz
- Interventionen zur Verringerung von schwerwiegenden Verletzungen durch unbemerktes Verlassen der Einrichtung (z.B. Validation, Stimuluskontrolle)
- Verfahren zur systematischen Einschätzung der Mobilität und deren Einschränkungen
- Interventionsangebote bei Mobilitätseinschränkungen von Menschen mit Demenz
- Sturzprophylaxe
- Sekundärkomplikationen bei stark eingeschränkter Mobilität, insbesondere Kontrakturen (dauerhafte Gelenksteife), Dekubitus (Wundliegen, Druckgeschwür) und soziale Isolation, entsprechende Prophylaxen und gezielte Behandlungen.

Im Pflegeprozess erheben die Mitarbeiterinnen wichtige Elemente wie Anamnese und Biographie. Sie erstellen eine bewohnerbezogene Pflege- und Betreuungsplanung, dokumentieren und bewerten die vorhandenen Angaben. Diese im Pflegealltag fest etablierten Tätigkeiten sind für die Umsetzung des Qualitätsniveaus eine unabdingbare Voraussetzung. In der Matrix des Qualitätsniveaus werden lediglich die Aspekte erwähnt, die das Thema „Mobilität und Sicherheit“ betreffen.

In die Matrix der handlungsleitenden Empfehlungen werden darüber hinaus so genannte Externe einbezogen:

- die in den Einrichtungen tätigen Professionen und Funktionsträger, die nicht direkt von der Einrichtung beschäftigt werden, gleichwohl aber einen bedeutenden Beitrag zur Versorgung der Demenzkranken leisten, wie Hausärztinnen, Fachärztinnen, Therapeutinnen und Richterinnen. Diese Berufsgruppen und Institutionen sind gesetzlich oder vertraglich verpflichtet, ihre Aufgaben zum Wohle der demenzkranken Bewohnerinnen auszuführen. Im ärztlichen Bereich gehört dazu die Anwendung von medizinischen und therapeutischen Leitlinien, die Verpflichtung zur Fortbildung unter Berücksichtigung der Themen „Mobilität und Sicherheit bei Demenzkranken“ (s.o.), die Weitergabe von Informationen und die Mitarbeit bei der bewohnerbezogenen Pflegedokumentation der Pflegeeinrichtung.
- Personengruppen, die in einer nicht professionellen Beziehung zu den Bewohnerinnen stehen, gleichwohl aber Verantwortung übernehmen können, wie Angehörige, Freiwillige und sonstige Personen.

Die interdisziplinäre Beratung

Menschen mit Demenz bedürfen aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen einer besonderen Unterstützung durch ihre soziale Umwelt. Eine verbale Kommunikation im Sinne eines rationalen Dialogs ist ihnen häufig nicht mehr möglich. In diesen Fällen ist eine gesetzliche Vertretung heranzuziehen.

Um die individuellen Bedürfnisse und die Bedarfe der Bewohnerin mit Demenz abzuwägen, wird eine interdisziplinäre Beratung vorgeschlagen. Unter Bedarfe werden hierbei die aus fachlicher Perspektive erforderlichen Maßnahmen und Bedingungen verstanden, die mitunter im Widerspruch zu den individuellen Wünschen und Bedürfnissen stehen können. So bilden auch die beiden Komponenten des Qualitätsniveaus, Mobilität und Sicherheit, oftmals ein Spannungsfeld innerhalb des Pflegealltags. In die interdisziplinäre Beratung sind außer der Bewohnerin mit Demenz bzw. ihrer Vertreterin alle beteiligten Akteure einzubeziehen. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass bezüglich der individuellen Bedürfnisse und der Bedarfe möglichst viele fachlich begründete Empfehlungen von Seiten der Medizin, der Physiotherapie, der Pflege und der Rechtsprechung einfließen und abgewogen werden können.

Entscheidungen werden aber ausschließlich vom Individuum oder - wenn dies aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen nicht mehr möglich ist - von seiner gesetzlichen Vertretung getroffen. Die Entscheidungen sind in der Einrichtung zu dokumentieren.

Eine solche interdisziplinäre Beratung an den Schnittstellen der Pflege kann strukturell in den stationären Einrichtungen verankert werden, sei es in Form einer erweiterten Fallkonferenz oder einer Pflegevisite. Das Einrichtungsmanagement benennt Verantwortliche für die Einberufung, Moderation und Dokumentation der interdisziplinären Beratung.

Rechtliche Aspekte

Rechtliche Grundlagen und Problemstellungen finden im Qualitätsniveau nur Erwähnung, wenn sie in einem expliziten Zusammenhang mit den Aspekten Mobilität und Sicherheit stehen.

Die zivilrechtlichen Vereinbarungen im Heimvertrag bilden die verpflichtende Grundlage der Pflege, Betreuung und Versorgung in stationären Einrichtungen. Hieraus ergeben sich auch Sorgfaltspflichten der Einrichtung gegenüber den Bewohnerinnen.

Nach dem bundesdeutschen Heimgesetz sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner/innen zu wahren und zu fördern sowie ihre Interessen und Bedürfnisse vor Einschränkungen zu schützen. Die gleichen Ziele finden sich auch im Gesetz zur Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), das für viele Heimbewohnerinnen den Leistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit begründet. Medizinische und andere therapeutische Leistungen, die in diesem Qualitätsniveau benannt werden, sind hingegen im Sozialgesetzbuch zur Krankenversicherung (SGB V) verankert. Das SGB IX bezieht sich auf die Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen und bietet somit auch Chancen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz.

Das vorliegende Qualitätsniveau steht im Einklang mit der Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen des „Runden Tisches Pflege“ der Bundesregierung erarbeitet wurde (Runder Tisch Pflege 2005). Zahlreiche Forderungen der Charta, wie Unterstützung des Bewegungsbedürfnisses, Willens- und Entscheidungsfreiheit, Zugang zu (fach-) ärztlicher Versorgung, diagnostischen Verfahren und sachgerechter medizinischer Behandlung sowie Schutz vor freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, finden sich im vorliegenden Qualitätsniveau wieder.

Im Sonderfall des Qualitätsniveaus wird auch auf die rechtlichen Regelungen hinsichtlich freiheits- und bewegungseinschränkender Maßnahmen Bezug genommen. Bei der Erarbeitung dieser Thematik wurde deutlich, dass eine Regelung fehlt, die bundesweit einheitlich festlegt, welche Einzelmaßnahmen als Freiheitsentziehung gelten. Eine solche Regelung ist insbesondere im Hinblick auf solche Maßnahmen erforderlich, die zur Gewährleistung der Sicherheit bestimmter Gruppen von Demenzkranken beschrieben wurden (z.B. Kaschieren von Türen, Anbringen optischer Barrieren). Praxis ist derzeit, dass das jeweilige Vormundschaftsgericht im Einzelfall entscheidet, ob es sich bei den individuell empfohlenen Interventionen, wie z.B. Kaschieren von Türen oder elektronische Fußfesseln, um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt oder nicht. Dadurch wird die Handlungssicherheit der stationären Pflegeeinrichtungen erschwert.

Das entwickelte Qualitätsniveau kann im Zusammenhang mit den Sorgfaltspflichten der Einrichtungen von den Gerichten als Maßstab herangezogen werden. Aus einer Schädigung einer Bewohnerin kann keineswegs direkt auf eine Sorgfaltspflichtverletzung der Einrichtung geschlossen werden.

Problembereiche bei der Umsetzung des Qualitätsniveaus

Das Qualitätsniveau stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure. Sein Erfolg ist letztlich an die gelingende Kooperation zwischen Betroffenen, Professionellen und Angehörigen gebunden und soll dadurch Innovationen und Verbesserungen in den stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen und begleiten. Das vorliegende Qualitätsniveau will alle Akteure ermutigen die schon vorhandenen Möglichkeiten, die u.a. das Sozialrecht bietet, auszuschöpfen und umzusetzen.

Die Diagnostik und medizinische Behandlung von Demenzerkrankungen gelten aus heutiger Sicht als unverzichtbare Voraussetzungen einer adäquaten Versorgung und Betreuung in der stationären Pflege. Im Durchschnitt leiden schätzungsweise zwei Drittel der Bewohner und Bewohnerinnen von Altenpflegeheimen in Deutschland an einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung. Nach Untersuchungen der Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim findet sich jedoch nur bei etwa einem Drittel der Demenzkranken eine spezifische Demenzdiagnose in der Pflegedokumentation (Weyerer et al. 2006; Schäufele et al. 2005). Die Identifikation demenzieller Erkrankungen nach Art und Schwere ist von entscheidender Bedeutung für eine sachgerechte Behandlung und Betreuung. Gleichermaßen bedeutend sind in diesem Zusammenhang die adäquate Wahrnehmung und Differenzierung demenzbezogener Veränderungen im Erleben und Verhalten. Diese Veränderungen können sich pathologisch ausformen und in agitiertes Verhalten, Depressionen, Schlafstörungen, Apathie oder aggressives Verhalten münden. Solche Störungen, die häufig durch eine psychosoziale oder medikamentöse Intervention gebessert werden können, werden oft nicht erkannt und diagnostiziert. Die Folge ist eine unzureichende Therapie und Betreuung der Betroffenen. Obgleich in mehreren ärztlichen Leitlinien beispielsweise eine Behandlung mit hirntonfördernden Medikamenten empfohlen wird (z.B. DGGPP, 2004), erhielten nach einer eigenen Untersuchung nur 5% der mittelschwer- und schwer demenziell beeinträchtigten Pflegeheimbewohnerinnen Antidementiva (Weyerer et al. 2006; Schäufele et al. 2005a).

In Bezug auf die noch immer defizitäre gerontopsychiatrische Diagnostik und Behandlung ist insbesondere die in den Heimen tätige Ärzteschaft anzusprechen, in deren Verantwortungsbereich diese Aufgaben liegen. Um die stationäre Pflege und Betreuung Demenzkranker zu optimieren, auch im Hinblick auf Mobilität und Sicherheit, ist zu empfehlen, dass bei Bewohnerinnen, bei denen kognitive Beeinträchtigungen im Alltag bemerkt oder vermutet werden, ein Demenz-Screening, wie z.B. der Mini Mental Status Test, von den Pflegekräften durchgeführt wird. Sollte sich der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung durch das Screening erhärten, ist durch die Einrichtung auf eine fachärztliche Abklärung und Behandlung hinzuwirken.

Obgleich es in Deutschland seit vielen Jahren eine geriatrische Zusatzqualifikation gibt, haben nur wenige der in den Pflegeeinrichtungen tätigen Ärztinnen diese erworben. Geriatrisch geschulte Medizinerinnen oder Modelle einer qualifizierten Heimarztversorgung könnten die Versorgung der demenzkranken Heimbewohnerinnen verbessern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen fördern.

Zusätzlich zu den bereits bekannten Problemen in der Pflege Demenzkranker, wurden im Verständnisreview Barrieren der Umsetzung deutlich:

Sowohl die befragten Ärzte als auch die Einrichtungsmitarbeiterinnen machten Finanzierungsprobleme geltend. Im Hinblick auf die empfohlenen therapeutischen Maßnahmen zur Mobilitäts-erhaltung und -verbesserung sowie im Hinblick auf die Bereitstellung der erforderlichen Hilfsmittel wurde auf die Beschränkungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung (z.B. Hilfsmittel) sowie auf die Budgetierung von Arzneimitteln und Therapien (z.B. physikalische und physiotherapeutische Verordnungen) in Verbindung mit potenziellen Regressforderungen hingewiesen, die nach Auffassung von in Heimen tätigen Hausärzten die Optimierung der Versorgung erheblich begrenzen.

Als weitere Umsetzungsbarrieren wurden vom Einrichtungspersonal die häufig bestehenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den „Externen“, d.h. den externen Professionen (z.B. Ärztinnen, Berufsbetreuerinnen) und den privaten Bezugspersonen (z.B. Angehörige), angeführt. Es ist unklar, wie die Beteiligung der externen Professionen (z.B. aus Medizin, Physiotherapie, gesetzlicher Betreuung) an der multidisziplinären Beratung finanziert werden kann. Die Frage, wie die Zusammenarbeit mit den externen Akteuren verbessert werden kann, ist vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Rahmenbedingungen nicht einfach und nicht einrichtungsübergreifend zu beantworten. Für die Umsetzung müssen in den stationären Einrichtungen Konzepte erarbeitet werden, die regeln, wie eine multidisziplinäre Zusammenarbeit erfolgreich gestaltet und finanziert werden kann.

Ungeachtet dieser Probleme bahnt die Anwendung des vorliegenden Qualitätsniveaus unseres Erachtens Wege zu einer verbesserten Kooperation, indem es die Verantwortungsbereiche aller zentralen Akteure benennt und die Beteiligten dazu auffordert, ihre Verantwortung wahrzunehmen, insbesondere die Verantwortung zur Zusammenarbeit. Auf diese Weise kann das Qualitätsniveau eine interdisziplinäre Wirkung in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz entfalten und die Qualität der Zusammenarbeit an den Schnittstellen wesentlich verbessern. Sollten die Institutionen der externen Qualitätssicherung das Qualitätsniveau in ihre Prüfkriterien zur Beurteilung der Mobilität und Sicherheit von Menschen mit Demenz aufnehmen, werden Verantwortlichkeiten erstmals nicht nur auf Seiten der stationären Pflegeeinrichtungen geprüft. Vielmehr rücken alle Akteure, die für die Versorgung Verantwortung tragen, ins Blickfeld.

Stand März 2006

Kernaussage:

Mobilität und Sicherheit jeder Bewohnerin mit Demenz werden entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert.

Ziele:

- 1. Für die Bewohnerin mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen.*
- 2. Die Bewohnerin mit Demenz nimmt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil.*
- 3. Gefährdungen der Bewohnerin mit Demenz beim Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Durch auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen minimiert.*
- 4. Bei der Bewohnerin mit Demenz sind Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen identifiziert.*
- 5. Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerin mit Demenz entsprechend behandelt und sind kompensiert.*
- 6. Die Bewohnerin mit Demenz erhält individuell abgestimmte Maßnahmen zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen.*
- 7. Die Bewohnerin mit Demenz und sehr stark eingeschränkter Mobilität erhält auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen, um das Auftreten von Sekundärkomplikationen zu verringern.*

Sonderfall:

Bei der Bewohnerin mit Demenz sind bewegungseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um schwerwiegende Verletzungen abzuwenden.

Kernaussage:

Mobilität und Sicherheit jeder Bewohnerin mit Demenz werden entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert.

(konsentiert am 30.6.2005)

Auch bei älteren Menschen gilt der positive Zusammenhang zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit, Kognition und physischer Gesundheit als erwiesen. Zahlreiche empirische Befunde weisen daraufhin, dass eine intakte Mobilität sowohl mit einer längeren Lebenserwartung als auch mit einer höheren Lebensqualität und Wohlbefinden assoziiert ist. Diese Zusammenhänge konnten auch für demenzkranke ältere Menschen bestätigt werden (z.B. Koutsavlis & Wolfson 2000 ^{III}; Ballard et al. 2001 ^{III}; Perrault et al. 2002 ^{III}). Körperliches Training kann bei älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen vor allem Muskelkraft und Mobilität verbessern (Rydwik et al. 2004 *lib-systematisches Review*). Auch bei Demenzkranken gibt es Hinweise, dass durch körperliches Training die physische und kognitive Leistungsfähigkeit, Kommunikation und Alltagskompetenz verbessert werden können (Heyn et al. 2004 *lib-Metaanalyse, nicht hochwertig*).

Die besondere Relevanz des Themas „Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen“ ergibt sich daraus, dass sowohl im Zusammenhang mit Alternsprozessen als auch im Verlauf von Demenzerkrankungen vielfältige motorische, sensorische und psychische Beeinträchtigungen auftreten können, die zu gravierenden Einschränkungen der Mobilität der Betroffenen führen. Gleichmaßen steigt das Risiko für bestimmte Ereignisse, die die Sicherheit der Demenzkranken gefährden, im Krankheitsverlauf an. Zentrale Sicherheitsrisiken bei Demenzkranken im Zusammenhang mit Mobilität sind nach den Ergebnissen der Literaturanalyse:

- Stürze und damit verbundene Verletzungen und psychosoziale Folgen,
- Verletzungen, die durch unbemerktes Verlassen der Einrichtung entstehen können
- Sekundärkomplikationen bei starken Mobilitätseinschränkungen und Immobilität. Dazu zählen vorrangig Muskelschwund, Dekubitusulzera und Kontrakturen, aber auch soziale Isolation und emotionale Störungen.

Auf der Basis der empirischen Befunde, der Experteninterviews und der Ergebnisse der moderierten Klausur, die zu Beginn der Entwicklung des Qualitätsniveaus durchgeführt wurde, lässt sich übereinstimmend das Ziel formulieren: Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz ist ein Höchstmaß an Mobilität zu ermöglichen und gleichzeitig sind die Risiken im Zusammenhang mit Mobilität zu minimieren (siehe auch Koczy & Wokurek 2004). Konsens besteht des Weiteren darüber, dass absolute Sicherheit weder generell noch aus der Sicht der Demenzkranken erstrebenswert ist. Die Ausschaltung aller Gefahren würde die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken und wäre mit unverhältnismäßigen Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte der Bewohnerinnen verbunden. Ziel ist es vielmehr, den individuell sehr unterschiedlichen Gewohnheiten und Sicherheitsbedürfnissen sowie dem individuellen Schutzbedarf der Bewohnerinnen Rechnung zu tragen. Gleichmaßen gilt es, das Sicherheitsgefühl *aller* Beteiligten, einschließlich der Angehörigen und Mitarbeiterinnen, zu vergrößern. Sowohl Mitarbeiterinnen als auch Angehörige müssen jedoch lernen, neben dem erforderlichen Maß an Sicherheit auch Risiken zuzulassen und damit zu leben. Das Urteil des BGH vom 28.4.2005 zur Haftung von Pflegeeinrichtungen bei Sturzereignissen ermutigt dazu und unterstützt Betreuungskonzeptionen, die die Selbstbestimmung und Mobilität der Bewohnerinnen fördern.

Mobilität und Sicherheit spielen eine zentrale Rolle in der persönlichen Lebensgestaltung älterer Menschen und sind unter Berücksichtigung biographischer Gesichtspunkte im Dialog mit den Betroffenen abzuwägen. Neben den individuellen Bedürfnissen der Demenzkranken sind die individuellen Bedarfe, die sich aus der Art und Schwere sowie der individuell unterschiedlichen Ausprägung der demenziellen Symptomatik und dem gleichzeitigen Auftreten anderer Erkrankungen ergeben, zu berücksichtigen.

Bei Menschen mit Demenz ist diese Abwägung im Sinne eines rationalen Dialoges nicht immer möglich. In diesen Fällen ist die Bevollmächtigte oder gesetzliche Betreuerin stellvertretend zu beteiligen. Widersprechen sich individuelle Bedürfnisse und Bedarfe, sollten die unterschiedlichen Perspektiven im Rahmen einer interdisziplinären Beratung, an der alle relevanten Akteure beteiligt werden, abgewogen werden. Die Entscheidung darüber, welche Schritte unternommen oder unterlassen werden, bleibt aber immer der betroffenen Bewohnerin oder ihrer gesetzlichen Stellvertretung vorbehalten. Ergebnis der interdisziplinären Beratung kann sein, dass der Mobilität Vorrang vor der Sicherheit gegeben wird, aber auch, dass Sicherheit Vorrang vor der Mobilität erhält.

Stand März 2006

**Ziel 1: Für die Bewohnerin mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen.
(konsentiert am 27.1.2006)**

Menschen mit Demenz sind aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen in besonders hohem Maße von Umweltbedingungen abhängig („Docility“-Hypothese von Lawton, 1980 ¹⁾). Umweltmerkmale, wie unzureichende Beleuchtung, spiegelnde Fußböden, fehlende Handläufe oder einfache Barrieren behindern die Fortbewegung von kognitiv gesunden Menschen in der Regel nicht. Daraus resultierende Probleme können von ihnen kompensiert und bewältigt werden. Menschen mit Demenz, insbesondere in den fortgeschrittenen Erkrankungsstadien, gelingt diese Anpassung an die Umwelt häufig nicht mehr. Solche Anpassungsschwierigkeiten können zu emotionalen Beeinträchtigungen, auffälligem Verhalten und eingeschränkter Fortbewegung führen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass in den meisten stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland die Barrierefreiheit umgesetzt ist. Ungeachtet dessen mangelt es häufig an geeigneten Anregungen durch die räumlich-materielle Umwelt und an Gelegenheiten zu körperlichen Aktivitäten für die Heimbewohnerinnen mit Demenz (Sloane et al. 2002 ¹⁾; Weyerer et al. 2006 ^{1b)}). Bei einem Vergleich zwischen traditionellen Pflegeeinrichtungen und den milieutherapeutisch ausgerichteten Wohnbereichen der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg waren signifikante Unterschiede festzustellen: In den traditionellen Heimen gab es weniger Frei- und Grünbereiche, die für Menschen mit Demenz zugänglich waren, eine schlechtere Beleuchtung der Räume und weniger Wege mit Sitzgelegenheiten sowie weniger Wege ohne Sackgassen.

Untersuchungen in stationären Einrichtungen, die die Umgebung und Konzeption entsprechend den Einschränkungen und Bedürfnissen von Bewohnerinnen mit Demenz verändert haben, weisen auf weitere Vorteile solcher Anpassungen hin: die Gehfähigkeit von Demenzkranken konnte signifikant länger erhalten und andere Aspekte der Lebensqualität, wie Bewegungsfreiheit und soziale Aktivitäten wurden im Vergleich zur traditionellen Betreuung besser gefördert (Day et al. 2000 ^{1b-Review}; Burgio et al. 1986 ¹⁾; Saxton et al. 1998 ^{1b)}; Weyerer et al. 2006 ^{1b)}).

Solche so genannten adaptiven oder milieutherapeutischen Ansätze schließen nicht nur die räumlich-materielle Ausstattung, wie orientierungsfördernde Elemente oder zugängliche und attraktive Freiflächen, ein. Gleichmaßen werden konzeptionelle Vorgaben für den Umgang, die Kommunikation und die Gestaltung der Betreuung in den Wohnbereichen gefordert.

Welche Elemente sich nun besonders förderlich auf die freie Entfaltung des Fortbewegungsbedürfnisses auswirken, lässt sich aus den bisherigen Befunden nicht ableiten. Diese basieren zumeist auf Studien, die die Auswirkungen eines milieutherapeutischen Ansatzes im Ganzen untersucht haben. Aussagen über die Wirksamkeit einzelner Elemente sind deshalb schwer zu treffen. In einer Untersuchung zu speziellen Demenzwohnbereichen in Baden-Württemberg ergaben sich Hinweise, dass räumlich-materielle Umgebungsanpassungen allein nicht ausreichen, um Mobilität und Aktivitäten der Bewohnerinnen mit Demenz zu erhalten. Vielmehr zeichnete sich ab, dass die räumlich-materielle Milieugestaltung durch eine spezielle Gestaltung der Pflege und Betreuung ergänzt werden muss (Schäufele et al. 2005a ^{1b)}).

Ziel 2: Die Bewohnerin mit Demenz nimmt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil. (konsentiert am 30.6.2005)

In der stationären Pflege in Deutschland nehmen Bewohnerinnen mit Demenz vermutlich nur in geringem Umfang an präventiven Maßnahmen teil, die der Erhaltung und Förderung der Mobilität dienen und dadurch einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit vorbeugen (Sekundärprävention).

Eine aktuelle Untersuchung in elf Pflegeheimen in Mannheim (Schäufele et al. 2005a ^{III}) zeigte, dass über die Hälfte der Bewohnerinnen mit Demenz in den vergangenen vier Wochen überhaupt nicht an Angeboten zur körperlichen Aktivierung teilnahm; 10% beteiligten sich mindestens einmal monatlich, 28% mindestens einmal wöchentlich und nur 9% nahezu täglich.

Verglichen damit lagen die Anteile in Einrichtungen milieutherapeutisch ausgerichteter stationärer Dementenbetreuung (besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg) wesentlich höher (Weyerer et al. 2006 ^{III}). Nur 11% der Bewohnerinnen mit Demenz nahmen dort an keinerlei Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung teil, 8% beteiligten sich mindestens einmal im Monat, 43% mindestens einmal wöchentlich und 38% nahezu täglich. Bei den in Hamburg neu aufgenommenen demenzkranken Bewohnerinnen blieb im Laufe eines halben Jahres die Gehfähigkeit signifikant länger erhalten als bei den Neuaufnahmen in der traditionellen Pflege.

Diese Ergebnisse weisen daraufhin, dass eine ganzheitliche, an die Bedürfnisse und Bedarfe der demenzkranken Bewohnerinnen angepasste Betreuungskonzeption, die auf körperliche Aktivierung, den weitgehenden Verzicht auf Fixierungen und ein akzeptierendes Milieu abzielt, mit einer Förderung der Mobilität einhergeht.

Ergebnisse aus vielen Präventions- und Rehabilitationsstudien mit unterschiedlichen Gruppen älterer Menschen zeigen, dass Trainingsmaßnahmen und Übungen zur Verbesserung der Kraft, Balance und Ausdauer wirksam sind (u.a. Lazowski et al. 1999 ^{IIb}; Hauer et al. 2001 ^{IIb} und 2002 ^{IIb}; Steadman et al. 2003 ^{IIb}; Baum et al. 2003 ^{IIa*}; Teri et al. 2003 ^{IIb}; Rydwick et al. 2004 ^{IIb-systematisches Review} und 2005 ^{IIa*}).

Heyn et al. (2004 ^{IIb-Metaanalyse, nicht hochwertig}) kommen in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass körperliches Training bei Menschen mit Demenz zu einer Verbesserung von Fitness, körperlichen und kognitiven Funktionen sowie zu positivem Verhalten führt. In die Analyse waren 30 randomisiert kontrollierte Untersuchungen (RCT) an Demenzkranken eingeschlossen. Zum Teil wiesen die Studien jedoch methodische Mängel auf: geringe Fallzahlen, keine Unterscheidung nach Demenzschweregraden, Defizite in der Beschreibung der jeweiligen Intervention.

Auch die wenigen Studien an Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz erbrachten, dass mit verschiedenen Trainingsmaßnahmen (Krafttraining, Balancetraining, Ausdauertraining, Einzeltraining, Gruppenprogramm) Kraft und Mobilität gefördert werden können (Pomeroy et al. 1994 ^{IV}; Tappen et al. 1994 ^{IIb*}; Schnelle et al. 1995 ^{IIb}; MacRae et al. 1996 ^{IIa*}; Tappen et al. 2000 ^{IIb*}). Eine italienische Studie kam zu dem Ergebnis, dass physische Trainingsmaßnahmen bei Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz nicht nur die Mobilität verbesserten, sondern auch auffällige Verhaltensweisen wie Schlafstörungen, Aggressivität und Umherwandern linderten und mit einer Reduktion des Gebrauchs von Psychopharmaka und Hypnotika verbunden waren (Landi et al. 2004 ^{IIa*}).

Manche Studien geben Hinweise, unter welchen Umständen Trainingsmaßnahmen ineffektiv sind oder sogar schaden. Latham et al. (2003 ^b) berichteten, dass sehr intensive Übungsmaßnahmen bei gebrechlichen Älteren nur unter Aufsicht oder Anleitung durchgeführt werden sollten, da sonst mit einer Zunahme der Verletzungsrate gerechnet werden müsse. In der Studie von Steadman et al (2003 ^b) war ein sechswöchiges Balancetraining einer physiotherapeutischen Behandlung nicht überlegen.

Die Datenlage zum Thema Mobilitätsförderung bei Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz ist immer noch unzureichend. Es gibt nur wenige Untersuchungen, die mittelschwer und schwer Demenzkranke, mit zwei Drittel die größte Gruppe der Heimbewohnerinnen, als Zielgruppe einbezogen haben. Die Frage, wie und in welchem Umfang effiziente Trainingsmaßnahmen mit mittelschwer und schwer demenzkranken Bewohnerinnen durchzuführen sind, wurde kaum untersucht.

Die Ergebnisse aus den Studien mit geriatrischen Patientinnen, bei zu Hause lebenden älteren Menschen und Erfahrungen in stationären Einrichtungen verweisen jedoch darauf, dass es keinen Grund gibt, Demenzkranke in stationären Einrichtungen von bewegungsfördernden Maßnahmen auszuschließen. In vielen Studien zur Wirksamkeit von Mobilitätstrainings waren nur Personen mit leichten und mittelschweren kognitiven Beeinträchtigungen eingeschlossen, weil sie den Trainingsinstruktionen folgen konnten. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Übungsprogramme bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz prinzipiell nicht mehr wirksam sind. Wenn die Angebote den Einschränkungen und Bedürfnissen der Demenzkranken entsprechend angepasst werden, könnten wahrscheinlich Erfolge erzielt werden. Nach den Ergebnissen bisheriger Studien und nach Expertenmeinung werden bei den leicht und mittelschwer Demenzkranken wahrscheinlich zufriedenstellende Ergebnisse zu erreichen sein, während bei Menschen mit sehr schwerer Demenz nur limitierte Effekte zu erwarten sind.

Klinischen Befunden zufolge bleiben im Verlauf einer demenziellen Erkrankung die automatisierten Teile des prozeduralen Gedächtnisses länger erhalten als episodische und semantische Gedächtnisinhalte. (Eldridge et al. 2002 ^{IIa*}; Beatty et al. 1997 ^{III}). Das heißt, prozedurale Gedächtnisinhalte, bei denen es sich um nicht verbalisierte Handlungs- und Bewegungsabläufe handelt, können noch in Stadien abgerufen werden, in denen verbalisierte Wissensbestände bereits verloren sind. Auch wenn Demenzkranke nicht mehr "wissen", wie oder wozu Bewegungen oder Verhaltensweisen bewusst zu initialisieren sind, können durch Unterstützung in der Initialisierung jene automatisierten Bewegungs- und Handlungsabläufe, die im prozeduralen Gedächtnis verankert sind, ausgeführt werden. Es gibt Hinweise, dass durch Trainingsmaßnahmen Fertigkeiten wie Waschen, Ankleiden, Essen und Gehen bei Patientinnen mit leichter und mittelschwerer Alzheimer Demenz verbessert werden können (Zanetti et al. 1997 ^{IIa*}). Nach den Ergebnissen von weiteren Studien kann davon ausgegangen werden, dass leicht und mittelschwer demenziell Erkrankte auch neue Bewegungsabläufe lernen können (Grafman et al. 1990 ^{IIa*}; Deweer et al. 1994 ^{IIa*}). Willingham et al. (1997 ^{IIa*}) berichteten allerdings, dass Menschen mit Demenz motorische Abläufe zwar erlernen konnten, jedoch nicht in der Lage waren, diese dann auch auszuführen.

Im Kontext der Förderung und Erhaltung der Mobilität kommt auch dem bei Demenzkranken vermehrt beobachtbaren Bewegungsdrang, verbunden mit Wanderverhalten, eine wichtige Bedeutung zu. Die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz Wanderverhalten entwickeln, ist gegenüber nicht demenzkranken Bewohnerinnen erhöht (Kiely et al. 2000 ^{III}). Vor allem bei Menschen im mittelschweren und schweren Erkrankungsstadium ist Wanderverhalten häufiger festzustellen als bei leicht oder sehr schwer demenzkranken Bewohnerinnen (Holtzer et al. 2003 ^{III}).

Für die Pflege und Betreuung ist es wichtig, zwischen Umherwandern in der Einrichtung und unbemerktem Verlassen der Einrichtung zu unterscheiden (siehe Ziel 3) (Hope et al. 1994 ^{III}, Algase et al. 2004 ^{III}). In einer aktuellen epidemiologischen Studie aus Deutschland (eigene Daten aus einer Untersuchung in Pflegeheimen; nicht veröffentlicht ^{III}) wurden folgende Ergebnisse ermittelt: 25% der Bewohnerinnen mit Demenz zeigten innerhalb von zwei Wochen gelegentlich oder häufig Wanderverhalten; bei 8% wurde angegeben, dass sie versucht hatten, die Einrichtung unbemerkt zu verlassen.

In mehreren Studien konnten positive Aspekte von Wanderverhalten festgestellt werden. „Wandern“ unterstützt den Kreislauf und die Sauerstoffaufnahme und vermindert Kontrakturen (Heim, 1986 ^{IV}). Cohen-Mansfield et al. (1991 ^{III}) fanden, dass „Herumwandern“ ein Indikator für gute physische Gesundheit ist, z.B. für guten Appetit, weniger Schmerzen, weniger körperliche Erkrankungen und weniger Medikamente. Coltharp et al. (1996 ^{IV}) kamen zu dem Schluss, dass „Wandern“ in einer sicheren Umgebung den Bewohnerinnen durchaus zuträglich sein kann. Wanderverhalten sollte also keinesfalls unterbunden werden, sondern für die Mobilitätsförderung genutzt werden, vorausgesetzt es ist für die Betroffenen nicht zu erschöpfend oder aus anderen Gründen ihrem Wohlbefinden abträglich (Hope et al 2001 ^{III}; Siders et al. 2004 ^{III-systematisches Review}).

Übersicht über Trainingsstudien:

Im Folgenden sind die weiter oben zitierten Trainingsstudien zum besseren Verständnis ausführlicher beschrieben: Studien zur Mobilitätsförderung bei mobilen Personen und bei Personen, die bereits Mobilitätseinschränkungen hatten.

Im Hinblick auf motorische Fertigkeiten und Mobilität konnte Pomeroy (1994 ^{IV}) in einer Studie zeigen, dass sich durch angepasste physiotherapeutische Maßnahmen selbst bei körperlich stark eingeschränkten demenzkranken Pflegeheimbewohnerinnen Verbesserungen erzielen lassen. Bei Tappen et al. (1994 ^{IV}) verbesserten Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium und Mobilitätseinschränkungen signifikant ihre funktionalen Fertigkeiten, u.a. auch ihre Mobilität, durch ein spezielles Training der Alltagsfertigkeiten (Waschen, Ankleiden), das fünfmal wöchentlich über 20 Wochen hinweg durchgeführt wurde. Die signifikanten Unterschiede fanden sich aber lediglich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die keinerlei Training erhielt, und nicht im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die an den üblichen Beschäftigungsangeboten teilnahm. Ein Gehtraining kombiniert mit Gesprächen, das drei Mal pro Woche je 30 Minuten lang durchgeführt wurde, erwies sich als effektive Intervention, um einer Verschlechterung der funktionellen Mobilität bei demenzkranken Heimbewohnerinnen vorzubeugen (Tappen et al. 2000 ^{IV}). Cott et al. (2002 ^{IV}) konnten dieses Ergebnis nicht bestätigen. Die hier untersuchten Bewohnerinnen waren jedoch wesentlich stärker kognitiv beeinträchtigt als in der Studie von Tappen et al. (2000 ^{IV}). Möglicherweise eignet sich ein solches Programm besser bei leichter bis mittelschwerer Demenz als bei schwerer Demenz. Balance, Flexibilität, Ganggeschwindigkeit und Sturzrate von Menschen mit Demenz, die zu Hause lebten, ließen sich durch ein Trainingsprogramm positiv beeinflussen (Toulotte et al. 2003 ^{IV}).

Im Rahmen des FIT-Programms (FIT - Functional Incidental Training) konnten Schnelle et al. (1995 ^{IV}) bei kognitiv schwer eingeschränkten und inkontinenten Bewohnerinnen durch ein Trainingsprogramm - bestehend aus Bewegungsförderung im Zusammenhang mit Inkontinenzversorgung - die Ausdauer beim Gehen, Stehen und Rollstuhlfahren noch anheben. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass die Mobilität im Rahmen der grundpflegerischen Aktivierung gefördert werden kann. MacRae et al. (1996 ^{IVa}) untersuchten im gleichen Projekt ein zwölfwöchiges Gehprogramm bei in der Mobilität zwar eingeschränkten, aber noch mobilen Pflegeheimbewohnerinnen unter Einschluss der Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die Intervention verbesserte bei der „Gehgruppe“ die Ausdauer und die Gehdistanz signifikant im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Das gleiche Trainingsprogramm

fürte bei demenzkranken Bewohnerinnen dazu, dass im Schnitt der Anteil der Zeit, die eine Person im Bett verbrachte, von 32% auf 21% sank, während die Kontrollgruppe, die lediglich Besuch erhielt, keine Veränderung zeigte (Alessi et al. 2005 ^{1b}).

Lazowski et al. (1999 ^{1b}) untersuchten auf der Basis eines RCT die Wirksamkeit eines speziellen Trainingsprogramms für Pflegeheimbewohnerinnen, in dessen Erprobung auch Personen mit leichter Demenz einbezogen waren, im Vergleich zu typischen, im Sitzen durchgeführten Bewegungsübungen. Das Trainingsprogramm (dreimal pro Woche je 45 Minuten), führte sowohl bei Bewohnerinnen mit hohem als auch bei Bewohnerinnen mit geringem Mobilitätsgrad zu signifikanten Verbesserungen der Mobilität, Balance und Flexibilität. Es war herkömmlichen Programmen, wie den im Sitzen durchgeführten Bewegungsübungen, weit überlegen.

In einer Untersuchung in brasilianischen Pflegeheimen war ein unter Anleitung eines Physiotherapeuten durchgeführtes sechsmonatiges Gruppentraining (zweimal pro Woche je eine Stunde) mit deutlichen Verbesserungen in der Kraft und in der Mobilität im Vergleich zur Kontrollgruppe verbunden. In das Training waren Bewohnerinnen einbezogen, die den Anweisungen kognitiv noch folgen konnten, also auch leicht und mittelschwer Demenzerkrankte. Auch der Verlauf der kognitiven Beeinträchtigungen und der depressiven Symptome war bei der Trainingsgruppe günstiger als bei Kontrollgruppe. Letztere Effekte sind vermutlich eher auf die unspezifischen Wirkungen der Zuwendung durch den Therapeuten und auf die Gruppenbeteiligung zurückzuführen als auf das physiotherapeutische Training selbst (de Carvalho Bastone et al. 2004 ^{1a}).

In einer randomisierten Pilotkontrollstudie in einem Pflegeheim (N=20) über ein Jahr stellte man fest, dass die Bewohnerinnen, u.a. Bewohnerinnen mit mittelschwerer Demenz, von einem dreimal pro Woche stattfindenden einstündigen Krafttraining profitierten. Ihre Leistungen im Timed-up-and-Go-Test (TUG) besserten sich (Baum et al. 2003 ^{1a}).

In der aktuellen SIMA-P-Studie von Oswald et al. (2005 ^{1a}), die in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt wurde und in die Demenzkranke eingeschlossen waren, konnte die Interventionsgruppe durch psychomotorische Aktivierung im Vergleich zur Kontrollgruppe ihre Mobilität aufrechterhalten und Kraft und Beweglichkeit erhöhen.

Die RCT-Studie von Hauer et al. (2001 ^{1b}; 2002 ^{1b}) wurde in einer geriatrischen Klinik an mobilen Patientinnen durchgeführt. Einbezogen waren auch Patientinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen, sofern sie noch in der Lage waren, den Trainingsinstruktionen zu folgen. Es zeigte sich, dass durch gezieltes körperliches Kraft- und Gleichgewichtstraining (dreimal wöchentlich über drei Monate hinweg) sowohl Kraft und Gleichgewicht als auch die Mobilität insgesamt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessert wurden. Aus der Folgeuntersuchung zwei Jahre nach dem Trainingsende ergab sich, dass in der Interventionsgruppe die erzielten Erfolge teilweise wieder verloren gegangen waren, das Erreichte jedoch nicht unter das Ausgangsniveau vor dem Training gefallen war (Hauer et al. 2003 ^{1b}). Offensichtlich kann nur ein dauerhaftes Trainingsprogramm zu einer Erhaltung der Zuwächse an Kraft, Balance und Mobilität beitragen. Die Kontrollgruppe war bei der

Steadmann et al. (2003 ^{1b}) fanden bei mobilen geriatrischen Sturzpatientinnen im Rahmen eines RCT mit unterschiedlichen Aktivierungsprogrammen ebenfalls deutliche Verbesserungen im Gleichgewicht und in der Mobilität. Die Zugewinne waren ähnlich hoch, unabhängig davon, welches Trainingsprogramm durchgeführt wurde. In der subjektiven Einschätzung der Patientinnen war jedoch ein gezieltes Gleichgewichtstraining den üblichen körperlichen Trainingsmaßnahmen überlegen. In diese Studie waren keine Demenzkranke einbezogen.

In einer Studie von Thomas et al. (2003 ^{1b}) mit mittelschwer demenzkranken, mobilen Tagespflegebesucherinnen zeigte sich, dass ein sechswöchiges Krafttraining mit dem Theraband keine signifikante Veränderung in der Kraft und in der Mobilität erbrachte. Dieser Befund ist wahrscheinlich auf die kurze Trainingsdauer (6 Wochen) und die geringe Trainingsfrequenz (zweimal wöchentlich) zurückzuführen.

Stand März 2006

**Ziel 3: Gefährdungen der Bewohnerin mit Demenz beim unbemerkten Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Durch auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen verringert.
(konsentiert am 27.1.2006)**

Eine große Sorge von Angehörigen und professionell Betreuenden besteht darin, dass sich Bewohnerinnen mit Demenz durch unbemerktes Verlassen einer Einrichtung existenziell gefährden (z.B. Unfälle erleiden, durch Umherirren traumatisiert werden oder gar zu Tode kommen). In einer älteren Untersuchung in 167 Pflegeheimen in den USA berichtete das Personal, dass sich 2,4% aller Bewohnerinnen während der vergangenen drei Monate aus der Einrichtung unbemerkt entfernt hatten und weitere 5,2% dies versucht hatten (Hiatt 1985 ^{///}). In elf Mannheimer Pflegeheimen wurde innerhalb von 14 Tagen bei 8% der demenzkranken Bewohnerinnen vom Pflegepersonal eine "Weglauf-tendenz" festgestellt (eigene Daten aus einer Untersuchung in Pflegeheimen; nicht veröffentlicht ^{///}). Eine Aussage darüber, wie viele demenzkranke Bewohnerinnen tatsächlich unbemerkt die Einrichtung verlassen hatten und sich dadurch gefährdeten, war in dieser Studie nicht möglich. Nach Becker (persönliche Mitteilung 2005) liegen für Deutschland keine Angaben über die Anzahl der Bewohnerinnen mit Demenz vor, die infolge des Verlassens einer stationären Einrichtung schwerwiegende Verletzungen, wie Frakturen, erlitten hatten oder gar zu Tode gekommen waren.

Bewohnerinnen mit Demenz haben nach Expertenmeinung einen erhöhten Bedarf an Schutz und äußern teilweise von selbst das Bedürfnis nach Schutz. Obwohl offenbar nur wenige Demenzkranke die Einrichtung tatsächlich unbemerkt verlassen, sollte dieses Problem besondere Beachtung finden:

- Wegen des Risikos schwerwiegender Verletzungen oder gar eines tödlichen Unfalls.
- Wegen der erhöhten Bedeutung für das Pflegepersonal. So wurde „Weglaufgefährdung“ von Leitungspersonal und Pflegemitarbeiterinnen aus rund 60 Einrichtungen in Baden-Württemberg als die belastendste Verhaltensweise bei Demenz überhaupt gewertet, auch hinsichtlich des Zeitaufwandes der dadurch für das Heimpersonal entsteht (Schäufele et al. 2005a ^{///}).
- Wegen der existenziellen Gefährdungen, die für die Demenzkranken aus dem unbemerkten Verlassen der Einrichtung erwachsen können, fühlen sich nach Expertenmeinung die Angehörigen stark belastet.

Das unbemerkte Verlassen der Einrichtung mit der Folge einer möglichen Eigengefährdung wird im Pflegealltag als "Weglaufftendenz" oder "Weglaufgefahr" beschrieben. In diesem Zusammenhang ist es sehr bedeutsam, nicht generell jegliches „Wanderverhalten“ mit "Weglaufftendenz" gleichzusetzen, sondern die verschiedenen Formen des Wanderverhaltens zu differenzieren (siehe Ziel 2). Wichtig ist insbesondere die Einschätzung, wie wahrscheinlich schwerwiegende Verletzungen in Verbindung mit Wanderverhalten im Einzelfall überhaupt sind. Erst nach Abwägung des individuellen Nutzens gegenüber den möglichen schwerwiegenden Folgen durch Wanderverhalten, sind Konsequenzen für die Betreuung und für spezifische Interventionen zu ziehen. Dabei sind auch die Folgen für die Angehörigen, die gesetzliche Vertreterinnen und das Heimpersonal einzubeziehen. Des Weiteren müssen mögliche Risiken und Konsequenzen einer Gefahrenvermeidung für die Bewohnerin mit Demenz bedacht werden. Zu letzteren zählen negative Folgen von Fixierungen, seien es körpernahe Fixierungen oder die Verordnung von nicht sachgerechten Psychopharmaka mit sedierenden Nebenwirkungen. Hamers et al. (2005 ^{///-Review}) fassten in einem Übersichtsartikel die möglichen Folgen von Fixierungen zusammen: Abnahme der Muskelkraft und der Ausdauer, Gleichgewichtsstörungen, Stürze, Druckgeschwüre und Kontrakturen, Verletzungen, Todesfälle durch Strangulation und psychische Beeinträchtigungen, wie Depression und Aggression.

Verschiedene Untersuchungen haben sich mit nicht medikamentösen Interventionen zur Reduzierung von risikoreichem Wanderverhalten (Übersicht bei Lai und Arthur ^{///-Review}, 2003; Siders et al.

2004 *III-Review*) befasst. Die Interventionsansätze reichen vom Anbringen subjektiver Barrieren (z.B. Verdecken und Kaschieren von Türen oder Türklinken; Gitterlinien auf dem Boden vor Türen) über Umgebungsanpassung, Verhaltenstechniken (z.B. Stimuluskontrolle, differentielle Verstärkung von erwünschtem Verhalten), Musik, Training und Gruppenaktivitäten, wie z.B. Spaziergehgruppe, bis hin zu speziellen Alarmsystemen.

Obwohl die Wirksamkeit dieser Methoden, die von vielen Praxisexpertinnen empfohlen werden, auf der Hand zu liegen scheint, sind die empirischen Belege dafür noch dürftig. Dies ist vor allem auf die mangelhafte methodische Qualität der meisten Studien zurückzuführen, die häufig lediglich eine anekdotenhafte Beschreibung positiver Effekte zulassen. Die Interventionen, die bislang noch am besten empirisch fundiert sind, sind subjektive Barrieren, angepasste Umgebung zum „Umlenken“ von Wanderverhalten in sichere Bereiche und spezielle Alarmsysteme. Diese Maßnahmen konnten dazu beitragen, dass demenzkranke Bewohnerinnen die Einrichtung oder Station seltener zu verlassen versuchten.

Nach Expertenmeinung handelt es sich beim Anbringen subjektiver Barrieren oder auch beim Verschließen von Türen, wie es in vielen Demenzwohngruppen praktiziert wird, nicht um eine Freiheitsentziehung im eigentlichen Sinn. Im Gegensatz zu körpernahen Fixierungen, wie z.B. ein Steckbrett am Stuhl, werde dadurch die Bewegungsfähigkeit der Betroffenen nicht eingeschränkt, vor allem dann nicht, wenn großzügige Räumlichkeiten vorhanden sind. Dieser Meinung stehen gesetzliche Vorgaben gegenüber, nach denen ein solches Vorgehen im Einzelfall eine Freiheitsentziehung nach §1906 Abs. 4 BGB darstellt.

Stand März 2006

Ziel 4: Bei der Bewohnerin mit Demenz sind Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen identifiziert. (konsentiert am 30.6.2005)

Untersuchungen in Pflegeheimen ergaben, dass die Hälfte der Bewohnerinnen mit Demenz auch mit einer Hilfsperson keine 50 Meter mehr bewältigen und 70% keine Treppen steigen konnten. Mehr als ein Viertel (28%) der demenzkranken Bewohnerinnen in Pflegeeinrichtungen war bettlägerig und 60% benötigten erhebliche Hilfe beim Transfer aus dem und in das Bett. Ungeachtet des hohen Anteils von Demenzkranken mit eindeutigen Mobilitätseinschränkungen fanden sich in den Pflegedokumentationen nur selten mobilitätsbezogene Erkrankungsdiagnosen (Schäufele et al. 2005a ^{1b}; Weyerer et al. 2006 ^{1b}).

Mobilitätseinschränkungen bei älteren Menschen können vielfältige Ursachen haben, die zum Teil behandel- und kompensierbar sind. Laut Becker et al. (2000a) beläuft sich der Anteil von älteren Personen mit Gangbeeinträchtigungen, bei denen eine behandelbare Ursache gefunden werden kann, auf ein Viertel. Neben direkt mit dem Bewegungsapparat assoziierten Ursachen, wie degenerative Gelenkveränderungen und Fußdeformationen, können auch sensorische Beeinträchtigungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Schmerzzustände, neurologische Symptome, kardiopulmonale Erkrankungen, depressive Symptome und mangelnder Antrieb zu Mobilitäts- und Bewegungsstörungen führen.

In einer Längsschnittstudie zu den prognostischen Faktoren funktioneller Unabhängigkeit (ADL) bei leicht demenzkranken Personen in Privathaushalten (Perrault et al. 2002 ^{1b}) wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen sensorischer Intaktheit und der Aufrechterhaltung funktioneller Unabhängigkeit, d.h. der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alltag, ermittelt. Zudem wurden signifikante Zusammenhänge zwischen Sehbeeinträchtigungen und schlechtem Mobilitätsstatus bestätigt (Salive et al. 1994 ^{1b}). Auch hinsichtlich der Beeinträchtigung des Hörvermögens zeigten sich Zusammenhänge mit Einschränkungen in den Alltagsfunktionen einschließlich Mobilität (Keller et al. 1999 ^{1b}).

Eine Untersuchung zur Prävalenz von sensorischen Beeinträchtigungen in Pflegeheimen ergab, dass jeweils 30% der Bewohnerinnen von einem verminderten Seh- bzw. Hörvermögen betroffen waren (eigene Daten aus einer Untersuchung in Pflegeheimen; nicht veröffentlicht ^{1b}). In derselben Untersuchung wurde ermittelt, dass 65,6% der Bewohnerinnen mit Demenz Psychopharmaka einnahmen und dass 20,4% nicht sachgerechte Medikamente nach den Kriterien von Beers (1997 ^{1b}) erhielten. Letztere können die Mobilität von Patientinnen im höheren Lebensalter massiv beeinträchtigen. Aber auch bestimmte Psychopharmaka schränken bei älteren und demenzkranken Personen die Gehfähigkeit und den Antrieb sich zu bewegen mitunter stark ein. In einer Studie zum Psychopharmakagebrauch in einem Frankfurter Pflegeheim wurde bei 65% der Bewohnerinnen die Dauer der Psychopharmakabehandlung als zu lang angesehen, bei 13% entsprach die Dosis nicht den Empfehlungen für ältere Patientinnen und bei 36% deckte sich die Auswahl des Medikamentes hinsichtlich des Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils nicht mit den Empfehlungen (Pantel et al. 2005 ^{1b}).

Daten zur Prävalenz und Behandlung von Schmerz bei Bewohnerinnen im Pflegeheim wurden bislang nur selten erhoben. In einer aktuellen Untersuchung in einem deutschen Pflegeheim waren 43% aller Bewohnerinnen von akutem (5%), rezidivierendem (23%) oder chronischem (15%) Schmerz betroffen (Wörz et al. 2005 ¹¹¹). Vor allem schmerzhafte Gelenkerkrankungen führen im Alter zu einer Einschränkung der Mobilität und der Selbstständigkeit. Körperliche Inaktivität ist wiederum ein Risikofaktor für Schmerzchronifizierung (Basler 2005 ¹¹²). Oftmals werden im Pflegeheim rezidivierende Schmerzen und Schmerzen bei pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen nicht behandelt, da sie ärztlicherseits gewöhnlich nicht direkt beobachtet werden (Wörz et al. 2005 ¹¹¹). Eine Studie machte deutlich, dass bis zu einem Drittel der Demenzkranken, insbesondere wenn die Demenz schwer ausgeprägt war, nicht in der Lage waren, Aussagen zu ihren Schmerzen zu machen (Krulwich et al. 2000 ¹¹³, Pautex et al. 2005 ¹¹⁴).

Auch depressive und andere psychiatrische Symptome treten bei Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz häufig auf. Im Rahmen von epidemiologischen Untersuchungen in süddeutschen Pflegeheimen wurde etwa ein Drittel der Demenzkranken von den Pflegekräften als apathisch und antriebsgemindert eingeschätzt (Schäufele et al. 2005a ¹¹⁵; Weyerer et al. 2006 ¹¹⁶).

Um eine funktionale Gesundheit im Sinne der ICF (International Classification of Functioning; Seidel 2005) zu erhalten oder wiederherzustellen reicht es nicht aus, lediglich eine Diagnose nach ICD (International Classification of Diseases) zu stellen. Nach einer Empfehlung der WHO ist es bei älteren Menschen unverzichtbar, im Rahmen eines multidisziplinären geriatrischen Assessments die Mobilität bzw. deren Beeinträchtigung (z.B. im Gangbild, in der Muskelkraft und Ausdauer, Sturzrisiko, Sturzvorkommen) sowie die aktuellen Aktivitäten und die soziale Teilhabe einer Person zu beurteilen. Bei Personen, die ein Risikoprofil aufweisen, sollen auch die mobilitätsassoziierten Bereiche, wie sensorische Beeinträchtigungen, Schmerz, pulmonale Erkrankungen und Medikamentenwirkungen, beurteilt und gegebenenfalls Krankheitsdiagnosen gestellt werden (Nikolaus 2000; 2001; Goetz et al. 2001). Das ICF bietet dafür die Grundlage. Die Empfehlung, die Mobilität bzw. deren Beeinträchtigung im Rahmen eines interdisziplinären geriatrischen und pflegerischen Assessments zu beurteilen, wird nach Aussage von Experten in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland jedoch noch kaum umgesetzt (Nikolaus 2000, Becker et al. 2000b).

Ziel 5: Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerin mit Demenz entsprechend behandelt und sind kompensiert. (konsentiert am 30.6.2005)

Mobilitätseinschränkungen kommen bei Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz häufig vor (siehe Ziel 4). Der Sachverhalt, dass in den Pflegedokumentationen der Betroffenen nur selten mobilitätsbezogene Krankheitsdiagnosen vorzufinden sind, kann als ein Indikator dafür betrachtet werden, dass die Möglichkeiten zur Behandlung und Kompensation nicht immer adäquat ausgeschöpft werden. Auch der vierte Altenbericht hebt die allgemeinärztliche und fachärztliche Unterversorgung von Demenzkranken hervor (BMFSFJ 2002).

Mobilitätseinschränkungen bei älteren Menschen können in vielen Fällen gebessert werden. Die empirischen Untersuchungen, die die positiven Effekte von Trainingsmaßnahmen belegen, sind bei Ziel 2 ausführlich dargestellt. Es gibt jedoch kaum belastbare Studien, die Aussagen zur Wirksamkeit von mobilitätsfördernden Trainings bei Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz erlauben. Auf Grund der Ergebnisse der bisher vorliegenden Arbeiten sowie nach Expertenmeinung können bei leicht- und mittelschwer Demenzkranken durch angepasste Trainingsmaßnahmen wahrscheinlich gute Erfolge erzielt werden. Bei Menschen, bei denen die Demenz bereits sehr weit fortgeschritten ist, dürften allerdings nur geringe Wirkungen zu erwarten sein.

Vor dem Hintergrund von Befunden, dass Mobilitätseinschränkungen durch Beeinträchtigungen der Sensorik verschärft werden können, sollte dieser Bereich besonders beachtet werden. Umgekehrt wurde festgestellt, dass die Verbesserung der Sehfähigkeit mit einer Verbesserung der Mobilität einhergeht (Salive et al. 1994 ¹⁴). Obwohl gerade sensorische Beeinträchtigungen in vielen Fällen kompensierbar sind, geschieht dies in der Praxis häufig nicht. Dieses Defizit wird durch folgende Untersuchungsergebnisse unterstrichen: Ein Viertel der demenzkranken Pflegeheimbewohnerinnen, die Einschränkungen beim Sehen aufwiesen, benutzten entweder keine Brille oder die vorhandene Brille konnte die Einschränkungen nicht adäquat kompensieren. Etwas mehr als ein Viertel der Demenzkranken trug trotz Hörbeeinträchtigungen kein Hörgerät, 3,7% hörten mit Hörgerät nur schlecht (eigene Daten aus einer Untersuchung in Pflegeheimen; nicht veröffentlicht ¹⁵).

Auch Schmerzen können die Mobilität erheblich einschränken und sind deshalb in diesem Bereich ebenfalls zu beachten. Die Interventionen im Rahmen des Schmerzmanagements sollen einerseits der Schmerzlinderung dienen. Andererseits soll dadurch die Aktivität gefördert und die Mobilität erhalten werden. Demenzkranke scheinen hinsichtlich eines adäquaten Schmerzmanagements benachteiligt zu sein. In einer Studie in norwegischen Pflegeheimen reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit Schmerzmedikation zu erhalten mit zunehmender Demenzschwere (Nygaard et al. 2005 ¹⁶). Zur Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen mit Demenz, verweisen wir vorläufig auf den Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" (DNQP 2004), der jedoch keine Empfehlungen für die Behandlung von chronifizierten Schmerzen gibt. Zur Behandlung von chronischen Schmerzen bei älteren Patientinnen haben verschiedene Organisationen (Deutsche Schmerzliga e.V.; Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.) Empfehlungen herausgegeben. Eine bessere palliative Versorgung von kommunikationsgestörten Menschen, zu der auch die Menschen mit Demenz zählen, soll durch die Vorschläge von Kunz (2002¹⁷) ermöglicht werden.

Wie verschiedene Studien gezeigt haben, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Einnahme bestimmter psychotroper Substanzen (z.B. hochpotente konventionelle Neuroleptika, langwirksame Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva) und Mobilitätsbeeinträchtigungen bei älteren Menschen (siehe Beers 1997¹⁴). Durch Schulungsprogramme und Wissensvermittlung bei Ärztinnen und Pflegekräften sowie durch psychiatrischen Liasondienst für Demenzkranke konnte die Verordnung von Neuroleptika und Psychopharmaka gesenkt und auf eine sachgerechte Verordnung hingewirkt werden (Rovner et al. 1996^{1b}; Schmidt et al. 1998^{1a}; Ballard et al. 2002^{1b}).

Um Mobilitätseinschränkungen zu kompensieren, sind Hilfsmittel, wie individuell angepasste Rollatoren, unverzichtbar. Bei nicht gehfähigen Bewohnerinnen bleibt nur die Nutzung eines Rollstuhls, um die selbstständige Fortbewegungsmöglichkeit zu erhalten. In einer amerikanischen Untersuchung in Pflegeheimen (Simmons et al. 1995¹¹) waren zwar 45% der Rollstuhlfahrerinnen in der Lage, den Rollstuhl selbstständig fortzubewegen. Genutzt wurde diese Fähigkeit jedoch nur selten. Prädiktoren für die fehlende Fortbewegung waren u.a. schwer zu lösende Bremsen, mangelnde individuelle Anpassung und fehlende Kraft im Bereich des Oberkörpers (Schulter, Arme und Hände). Bewohnerinnen mit Demenz wurden häufig von den Pflegekräften geschoben, der Anreiz sich selbstständig fortzubewegen fehlte zumeist. Die individuelle Anpassung des Rollstuhls erhöhte deutlich die Zufriedenheit, die Selbstständigkeit und die Mobilität der Nutzerinnen (Trefler et al. 2004^{1a}).

Stand März 2006

**Ziel 6: Die Bewohnerin mit Demenz erhält individuell abgestimmte Maßnahmen zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.
(konsentiert am 30.6.2005)**

Sturzereignisse sind häufig mit physischen Verletzungen und erheblichen psychosozialen Folgen, wie Sturzangst, verbunden. Sie sind eine wesentliche Ursache für Mobilitätseinschränkungen, dauerhafte Behinderung und vorzeitigen Tod im Alter. Wegen der erheblichen individuellen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen kommt der Prävention von Stürzen und Sturzfolgen bei älteren Menschen eine hohe Priorität zu.

Viele Studien konnten belegen, dass eine Demenzerkrankung ein unabhängiger intrinsischer Sturzrisikofaktor ist (u.a. Moreland et al. 2003 ^{1a}; van Doorn et al. 2003 ^{1b}; Schäufele und Weyerer 1999 ¹). Nach einer umfangreichen Arbeit, die auf 2015 neu aufgenommenen Bewohnerinnen in 59 Heimen basierte, stürzten Demenzkranke, unabhängig von anderen Risikofaktoren, fast doppelt so häufig wie Bewohnerinnen ohne Demenz (van Doorn et al. 2003 ^{1b}). Demenzkranke Altenheimbewohnerinnen mit Gangproblemen und Verhaltensauffälligkeiten, waren am meisten sturzgefährdet (Yap et al. 2003 ¹). Zusätzlich gesteigert wird das Sturzrisiko, wenn im vergangenen Jahr bereits ein Sturz vorgekommen ist. Schäufele und Weyerer (1999 ¹) fanden, dass Neuroleptika und Hypnotika/Sedativa auch unter Kontrolle anderer Risikofaktoren einen eigenständigen Beitrag zum Auftreten von Stürzen leisten. Dies wurde auch in einer Metaanalyse von Leipzig et al. (1999 ^{1a-Metaanalyse}) bestätigt. Nach Expertenmeinung kann davon ausgegangen werden, dass gefährdete demenzkranke Bewohnerinnen generell ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen und Angebote der Sturzprophylaxe erhalten sollten.

Nach den Ergebnissen einer aktuellen Studie in Pflegeheimen in Mannheim waren 12% der Bewohnerinnen mit Demenz im vergangenen Monat gestürzt (Schäufele et al. 2005a ¹; Weyerer et al. 2006 ¹). Aus internationalen Studien kann abgeleitet werden, dass jede zweite Bewohnerin mindestens einmal im Jahr stürzt. Capezuti et al. (2002 ¹) berichteten, dass im Zeitraum eines Jahres 24% der Heimbewohnerinnen, bei denen Bettseitenteile angebracht wurden, trotzdem in der Nacht stürzten und sich verletzten. Bei den Älteren führen 10% aller Stürze zu Frakturen (Gillespie et al. 2003 ^{1a-Cochrane-Review}). Stürze ohne Verletzungen haben in vielen Fällen ebenfalls Folgen, in erster Linie die Angst vor weiteren Stürzen.

Auf internationaler und nationaler Ebene gibt es mehrere Empfehlungen und Leitlinien, die Programme zur Sturzprävention thematisieren (u.a. WHO-HEN, 2004; DEGAM-Leitlinie 2004; DNQP 2005). Insbesondere im Nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe, der sich an die Pflege richtet, findet sich ein detaillierter Überblick zum Stand der Forschung hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener Interventionsprogramme zur Sturzprävention (DNQP, 2005). An dieser Stelle wird deshalb auf eine ausführliche Darstellung der Studien verzichtet wird.

Multifaktorielle Präventionsprogramme zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen lassen die Sturzraten und die sturzbedingten Verletzungen bei Älteren signifikant sinken (Chang et al. 2004 ^{1a-Metaanalyse}). Solche Befunde konnten inzwischen auch für den Pflegeheimbereich bestätigt werden (Jensen et al. 2002 ^{1b}; Becker et al. 2003 ^{1b}). Bestandteile der multifaktoriellen Interventionsprogramme waren in der Regel Schulung der Mitarbeiterinnen, Gehtraining, Training von Kraft und Balance, Verwendung von Hilfsmitteln, Überprüfung der Medikation und eine gezielte Sturzanalyse in so genannten Sturzkonferenzen.

Eine zusätzliche Umgebungsanpassung im Pflegeheim allein konnte die Sturzrate jedoch nicht reduzieren (Chang et al. 2004 *la-Metaanalyse*). Ebenso zeigte sich, dass die Sturzrate steigen kann, wenn keine geeigneten Bedingungen für die Durchführung eines Programms in den Einrichtungen geschaffen werden (Kerse et al. 2004 *lb*).

Shaw et al. (2003 *lb*) untersuchten ein Interventionsprogramm bei demenzkranken Patientinnen, die nach einem Sturz ambulant behandelt wurden (80% waren Pflegeheimbewohnerinnen). Die Anzahl der Stürze innerhalb eines Jahres konnte mit Hilfe des Programms nicht signifikant reduziert werden. Das Programm war jedoch wirksamer, wenn es ohne Unterbrechung absolviert wurde.

Die Wirksamkeit der multifaktoriellen Interventionsprogramme ist speziell bei Demenzerkrankten im Pflegeheim noch nicht ausreichend untersucht. Zwar waren in den Studien von Becker et al. (2003 *lb*) demenzkranke Bewohnerinnen eingeschlossen, eine differenzierte Datenanalyse liegt jedoch noch nicht vor. Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe (DNQP 2005) und das Expertengremium empfehlen, dass – mangels einer spezifischeren Datengrundlage – die aus den bisherigen Studien abgeleiteten Handlungsrichtlinien bei allen Bewohnerinnen mit erhöhtem Sturzrisiko umgesetzt werden sollen, unabhängig von ihrem kognitiven Status. Dringend geklärt werden muss, wie die Interventionsprogramme den kognitiven Fähigkeiten der Bewohnerinnen angepasst werden können.

Hinsichtlich der Vermeidung von Sturzfolgen, wie Hüftfrakturen, gibt es Hinweise auf die Effektivität von Hüftprotektoren bei Pflegeheimbewohnerinnen. Gerade Pflegeheimbewohnerinnen gelten als Personengruppe mit einem hohen Hüftfrakturrisiko (Parker et al. 2004 *la-Cochranereview*). Die Bereitstellung alleine ist nicht ausreichend, vielmehr sollte - besonders bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen - im Zusammenhang mit dem Einsatz von Hüftprotektoren eine demenzspezifische Schulung der Pflegekräfte erfolgen (van Schoor et al. 2003^{lb}; Meyer et al. 2003 *lb*).

Die auch in deutschen Pflegeheimen oftmals durch Sturzgefahr begründeten Fixierungen konnten internationalen Studien zufolge mit Hilfe spezieller Programme deutlich reduziert werden, ohne dass die Zahl sturzbedingter Verletzungen zunahm. Nach den Ergebnissen von Capezuti et al. (1998 *lb*) war der Rückgang von Fixierungen im Zusammenhang mit Schulung und Begleitung des Personals nicht mit einer Erhöhung der Sturzrate verbunden.

**Ziel 7: Die Bewohnerin mit Demenz und stark eingeschränkter Mobilität erhält auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen, um das Auftreten von Sekundärkomplikationen zu verringern.
(schriftlich konsentiert am 17.10.2005)**

Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass Demenzerkrankte von erheblichen Mobilitätseinschränkungen und Bettlägerigkeit betroffen sind (z.B. Selikson et al. 1988 ^{III}, Schäufele et al. 2002 ^{III}). Studien in amerikanischen Pflegeheimen weisen darauf hin, dass der Großteil der Bewohnerinnen mehr als 17 Stunden im Bett verbrachte (Bates-Jensen et al. 2004 ^{III}). Verschiedenen Studien in deutschen Pflegeheimen zufolge lagen 28% der mittelschwer bis schwer demenzkranken Bewohnerinnen den Großteil der Wachzeit im Bett (Schäufele et al. 2005a ^{III}, Weyerer et al. 2006 ^{III}). Bei 47% der demenzkranken Bewohnerinnen musste der Transfer aus dem Bett vollständig von den Pflegekräften übernommen werden, weitere 13% benötigten hierfür erhebliche Hilfe. Ähnliche Raten im Hinblick auf Bettlägerigkeit wurden jüngst in einer populationsbezogenen Studie bei Demenzerkrankten in Privathaushalten ermittelt (Schäufele et al. 2005b ^{III}).

Zegelin beschreibt in einer aktuellen qualitativen Studie Bettlägerigkeit als eine schleichende Entwicklung ausgehend von Instabilität, meistens in Verbindung mit einem Ereignis wie Sturz oder Krankenhausaufenthalt, über Immobilität im Raum bis hin zum vollständigen Aufenthalt im Bett. Obgleich Bettlägerigkeit und Immobilität alltägliche Begriffe in der Pflege sind, findet sich weder eine verbindliche Definition noch eine Abgrenzung zwischen Immobilität, starker Mobilitätseinschränkung und Bettlägerigkeit (Zegelin 2005 ^{III-qualitativ}). Unter starken Mobilitätseinschränkungen in Abgrenzung von leichteren Einschränkungen werden in der vorliegenden Arbeit Bettlägerigkeit oder ein erheblicher Hilfebedarf beim Verlassen des Bettes und bei Transfers in den Stuhl verstanden.

Stark eingeschränkte Mobilität kann mit vielfältigen Komplikationen verbunden sein: Sie kann zu zahlreichen Organkomplikationen und metabolischen Störungen führen, die besonders bei älteren, multimorbiden Menschen rascher und ausgeprägter klinisch zu Tage treten als bei jüngeren Menschen (Seiler et al. 2000). Zu den häufigsten und wichtigsten körperlichen Folgen zählen Gelenk- und Muskelkontrakturen und vor allem Dekubitusulzera. Dabei handelt es sich um so genannte körperliche Sekundärkomplikationen. Zu den psychischen Sekundärkomplikationen zählen Apathie, Isolation, Depression und ein weiterer kognitiver Abbau wegen fehlender Stimulation. Die Sekundärkomplikationen sind gleichzeitig auch Risikofaktoren für ein Fortbestehen der Immobilität.

Insgesamt ist die besondere Situation der in der Mobilität stark eingeschränkten Personen in Pflegeheimen mit Ausnahme der Prävention von Dekubitusulzeras nicht gut untersucht. In einer bundesweiten Erhebung zur Prävalenz von Dekubitus zeigte sich, dass 58,6% der He

Zur Vermeidung von körperlichen Sekundärkomplikationen gibt es wirksame Ansätze. Die vorhandene Evidenz zur Entstehung und wirksamen Prophylaxe von Dekubitusulzera ist ausführlich im Nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege dargestellt (DNQP 2004).

Es gibt Hinweise auf eine Wirksamkeit der medizinischen und physiotherapeutischen Behandlung von Kontrakturen. Allerdings muss die Einschränkung gemacht werden, dass nur wenige randomisiert kontrollierte Studien vorliegen und kaum Studien für ältere Patientinnen (Hackauf, Institut für Pflegewissenschaft Witten/Herdecke 2004, nicht veröffentlicht *Ila*-Review*). Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Kontrakturenprophylaxe ist bislang nicht empirisch untersucht. Über die Effektivität der derzeit in der Pflege üblichen Lagerungstechniken und passiven Bewegungsübungen kann deshalb keine evidenzbasierte Aussage getroffen werden.

In jüngerer Zeit wurden weitere pflegerische und therapeutische Ansätze entwickelt, um körperliche und psychische Folgeerscheinungen von schweren Mobilitätseinschränkungen bei Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium zu minimieren. Beispiele hierfür sind die bedürfnisorientierte Pflege (z.B. Finnema et al, 2000 *III-Review*), die basale Stimulation (z.B. Bienstein und Fröhlich 2004) oder Snoezelen (z.B. van Weert et al. 2005 *Ib*). Hinsichtlich der Wirksamkeit dieser Ansätze bei älteren Menschen mit Demenz liegen allerdings ebenfalls noch kaum empirisch gut gestützte Befunde vor (Gräsel et al. 2003 *III-Review*).

Sowohl die pflegerischen Maßnahmen zur Kontrakturenprophylaxe, wie Lagerung und passive Bewegungsübungen, als auch die neueren Therapieansätze in der Pflege und Betreuung von Schwerstdemenzkranken, wie basale Stimulation und Snoezelen, haben sich laut Aussage von Praxisexpertinnen und Angaben in Lehrbüchern als nützlich und hilfreich erwiesen. Solange es keine anderen Erkenntnisse oder gegenteiligen Befunde gibt, sollten Maßnahmen, die sich bislang in der Praxis bewährt haben, weiter angewendet werden.

Stand März 2006

Sonderfall: Bei der Bewohnerin mit Demenz sind bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen abzuwenden.

In der uneingeschränkten Fortbewegung manifestieren sich Selbstständigkeit und Autonomie des Individuums. Diese sind gerade für Demenzkranke ein fundamentaler Bestandteil von Lebensqualität. Eine Einschränkung kann nach § 1906 Abs. 4 BGB nur dann erfolgen, wenn Demenzkranke den Risiken, die mit der uneingeschränkten Fort

Stand März 2006

Nach eigenen Untersuchungen werden fast ausschließlich demenzkranke Bewohnerinnen mit Gurt oder Stecktisch fixiert. Im Laufe von vier Wochen wurden 20% der nicht bettlägerigen Demenzkranken mittels Gurt oder Stecktisch fixiert, bei der Hälfte aller Demenzkranken wurde ein Bettseitenteil angebracht (Schäufele et al. 2005a ^{III}; Weyerer et al. 2006 ^{III}).

Weitere Risikofaktoren für Fixierungen waren nach den Befunden schwedischer und amerikanischer Studien Einschränkungen in der Alltagskompetenz, Sturz in der Vergangenheit, Mobilitätseinschränkungen, Einschränkungen in der Kommunikation und die Verordnung von Neuroleptika (Karlsson et al. 1996 ^{III}; Castle et al. 1997 ^{III}). Bei erhaltener Gehfähigkeit war das Auftreten von störendem Verhalten, wie aggressives und bedrohliches Verhalten und Umherwandern, ein zusätzlicher signifikanter Risikofaktor. Auch in deutschen Pflegeheimen ergab sich eine ähnliche Rangfolge von häufig genannten Gründen für eine Fixierung: Sturzgefahr (75%), Gehunfähigkeit (56%), Unruhe, Verwirrtheit und Selbstgefährdung (jeweils 36%) (Klie et al. 2005 ^{III}).

Bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen sind mit schwerwiegenden Komplikationen verbunden. In Studien wurde gezeigt, dass Fixierungen mit Gurt das Risiko für Verletzungen um das Vierfache erhöhen (Jonghe-Rouleau et al. 2005 ^{III}). Auch Castle et al. (1998 ^{III-Review}) und Hamers et al. (2005 ^{III-Review}) stellen neben den Risikofaktoren für Fixierungen die schädigenden Konsequenzen von bewegungseinschränkenden Maßnahmen dar: Stürze, psychologische Folgen, erhöhte Mortalität und Druckgeschwüre.

Eine Behandlung mit Psychopharmaka oder Hypnotika kann nicht generell als freiheitsentziehende Maßnahme gewertet werden, sondern verlangt eine differenzierte Betrachtungsweise (Walter 2005). Viele Psychopharmaka und Sedativa wirken bewegungseinschränkend, vor allem wenn nicht altersgemäße Substanzen, wie sie z.B. in den Beers-Kriterien beschrieben sind (Beers 1997^{IV}), verordnet wurden. Werden jedoch altersadäquate Medikamente zu Heilzwecken mit entsprechender Diagnostik und Indikation verordnet, handelt es sich nach deutscher Rechtsprechung nicht um eine genehmigungspflichtige freiheitsentziehende Maßnahme, auch wenn der Bewegungsdrang dadurch eingeschränkt wird (Hoffmann et al. 2004). In einer Untersuchung von Klie et al. (2005 ^{III}) war bei 36% der Heimbewohnerinnen, die Psychopharmaka erhielten, keine adäquate Diagnose in den Unterlagen vermerkt. Auch in einem Frankfurter Pflegeheim lag bei 45% der untersuchten Heimbewohnerinnen keine ausreichende Indikation für die Gabe von Psychopharmaka vor (Pantel et al. 2005 ^{III}).

In der Vergangenheit zeigten insbesondere Studien aus den USA und skandinavischen Ländern (Evans et al. 2002 ^{III-Review} und Hamers et al. 2005 ^{III-Review}), dass durch gezielte konzeptionelle Vorgaben (multidisziplinär und multifaktoriell, wie z.B. Qualitätszirkel, Schulungsprogramme, Durchführung von entsprechenden Assessments, Veränderungen im Management) in Pflegeheimen die Fixierungsrate und damit die Einschränkung von Bewegungsfreiheit und Mobilität reduziert werden konnten. Die Reduktion der Fixierungen war nicht mit einer erhöhten Zahl von sturzbedingten Verletzungen verbunden, so dass der häufigste Fixierungsgrund im Pflegealltag, die Sturzgefahr, auch nach Expertenmeinung nicht haltbar ist. Inwieweit die Reduktion der Fixierungen Auswirkungen auf eine Verbesserung der Mobilität der Bewohnerinnen hatte, geht aus den vorliegenden Studien nicht hervor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Möglichkeit sich fortzubewegen der Gehfähigkeit der Bewohnerinnen zuträglicher ist als die Anwendung von körpernahen Fixierungen.

Beim Vergleich von traditionellen und besonderen Formen der Demenzkrankenbetreuung zeigte sich, dass in Heimen mit besonderer Form der Demenzkrankenbetreuung die Anwendung bewegungseinschränkender Maßnahmen signifikant geringer ist. In der besonderen Demenzkrankenbetreuung in Hamburg waren – bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen - 7% der Demenzkranken fixiert, während bei 22% ein Bettseitenteil angebracht wurde. Im Vergleich dazu war das Risiko fixiert zu werden bei Bewohnerinnen in traditionellen Heimen fünfmal so hoch (Weyerer et al. 2006 ^{1b}).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch eine Betreuung, die sich an den Bedürfnissen und Einschränkungen der demenzkranken Bewohnerinnen orientiert, die Anwendung bewegungseinschränkender Maßnahmen deutlich gesenkt werden kann.

Stand März 2006

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Stand März 2006

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 1

Für die Bewohnerin mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin		Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Einrichtung	Extern Beteiligte	
Bewohnerin mit Demenz					Professionen	Bezugspersonen
<p>A nimmt die mobilitätsfördernde und auffordernde Heimumgebung entsprechend ihren Bedürfnissen an.</p>			<p>A setzt die konzeptionellen Vorgaben des Trägers/Managements im Wohnbereich um 1+2</p>	<p>A sorgt für eine räumliche Umgebung, die mobilitätsfördernd und auffordernd ist 1</p> <p>B macht konzeptionelle Vorgaben für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken, die die Mobilität fördern und zur Mobilität auffordern 2</p>		<p>A Angehörige: unterstützen die mobilitätsfördernde und auffordernde Milieugestaltung 3</p>

Hinweise:

- 1** u.a. Barrierefreiheit in der Einrichtung, d.h. keine Stolperstellen, Zugänglichkeit aller Räumlichkeiten auch für mobilitätseingeschränkte Personen; gute, blendfreie Beleuchtung; Handläufe; Wege ohne Sockgassen; Wandermöglichkeiten im Innenbereich; Ruheplätze an den Wegen; Streichelzooecke; abwechslungsreiche Spazierwege mit Ruhemöglichkeit in geschützter Grünfläche; Kennzeichnung der wichtigsten Räume und Zimmer durch Symbole, die für Demenzkranke erkennbar sind; Gelegenheit zum Räumen und zu anderen Tätigkeiten bieten, die zur Bewegung anregen; Angebote sichtbar präsentieren, wie Wäschekorb, Kataloge, u.ä..
- 2** z.B. akzeptierende und wertschätzende Haltung und Kommunikation; biographieorientierte und mobilitätsfördernde Angebote, speziell abgestimmte positive Motivierung zu Bewegung und Aktivität (siehe auch folgende Kriterien);
- 3** u.a. Mitbringen von eigenen Möbeln, um Demenzkranke zu motivieren, sich innerhalb des Raumes zu bewegen und sich dort zu beschäftigen; Mitbringen von Topfpflanzen zum Gießen.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 2

Die Bewohnerin mit Demenz nimmt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Einrichtung	Extern Beteiligte
<p>Bewohnerin mit Demenz</p> <p>A gibt den Mitarbeiterinnen Auskunft über Gewohnheiten und Vorlieben im Hinblick auf ihre körperliche Aktivitäten ❶.</p> <p>B entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten, ob und in welchem Umfang sie sich an den Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beteiligt.</p> <p>C nimmt ihren Bedürfnissen und Bedarfen entsprechend an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil und setzt dafür - falls erforderlich - vorhandene eigene finanzielle Mittel ein.</p>	<p>A informiert die Mitarbeiterinnen über die Gewohnheiten und Neigungen im Hinblick auf körperliche Aktivitäten der Bewohnerin mit Demenz ❶.</p> <p>B entscheidet - ausgehend von den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen -, ob und in welchem Umfang sie die Angebote zur Ernährung und Förderung der Mobilität wahrnimmt.</p> <p>C setzt - falls erforderlich - zur Erhaltung und Förderung der Mobilität vorhandene finanzielle Mittel ein.</p>	<p>A informiert sich im Rahmen der Pflegeplanung speziell über Vorlieben im Hinblick auf körperliche Aktivitäten ❶. Stellt im Rahmen der Pflegeanamnese abweichende Bewegungsmuster fest und dokumentiert diese ❷.</p> <p>B unterstützt die Entscheidungsfindung mit dem Ziel, eine optimale Balance zwischen individuellen Bedürfnissen und Bedarfen zu erreichen.</p> <p>D versteht Beweglichkeit einschl. "Umherwandern" als körperliche Aktivierung und selbstbestimmte Eigenaktivität und unterbindet sie nicht.</p> <p>E macht Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und führt therapeutisch initiierte Programme fort ❸.</p> <p>F fördert die Mobilität durch in den Tagesablauf integrierte Handlungen ❹.</p>	<p>A sorgt für geeignete räumliche und technische Voraussetzungen zur Durchführung von gezielten Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität von Menschen mit Demenz ❷.</p> <p>B stellt interne und externe personelle Ressourcen für gezielte Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität Demenzkranker sicher ❹.</p>	<p>Professionen</p> <p>A Angehörige: informierten die Mitarbeiterinnen über die Gewohnheiten und Neigungen der Bewohnerin im Hinblick auf körperliche Aktivitäten ❶.</p> <p>B Angehörige/Freiwillige: unterstützen die Entscheidungsfindung für individuell angepasste Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.</p> <p>C Angehörige/Freiwillige: ermutigen und unterstützen die Wahrnehmung von mobilitätsfördernden Angeboten.</p> <p>D Angehörige/Freiwillige: bieten innerhalb und außerhalb der Einrichtung Aktivitäten an, die die Mobilität fördern ❷.</p>

Hinweise:

- ❶ z.B. über frühere sportliche Aktivitäten, Tanzen, Wandern, Gartenarbeit, anstrengende körperliche Arbeit, handwerkliche Bestätigung;
- ❷ u.a. größere Räume oder Sitzecken für Angebote zur Körperlichen Aktivierung, Spielgeräte wie Bälle, Fallschirm, Therabänder in verschiedenen Stärken, Möglichkeit zum Abspielen von Musik;
- ❸ z.B. reduzierter Bewegungsantrieb, Bewegungsmuster, entweder durch klinische Einschätzung der Pflege- und Betreuungskräfte oder mit Hilfe eines systematisierten Beobachtungsverfahrens zum Bewegungsverhalten (z.B. Typologie nach Hope et al., 2001 oder die Algase Wandering Scale V2, 2003);
- ❹ z.B. über frühere sportliche Aktivitäten, Tanzen, Wandern, Gartenarbeit, anstrengende körperliche Arbeit, handwerkliche Bestätigung; u.a. Fortbildungsmöglichkeiten im Kraft- und Balancetraining; Kooperation mit externen Krankengymnastinnen, Bewegungs- und Sporttherapeutinnen; haftungsrechtliche Absicherung der Freiwilligen für ihre Tätigkeiten;
- ❺ z.B. bewegungsfördernde Gruppen- und Einzelaktivitäten (bisherige Erkenntnisse lassen auf Wirksamkeit eines angeleiteten Kraft- und Muskeltrainings in Kombination mit Musik oder netter Unterhaltung im Gehen schließen: 2 x wöchentlich à 30 Minuten); es sollen nicht nur Angebote im Sitzen und nicht ausschließlich mit Theraband gemacht werden; die Bewegungsprogramme sollten von Therapeutinnen initiiert werden und können von den Pflegekräften fortgeführt werden;
- ❻ z.B. Motivation zur Fortbewegung und zur Teilnahme an Aktivitäten, gemeinsamer Gang zu den Mahlzeiten im Speisesaal; gemeinsames Gehen im Zusammenhang mit Besuch der Toilette; kurzzeitige Einbindung in kleinere hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Staubwischen, Tisch wischen;
- ❼ z.B. Gestaltung der Besuche durch Spaziergänge und Angebote, die mit Bewegung verbunden sind, u.a. Blumenpflege im Zimmer oder auf dem Balkon.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 3

Gefährdungen der Bewohnerin mit Demenz beim unbemerkten Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Durch auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen verringert.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin		Einrichtung		Extern Beteiligte	
Bewohnerin mit Demenz	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Träger/Management	Professionen	Bezugspersonen
	<p>A schätzt gemeinsam mit der Mitarbeiterin und Angehörigen die Gefährdungen für die demenzkranke Bewohnerin durch das unbemerkte Verlassen der Einrichtung ein.</p> <p>B entscheidet in einer individuell ausgerichteten Güterabwägung zwischen Mobilität und Sicherheit und in Absprache mit Mitarbeiterinnen, Ärztinnen und Angehörigen über die anzuwendenden Maßnahmen.</p> <p>C entscheidet in schweren Fällen unter Abwägung der Gesamtsituation über eine Unterbringung der Bewohnerin mit Demenz in einem beschützenden oder geschlossenen Wohnbereich.</p>	<p>A erforscht die Motive der demenzkranken Bewohnerin zum Verlassen des Hauses ❶.</p> <p>B schätzt im Rahmen der Pflegeanamnese die Gefährdungen durch das unbemerkte Verlassen der Einrichtung ein ❶.</p> <p>C berät über individuell angepasste Angebote, um schwerwiegende Verletzungen, die durch das unbemerkte Verlassen der Einrichtung drohen, zu vermeiden.</p> <p>D setzt die Maßnahmen um ❶.</p>	<p>A schafft räumliche und technische Voraussetzungen für individuell angepasste Angebote zur Vermeidung von schwerwiegenden Verletzungen ❶.</p> <p>B entwickelt für die Mitarbeiterinnen ein einrichtungsbezogenes Konzept, das den Umgang mit demenzkranken Bewohnerinnen, die sich durch das unbemerkte Verlassen der Einrichtung gefährden, regelt.</p> <p>C ist in regelmäßigem Kontakt mit Polizei und Nachbarschaft und wirbt für Kooperation im Zusammenhang mit vermissten Bewohnerinnen.</p>	<p>A Ärztin: berät über individuell geeignete Therapien zur Vermeidung von schwerwiegenden Schäden.</p> <p>B RichterIn: zuständiges Vormundschaftsgericht genehmigt die Einwilligungen in technische Maßnahmen und subjektive Barrieren ❶.</p>	<p>A Angehörige: geben Mitarbeiterinnen Auskunft über Verhaltensweisen der Bewohnerinnen mit Demenz außerhalb der Einrichtung, um eine Einschätzung der Gefährdungen zu ermöglichen ❶.</p> <p>B Angehörige/Freiwillige: bieten zur Unterstützung der Einrichtung eigene Aktivitäten für die Bewohnerin an ❶</p>

Hinweise:

- ❶ u.a. sind mögliche Motive "Hinlaufen", "Spazierengehen", "Flüchten" (siehe Handlungsempfehlungen zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei Demenzkranken - DED, 14-15);
- ❷ z.B. besondere Gestaltung des Bodens und der Türen; Installation eines Alarmsystems; verdeckte Türöffnerfunktionen; heiminterne "sichere" Wege zum Spazierengehen mit Ruhemöglichkeit im Haus und auf geschützter Freifläche; besondere Angebote für den Abend, z.B. Nachtcafé;
- ❸ z.B. abhängig vom Verhalten im Straßenverkehr; der Lage der Einrichtung, wie z.B. Nähe zu verkehrsreichen Straßen oder Bahnhöfen; Kenntnis der Wege zu bevorzugten Orten;
- ❹ setzt z.B. Validation und musikalische Angebote ein; schafft Anreize und bietet Beschäftigungsmöglichkeiten; sorgt für stressarme und wohnungsähnliche Umgebung; kaschiert Ausgangstüren; erstellt bewohnerinnenbezogene Suchkarte mit Personenbeschreibung, aktuellem Foto und bevorzugten Orten; Kennzeichnung der Kleidungsstücke oder der Handtasche mit Namen und Telefonnummer der Einrichtung;
- ❺ z.B. optische Hemmschwellen, wie Türen kaschieren; Klingelmatten am Ausgang; Installation eines Alarmsystems, verdeckte Türöffnerfunktionen, elektronische Fußfesseln;
- ❻ gehen z.B. regelmäßig mit demenzkranker Bewohnerin spazieren; frühere Nachbarschaft wird über neuen Wohnort informiert (Name und Tel.-Nr. der Einrichtung);

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 4

Bei der Bewohnerin mit Demenz sind Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen identifiziert.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin mit Demenz	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Einrichtung Träger/Management	Extern Beteiligte	Bezugspersonen
<p>A willigt im Rahmen ihrer Möglichkeiten in die ärztliche Abklärung und Diagnostik der Einschränkungen von Mobilität und mobilitätsassoziierten Funktionen ein.</p>	<p>A willigt in die ärztliche Abklärung und Diagnostik der Einschränkungen von Mobilität und mobilitätsassoziierten Funktionen ein.</p>	<p>A erhebt, evaluiert und dokumentiert im Rahmen der Pflegeteamarbeit systematisch Ressourcen und Einschränkungen der Mobilitätsassoziierten Funktionen¹.</p> <p>B wirkt bei Personen mit einem Risikoprofil auf die ärztliche Abklärung und Diagnostik der Einschränkungen der Mobilität und mobilitätsassoziierten Funktionen hin.</p>	<p>A ermöglicht bei Bedarf die fachärztliche Betreuung der Bewohnerin mit Demenz³.</p>	<p>A Ärztin: stellt mit geeigneten Verfahren im Rahmen des geriatrischen Assessments den Mobilitätsstatus sowie Art und Ausmaß weiterer funktioneller Störungen fest²</p> <p>B Ärztin: diagnostiziert die Ursachen der Mobilitäts Einschränkungen⁴</p> <p>C Ärztin: dokumentiert die Diagnosen in der bewohnerbezogenen Pflegedokumentation.</p>	<p>A Angehörige: informieren über vorhandene Mobilitätseinschränkungen und - Ursachen.</p>

Hinweise:

- ¹ z.B. durch Assessmentinstrument wie Berthel-Skala; Feststellen von Seh- und Hörbeeinträchtigungen; Einschätzen von Schmerzen und Angst vor Stürzen;
- ² z.B. Screening nach Lachs; modifizierten Romberg-Test; Chair-Rise-Test; Gehtempo; Tinetti-Test; Short Performance Physical Battery;
- ³ z.B. enge Kooperation mit Fachärzten in der Umgebung, um Fachärzte zu Besuchen im Heim zu motivieren; Fahrdienstangebote zu Facharztpraxen;
- ⁴ z.B. Balancedefizit; Sehstörungen; Muskelatrophie; unsachgemäße Medikation und Nebenwirkungen von Medikamenten, besonders bei Psychopharmaka; Depression; Schmerzen.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 5
Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohnerin mit Demenz entsprechend behandelt und sind kompensiert.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin		Einrichtung		Extern Beteiligte	
Bewohnerin mit Demenz	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Träger/Management	Professionen	Bezugspersonen
<p>A entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten über die Durchführung der Behandlung.</p> <p>B setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel für die Behandlung von Einschränkungen der Mobilität und mobilitätsassoziierter Funktionen ein.</p> <p>C verwendet Hilfsmittel und beteiligt sich an den geplanten Interventionen.</p>	<p>A entscheidet unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der demenzkranken Bewohnerin über die Durchführung der Behandlung.</p> <p>B trägt Sorge für Verordnungs- und Genehmigung der notwendigen Hilfsmittel und Therapien.</p> <p>C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel für die Behandlung von Mobilitätseinschränkungen ein.</p>	<p>A berät mit allen relevanten Beteiligten und unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der demenzkranken Bewohnerin über die Behandlung.</p> <p>B stellt sicher, dass die geeigneten Hilfsmittel verfügbar sind und verwendet werden².</p> <p>C unterstützt die therapeutischen Bemühungen durch gezielte Angebote im Rahmen der aktivierenden Pflege³.</p>	<p>A ermöglicht im Bedarfsfall die weitergehende fachärztliche Betreuung.</p> <p>B stellt Zusammenarbeit mit dem Sanitätsfachhandel sicher.</p> <p>C fördert die Kooperation mit externen Therapeutinnen.</p>	<p>A Ärztin: informiert demenzkranke Bewohnerin bzw. ihre gesetzliche Vertreterin über Art und Ursache der Einschränkungen ihrer Mobilität und mobilitätsassoziierter Funktionen sowie über Möglichkeiten der Therapie oder Intervention¹.</p> <p>B Ärztin: verordnet die notwendigen Therapien, kompensierenden Hilfsmittel (ggf. in Abstimmung mit Therapeutin) und adäquaten Medikamente¹.</p> <p>C Sanitätsfachhandel: sorgt für die sorgfältige Anpassung der geeigneten mobilitätsfördernden Hilfsmittel⁴.</p> <p>D Therapeutin: führt die geplanten Interventionen durch⁵.</p>	<p>A Angehörige/Freiwillige: ermutigen und unterstützen bei der Wahrnehmung der therapeutischen Interventionen.</p>

Hinweise:

- ❶ u.a. Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft und Beweglichkeit, Schmerzmanagement, Behandlung von Seh- und Hörbeeinträchtigungen, depressiven Symptomen, Apathie; Anpassung der Medikamentenverordnung an die Kriterien einer sachgerechten Medikation im Alter; regelmäßige Absetzversuche bei Psychopharmaka;
- ❷ stellt u.a. Kontakt zum Sanitätsfachhandel her, informiert bei Reparaturbedarf gesetzliche Vertreterin, damit diese die erforderlichen Schritte in die Wege leitet;
- ❸ u.a. Motivation zur Fortbewegung; Unterstützung bei kurzen und langen Gehstrecken; Unterstützung bei der Anwendung der Seh- und Hörhilfen; Motivation zur Benutzung der Hilfsmittel zur Fortbewegung; Anwendung des Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement; Anleitung und Aufforderung von Rollstuhlbenutzer/innen zum selbstständigen Fahren; Überprüfen der Hilfsmittel;
- ❹ u.a. Anpassung des Rollators an die Größe der Bewohnerin, an die Verformungen der Hände; Anpassung der Rollstühle an das Gewicht und die Beinkänge der Bewohnerin;
- ❺ Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft, des Gleichgewichts und der Beweglichkeit, Einsatz und Überprüfung von kompensierenden Hilfsmitteln.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 6

Die Bewohnerin mit Demenz erhält individuelle Angebote zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Einrichtung	Professionen	Extern Beteiligte
A entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten über die Durchführung der individuellen Angebote.	A entscheidet unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe über die Durchführung der individuellen Angebote.	A wendet das Konzept zur Sturzprophylaxe bei Demenzzkranken basierend auf dem Nationalen Expertenstandard in der Pflege an ^① .	A entwickelt auf Basis des Nationalen Expertenstandards "Sturzprophylaxe" in der Pflege ein Konzept unter Berücksichtigung der besonderen Situation Demenzzkranker ^② .	A Ärztin: wendet aktuelle Leitlinie zu Stürzen im Alter an ^③ .	Bezugspersonen
B beteiligt sich an den vereinbarten Angeboten zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen.	B unterstützt die Umsetzung der verschiedenen Angebote zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ^④ .	B Hauswirtschaftskraft: reinigt die Böden unter Beachtung der Sturzgefahr.		B Therapeutin: führt bei demenzkranker Bewohnerin mit erhöhtem Sturzrisiko Maßnahmen durch, um die therapeutisch beeinflussbaren Risikofaktoren zu reduzieren ^⑤ .	A Angehörige/Freiwillige: ergänzen therapeutische Maßnahmen mit bewegungsfördernden Angeboten.
C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ein ^⑥ .	C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ein ^⑥ .				

Hinweise:

- ① Klinische Einschätzung des Sturzrisikos; Erfassung der extrinsischen (=außerhalb der Person liegende) und intrinsischen (innerhalb der Person liegende) Sturzrisikofaktoren; Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans; Umsetzung des Maßnahmenplans; Dokumentation und systematische Analyse von Stürzen in regelmäßig stattfindenden Sturzkonferenzen, empfohlen wird wöchentlich;
- ② sorgt z.B. für eine Umgebung ohne extrinsische Risikofaktoren; kooperiert mit externen Therapeutinnen für die Bereitstellung eines regelmäßigen Angebotes von Kraft- und Balancetraining in Kleingruppen speziell für Demenzzranke;
- ③ z.B. DEGAM Leitlinie "Älterer Sturzpatient", 2004 oder internationale Leitlinie zu "Sturz im Alter" von WHO-HEN, 2004 mit folgenden Handlungsbereichen: Diagnostik der Sturzursache; Diagnostik der Sturzgefährdung; Modifikation der medizinisch beeinflussbaren Risikofaktoren, wie Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen, Korrektur von iatrogenen Sturzursachen und Beachtung einer altersadäquaten Medikamentenverordnung, Visusverbesserung, Verordnung von Gehhilfen; Empfehlungen im Rahmen des hausärztlichen Gespräches, wie Benutzung von Sehhilfen, Optimierung der Beleuchtung, Beseitigung von Stolperfallen, Tragen stabiler Schuhe, Tragen von Hüftprotektoren, Teilnahme an Angeboten zur Verbesserung von Balance und Kraft;
- ④ sorgt z.B. für geeignetes Schuhwerk und Kleidung;
- ⑤ z.B. für Hüftprotektoren, Sehhilfen, Hörhilfen, geeignete Kleidung;
- ⑥ sturzpräventive Übungen zur Stärkung der Muskelkraft und des Gleichgewichts (siehe Modellprojekt AOK Baden-Württemberg; Becker et al 2005).

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 7

Die Bewohnerin mit Demenz und stark eingeschränkter Mobilität erhält auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Angebote, um das Auftreten von Sekundärkomplikationen zu verringern.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Einrichtung	Professionen	Extern Beteiligte
Bewohnerin mit Demenz					
<p>A entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten über die Durchführung von Interventionen zur Vermeidung oder Behandlung von möglichen Sekundärkomplikationen.</p> <p>B wirkt an den vereinbarten Interventionen zur Prophylaxe und Behandlung von Sekundärkomplikationen mit.</p> <p>C übernimmt im Bedarfsfall zusätzliche Kosten</p>	<p>A entscheidet unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe sowie in Absprache mit der Mitarbeiterin und Ärztin über die Ausgestaltung der Interventionen zur Vermeidung und Behandlung von möglichen Sekundärkomplikationen.</p> <p>B setzt sich für die Verordnung von Therapien und Hilfsmitteln ein⁵.</p> <p>C übernimmt im Bedarfsfall zusätzliche Kosten.</p>	<p>A schätzt im Rahmen der Pflegeanamnese das Risiko für bzw. - wenn bereits bestehend - das Ausmaß von Sekundärkomplikationen durch stark eingeschränkte Mobilität ein¹.</p> <p>B informiert zu möglichen Sekundärkomplikationen und kennt entsprechende Prophylaxen sowie gezielte Behandlungsangebote⁶.</p> <p>C Setzt die vereinbarten Maßnahmen zur Prophylaxe bzw. Behandlung von Sekundärkomplikationen um⁵.</p> <p>D setzt sich für die Verordnung von Therapien und Hilfsmitteln ein⁵.</p>	<p>A entwickelt auf Basis des Nationalen Expertenstandards "Dekubitusprophylaxe" in der Pflege ein Konzept unter Berücksichtigung der besonderen Situation Demenzkranker.</p> <p>B sorgt für geeignete technische und personelle Voraussetzungen für gezielte Angebote zur Verringerung/Behandlung von Sekundärkomplikationen⁴.</p>	<p>A Ärztin: diagnostiziert Art, Ausmaß und Ursachen von Körperlichen und psychischen Sekundärkomplikationen durch stark eingeschränkte Mobilität².</p> <p>B Ärztin: berät mit allen Beteiligten über einen geeigneten Interventionsplan.</p> <p>C Ärztin: verordnet Therapien und Hilfsmittel im Rahmen eines individuell abgestimmten Interventionsplans⁵.</p> <p>D Therapeutin: führt die vereinbarten Interventionen durch.</p>	<p>A Angehörige/Freiwillige: ermutigen und unterstützen Maßnahmen zur Prophylaxe und Behandlung.</p> <p>B Angehörige: setzen Anregungen zur sensorischen Stimulation im Zimmer um.</p> <p>C Freiwillige: bieten Besuchsdienste für bettlägerige Demenzkranke an.</p>

Hinweise:

- ❶ z.B. durch klinische Einschätzung der Pflegefachkraft oder mit Dekubitusrisikoskala wie im Nationalen Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe" empfohlen;
- ❷ u.a. Gelenk- und Muskelkontrakturen; Druckgeschwüre; Infektionen; Depression; Apathie; soziale Isolation; wahnhaft und halluzinatorische Symptome
- ❸ u.a. weitere Anwendung des Nationalen Expertenstandards "Dekubitusprophylaxe"; pflegerische Prophylaxen wie Kontrakturenprophylaxe, Pneumonieprophylaxe, individueller Bewegungsplan mit z.B. stundenweisem Transfer aus dem Bett; Bewegungstherapie und Massagen; Ausrichtung der Pflege am Konzept nach Bobath und der Basalen Stimulation; andere sensorische Stimulation wie Duftöle; mobiler Snoezelenwagen;
- ❹ z.B. Antidekubitusmatratzen und -kissen, Lagerungskissen, Fortbildungen im Bewegungskonzept nach Bobath, in Basaler Stimulation, Materialien für Basale Stimulation und Snoezelen; Angebote von Einzelbeschäftigung für Bewohnerinnen, die den Großteil der Zeit im Bett verbringen;
- ❺ z.B. Schmerztherapie; Verordnung eines Pflegerollstuhls; Verordnung von Ergotherapie, Bewegungstherapie und Massagen.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Sonderfall

Bei der Bewohnerin mit Demenz sind bewegungseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen abzuwenden.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Einrichtung	Extern Beteiligte
<p>A Bewohnerin mit Demenz</p> <p>A entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten in einer Güterabwägung zwischen Mobilität und Sicherheit, ob bewegungseinschränkende Maßnahmen angewendet werden sollen.</p> <p>B willig bei Einwilligungsfähigkeit in die Anwendung von bewegungseinschränkenden Maßnahmen ein.</p>	<p>A entscheidet - wenn Bewohnerin nicht einwilligungsfähig ist - nach einer an den individuellen Bedürfnissen orientierten Güterabwägung zwischen Mobilität und Sicherheit über bewegungseinschränkende Maßnahmen.</p> <p>B beantragt die Genehmigung ihrer Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen beim Vormundschaftsgericht, wenn die demenzkranke Bewohnerin nicht in die bewegungseinschränkenden Maßnahmen einwilligen kann.</p>	<p>A berät mit allen relevanten Beteiligten die Alternativen zu bewegungseinschränkenden und/oder freiheitsentziehenden Maßnahmen und prüft im interdisziplinären Dialog eingehend die Notwendigkeit und den Umfang der Maßnahmen.</p> <p>B wendet bewegungseinschränkende Maßnahmen nur nach Einwilligung der Bewohnerin mit Demenz an.</p> <p>C wendet freiheitsentziehende Maßnahmen nur nach Einwilligung der gesetzlichen Vertreterin und nach Vorliegen der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung an.</p> <p>D überprüft die vorliegende Legitimation regelmäßig auf ihre Gültigkeit und prüft die Notwendigkeit und Angemessenheit der Maßnahme.</p>	<p>A legt Richtlinien für die Anwendung von bewegungseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Einrichtung fest.</p> <p>B hat die aktuelle Übersicht über die Anzahl, Art, Begründungen und Legitimationen der bewegungseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen.</p>	<p>Professionen</p> <p>A Ärztin: berät mit allen relevanten Beteiligten über die Indikation, Dauer und Art von bewegungseinschränkenden und/oder freiheitsentziehenden Maßnahmen.</p> <p>B Ärztin: berücksichtigt in einem Gutachten zur Genehmigung der Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen alle relevanten Tatsachen.</p> <p>C RichterIn: erteilt die Genehmigung in freiheitsentziehende Maßnahmen unter Berücksichtigung aller relevanten Informationen hinsichtlich der grundgesetzlich geschützten Bewegungsfreiheit und nach persönlicher Anhörung.</p> <p>D Ärztin: minimiert die Verordnungen von Medikamenten mit bewegungseinschränkenden Nebenwirkungen.</p>

Glossar

Das Glossar enthält Begriffe, die im Qualitätsniveau verwendet werden. Es wurde in Abstimmung mit den Experten entwickelt und soll dem besseren Verständnis dienen.

Algase Wandering Scale	Assessmentverfahren in der Entwicklung zur systematischen Einschätzung des „Wanderverhaltens“ demenzkranker Pflegeheimbewohnerinnen; setzt sich aus 38 Items zusammen, die der differenzierten Erfassung des „Wanderverhaltens“ dienen. Es liegt keine deutsche Übersetzung vor.
Alltagskompetenz	Oberbegriff für Fähigkeiten, die eine Person benötigt, um in ihrem Alltag gut zurecht zu kommen (z.B. sich waschen und anziehen, sich etwas zu essen machen, sich um finanzielle Belange kümmern)
Anamnese	Erhebung der Krankheitsgeschichte und der Biographie.
Antidementiva	Zur Behandlung von Demenzen eingesetzte hirntonleistungsfördernde Medikamente
Assessment	Differenzierte Erfassung und Einschätzung einer Situation (z.B. Mobilitätsstatus)
Diagnostik	Lehre des Erkennens und Unterscheidens von Krankheiten mit den entsprechenden Methoden. Untersuchungsprozess zur Feststellung einer Krankheit.
Empirisch	Durch eine wissenschaftliche Untersuchung gestützt
Evidenz	Wissensbasierter Beleg; aus dem Englischen stammender Begriff, abgeleitet von „evidence-based“, zur Beurteilung von Informationen aus wissenschaftlichen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen. Die Qualität der Evidenzlage hängt wesentlich von der methodischen Güte der zugrunde liegenden Studien ab.
Evidenzstufe	Einteilung der wissenschaftlichen Belege analog der Qualität der Qualität der zugrunde liegenden Studie oder Vorgehen. Metaanalysen erhalten die höchste Evidenzstufe Ia, Expertenmeinungen und klinischen Erfahrungen erhalten die niedrigste Evidenzstufe IV. (Klassifizierung nach AHCPR und Deutschem Cochrane Zentrum)
Externe	Professionen (z.B. Ärztinnen, Therapeutinnen) oder andere Personen (z.B. Angehörige, Freiwillige) von außerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung, die bestimmte Aufgaben bei der Versorgung und Betreuung der Bewohnerinnen übernehmen.
geriatrisch	Altersmedizinisch, Fachrichtung der Medizin für die Versorgung älterer Menschen
Hypnotika	Schlafmittel

Infrastrukturell	Die strukturellen Gegebenheiten (z.B. baulicher oder organisatorischer Art) innerhalb einer Einrichtung betreffend.
Interdisziplinär	Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen, Professionen und weiterer wichtiger Akteure
Kognition	Allgemeine Bezeichnung für höhere geistige Prozesse, wie Erkennen, Denken, Schlussfolgern, Urteilen, Erinnern
Kontrollgruppe	Gruppe von Personen in experimentellen Studien, die keine (oder eine andere) Intervention erhält, und damit als Vergleichsgruppe herangezogen wird.
Konzept/konzeptionell	Plan, Programm, Entwurf, theoretische Vorstellung
Meta-Analyse	Nutzung und Auswertung mehrerer Datensätze bzw. Studien mit gemeinsamer Thematik
Milieuthherapie/milieu-therapeutisch	Intervention für Menschen mit Demenz, die auf der Anpassung der Umwelt an krankheitsbedingte Einschränkungen beruht.
Motorisch	Die willkürlichen, aktiven Bewegungen betreffend.
Physiotherapie	Therapie, die darauf ausgerichtet ist, körperliche Funktionen zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen (z.B. Gehfähigkeit nach einem Sturz mit Fraktur).
Prophylaxe	Verhütung von Krankheiten und Funktionsstörungen. In der Pflege vor allem Maßnahmen zur Vorbeugung bestimmter, meist im Zusammenhang mit Bettlägerigkeit und Bewegungseinschränkungen auftretenden Erkrankungen und Komplikationen.
Randomisierung	Zufällige Zuordnung von Untersuchungsteilnehmer/innen. Die Randomisierung ist das kennzeichnende Merkmal einer experimentellen Untersuchung.
RCT	Randomized controlled trial = randomisiert kontrollierte Untersuchung Studie mit experimentellem Charakter, bei der Patient/innen, die bestimmte Kriterien erfüllen, zufällig einer Interventionsgruppe bzw. einer Kontrollgruppe zugeordnet werden.
Regressforderungen	(Mögliche) finanzielle Rückforderung der Krankenkassen an Ärzte, wenn diese ihr Budget überschritten haben.
Ressourcen	Quellen. Reserven, Hilfen, Unterstützung, Fähigkeiten und Wissen, die zur Bewältigung einer schwierigen Situation genutzt werden können.
Screening	Kurze, leicht durchführbare Erhebung zum frühzeitigen Erkennen von Menschen, die von einem Gesundheitsproblem (Krankheit oder Funktionsstörung) betroffen oder von diesem gefährdet sind.

Sekundärprävention	Verhinderung einer symptomatischen Erkrankung durch Früherkennung, wenn noch keine Symptome aufgetreten sind oder Vermeidung des Wiederauftretens einer Krankheit oder funktionellen Störung.
Signifikant	Statistische Analysen beschäftigen sich im Wesentlichen mit der Messung von Unterschieden. Um herauszufinden, ob ein in einer Untersuchung gefundener Unterschied - beispielsweise zwischen zwei Personengruppen in einem bestimmten Merkmal - auch einen realen Unterschied abbildet, benötigt man ein Verfahren, das für die Einschätzung hilfreich ist, ob dieser Unterschied „echt“ oder „zufällig“ ist. Dazu wird ein Signifikanztest durchgeführt, der zum Ergebnis hat, mit welcher Wahrscheinlichkeit man sich irren würde, wenn man einen gefundenen Unterschied als „echt“ bewertet. Liegt die errechnete Irrtumswahrscheinlichkeit unter dem zuvor festgelegten Wert (üblicherweise 5 % oder 1%), dann spricht man von einem signifikanten Unterschied. Das heißt - zumindest gilt dies dann für die zu Grunde liegende Untersuchung im Rahmen der vorgefundenen Bedingungen - das Ergebnis kann nicht mit dem Zufall erklärt werden.
Stimuluskontrolle	Kontrolle der Situationen (=„Hinweisreize“), in denen ein unerwünschtes (oder auch erwünschtes) Verhalten verstärkt wird.
Sturz	Ereignis, in dessen Folge eine Person unfreiwillig und unkontrolliert auf dem Boden zu liegen kommt. (nach DNQP "Sturzprophylaxe", 2005; Kellog International Work Group on the Prevention of Falls by Elderly, 1987)
Therapeutin	Alle Therapeutinnen, die nicht in der Einrichtung angestellt sind, wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sporttherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, ...
Typologie des Wander- verhaltens nach Hope	Anhand von 11 Fragen aus der Present Behavioural Examination (PBE, Hope and Fairburn, 1992) zum Bewegungsverhalten: u.a. reduzierter Bewegungsantrieb, erhöhter Bewegungsantrieb, Versuche, die Einrichtung zu verlassen, Zurückbringen in die Einrichtung, zielloses Umherlaufen, nächtliches Umherlaufen, Umherlaufen mit ineffektiven hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.
Validation	(validieren = bestätigen, als berechtigt anerkennen, wertschätzen); Interventionsverfahren nach N. Feil zur Anwendung bei sehr alten, desorientierten Menschen. Der „validation worker“ bemüht sich, sich in das Erleben der verwirrten Person einzufühlen und ihre Gefühle und Wahrnehmungen als berechtigt zu bestätigen. Ziele sind in erster Linie Stärkung des Selbstwertgefühls und Verbesserung der Lebenszufriedenheit.

Expertengremium

Interessensvertretung/ Betroffenenperspektive
Helga Schneider-Schelte

Pflege-wissenschaften
Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Pflege-management/ Qualitätssicherung in der Pflege
Dr. Andreas Zimmer

Geriatric (Mobilität, Stürze)
Dr. Clemens Becker

Gerontopsychiatrie (Behandlung und Pflege, Milieuthherapie)
Dr. Jens Bruder

Geriatric Rehabilitation
Dr. Norbert Specht-Leible

Sport-/Bewegungs-wissenschaften
Dr. Klaus Hauer

Rechtswissenschaft (Verbraucherschutz)
Bernd Ullrich Drost

Rechtswissenschaft (Freiheitsentziehende Maßnahmen)
Prof. Dr. Birgit Hoffmann

Stand März 2006

Literaturverzeichnis

- Alessi, C., Martin, J., Webber, A., Kim, E., Harker, J., Josephson, K. (2005). Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 803-810.
- Algase, D.L., Beattie, E.R.A., Song, J.-A., Milke, D., Duffield, C., Cowan, B. (2004). Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in a cross cultural sample. *Aging & Mental Health*, 8, 2, 133-142.
- Ballard, C., O'Brien, J., James, I., Mynt, P., Lana, M., Potkins, D., Reichelt, K., Lee, L., Swann, A., Fossey, J. (2001). Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*, 13, 1, 93-106.
- Ballard, C., Powell, I., James, I., Reichelt, K., Myint, P., Potkins, D., Bannister, C., Lana, M., Howard, R., Brien, J., Swann, A., Robinson, D., Shrimanker, J., Barber, R. (2002). Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 2, 140-145.
- Basler, H.-D., Wörz, R. (2005). Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie bei älteren und alten Menschen. *Münchener Medizinische Wochenschrift-Fortschritt Medizin*, 147, 266-269.
- Bates-Jensen, B.M., Alessi, C.A., Cadogan, M., Levy-Storms, L., Jorge, J., Yoshii, J., Al-Samarrai, N.R., Schnelle, J.F. (2004). The Minimum Data Set bedfast quality indicator: differences among nursing homes. *Nursing Research*, 53, 4, 260-272.
- Baum, E.; Jarjoura, D., Polen, A., Faur, D., Rutecki, G. (2003). Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: A randomized pilot trial. *Journal of American Medical Directors Association*, 3-4, 74-80.
- Beatty, WW., Winn, P., Adams, RL., Allem, EW., Wilson, DA., Prince, JR., Olson, KA., Dean, K., Littleford, D. (1994). Preserved cognitive skills in dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology*, 51, 10, 1040-1046.
- Becker, C., Lindemann, U., Scheible, S. (2000a). Gangstörungen und Stürze. In Nikolaus, T. (Hrsg.). *Klinische Geriatrie*, S. 259-272. Berlin: Springer.
- Becker, C., Lindemann, U. (2000b). Geriatrie in Alten- und Pflegeheimen. In Nikolaus, T. (Hrsg.) *Klinische Geriatrie*, S. 144-150. Berlin: Springer.
- Becker, C., Kron, M., Lindemann, U., Sturm, E., Eichner, B., Walter-Jung, B., Nikolaus, T. (2003). Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 3, 306-313.
- Beers, M.H. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1531-1536.
- Bienstein, Ch., Fröhlich, A. (2004). *Basale Stimulation in der Pflege. Selze/Velber: Kallmeyer*
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.*
- Burgio, L.D., Burgio, K.L., Engel, B.T., Tice, L.M. (1986). Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 4, 357-366.

- Capezuti, E., Strumpf, N.E., Evans, L.K., Grisso, J.A., Maislin, G. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 53A, 1, M47-M52.
- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., Evans, L. (2002). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 90-96.
- Castle, N.P., Fogel, B., Mor, V. (1997). Risk factors for physical restraint use in nursing homes: Pre- and post-implementation of the Nursing Home Reform Act. *The Gerontologist*, 37, 6, 737-747.
- Castle, N. G., Mor, V. (1998). Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987. *Medical Care Research and Review*, 55, 2, 139-170.
- Chang, J.T., Morton, S.C., Rubenstein, L.Z., Mojica, W.A., Maglione, M., Suttrop, M.J., Roth, E.A., Shekelle, P.G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 328, 1-7.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Marx, M.S. and Freedman, L. (1991). Two studies of pacing in the nursing home. *Journal of Gerontology*, 46, M77-M83.
- Coltharp, W., Richie, M.F., Kaas, M.J. (1996). Wandering. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 5-10.
- Cott, C.A., Dawson, P., Sidani, S., Wells, D. (2002). The effects of a walking/talking program on communication, ambulation and functional status in residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16, 2, 81-87.
- Day, K., Carreon, D., Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *The Gerontologist*, 40, 4, 397-416.
- De Carvalho Bastone, A., Filho, W.J. (2004). Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 41, 5, 659-668.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Zeitler, H.P., Gulich, M. (2004). DEGAM Leitlinie Nr. 4: Ältere Sturzpatienten.
- Deutsche Schmerzliga e.V. und Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (ohne Jahr). Aktiv bei Bewegungsschmerz.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004). Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004). Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005). Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.
- Eldridge, LL., Masterman, D., Knowlton, B.J. (2002). Intact implicit habit learning in Alzheimer's disease. *Behavioral Neuroscience*, 116, 4, 722-6.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 6, 616-625.

- Finnema, E., Droes, R., Ribbe, M., van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 141-161.
- Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD000340.
- Goetz, S.M., Stuck, A.E., Hirschi, A., Gillmann, G., Dapp, U., Nikolaus, T., Minder, U.E., Beck, J.C. (2001). Test-Retest-Reliabilität eines deutschsprachigen multidimensionalen Assessmentinstruments bei älteren Personen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 196-206.
- Gräsel, E., Willfang, J., Kornhuber, J. (2003). Non-drug therapies for dementia: An overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 15, 115-125.
- Hamers, J.P.H., Huizing, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 19-25.
- Hauer, K., Rost, B., Rutschle, K., Opitz, H., Specht, N., Bärtsch, P., Oster, P., Schlierf, G. (2001). Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *Journal of the American Medical Association*, 286, 10-20.
- Hauer, K., Specht, N., Schuler, M., Bärtsch, P., Oster, P. (2002). Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *Age and Ageing*; 31, 49-57.
- Hauer, K., Pfisterer, M., Schuler, M., Bärtsch, P., Oster, P. (2003). Two years later: a prospective long-term follow-up of a training intervention in geriatric patients with a history of severe falls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 1426-1432.
- Heim, K.M. (1986). Wandering behaviour. *Journal of Gerontological Nursing*, 12, 4-7.
- Heyn, P., Abrea, B.C., Ottenbacher, K. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1694-1704.
- Hiatt, L.G. (1985). Interventions and people who wander – contradictions in practice. *The Gerontologist*, 25, 253.
- Hoffmann, B., Klie, T. (2004). *Freiheitsentziehende Maßnahmen*. Heidelberg: C.F. Müller
- Holtzer, R., Tang, M.-X., Devanand, D.P., Albert, S.M., Wegesin, D.J., Marder, K., Bell, K., Albert, M., Brandt, J., Stern, Y. (2003). Psychopathological features in Alzheimer's disease: course and relationship with cognitive status. *Journal of the American Medical Association*, 289, 953-960.
- Hope, T., Tilling, K.M., Gedling, K., Keene, J.M., Cooper, S.D., Fairburn, C.G. (1994). The structure of wandering in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 149-155.
- Hope, T., Keene, J., McShane, R., Fariburn, C., Gedling, K., Jacoby, R. (2001). Wandering in dementia: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 13, 2, 137-147.
- Jensen, J., Lundin-Olsson, L., Nyberg, L. et al. (2002). Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 137, 733-41.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., Sandman, P.o. (1996). Physical restraints in geriatric care in Sweden: Prevalence and patient characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1348-1354.

- Keller, B., Morton, J.L., Thomas, V.S., Potter, J.F. (1999). The effect of visual and hearing impairments on functional status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1319-1325.
- Kerse, N., Butler, M., Robinson, E., Todd, M. (2004). Fall prevention in residential care: A cluster, randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 524-531.
- Kiely, D.K., Morris, J.N., Algase, D.L. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1013-1020.
- Klie, T., Pfundstein, T., Stoffer, F.J. (2005). Pflege ohne Gewalt? Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen – Entwicklung von Präventions- und Handlungsmaßnahmen. KDA-Reihe „vorgestellt“ Nr.72.
- Klie, T., Pfundstein, T. (2004). Münchner Studie zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen. In Hoffmann, B. und Klie, T. (Hrsg.). *Freiheitsentziehende Maßnahmen*, S. 75-130. Heidelberg: C.F. Müller-Verlag.
- Koczy, P., Wokurek, C. (2004). Mobilität und Sicherheit demenziell erkrankter Menschen. Ergebnis der Literaturanalyse (unveröffentlicht)
- Koutsavlis, A.T., Wolfson, C. (2000). Elements of mobility as predictors of survival in elderly patients with dementia: findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Diseases in Canada*, 21, 3, 93-103.
- Krulwich, H., London, M., Skakel, V., Lindstedt, G., Thomason, H., Brummel-Smith, K. (2000). Assessment of pain in cognitively impaired older adults: a comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1607-1611.
- Kunz, R. (2002). Palliative Medizin für ältere Menschen. *Schweizer Medizinisches Forum*, 5, 100-105.
- Landi, F., Russo, A., Bernabei, R. (2004). Physical activity and behavior in the elderly: a pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Supplement 9, 235-241.
- Lai, C.K.Y., Arthur, D.G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 173-182.
- Latham, N., Anderson, C., Lee, A., Bennett, D., Moseley, A., Cameron, I. (2003). A randomized, controlled trial of quadriceps resistance exercise and vitamin D in frail older people: The Frailty Interventions Trial in elderly subjects (FITNESS). *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 291-299.
- Lawton M.P. (1980). *Environment and aging*. Monterey, CA: Brooks & Cole.
- Lazowski, D.A., Ecclestone, N.A., Myers, A.M., Paterson, D.H., Tudor-Locke, C., Fitzgerald, C., Jones, G., Shima, N., Cunningham, D.A. (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *Journal of Gerontology*, 54A, 12, M621-M628.
- Leipzig R.M., Cumming, R.G., Tinetti, M.E. (1999). Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic Drugs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 30-39.
- MacRae, P., Asplund L., Schnelle J., Ouslander J., Abrahamse A., Morris C. (1996). A walking program for nursing home residents: Effects on walk endurance, physical activity, mobility and quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society* 44, 175-180.

- Meyer, G., Warnke, A., Bender, R., Muhlhauser, I. (2003). Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 326, 76-80.
- Moreland, J., Richardson, J., Chan, D.H., O'Neill, J., Bellissimo, A., Grum, R.M., Shanks, L. (2003). Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*, 49, 2, 93-116.
- Nikolaus T. (2000). Das geriatrische Assessment – Grundlagen. In Nikolaus, T. (Hrsg.). *Klinische Geriatrie*, S. 161-188. Berlin: Springer.
- Nikolaus, T. (2001). Das geriatrische Assessment. Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, Suppl 1, 36-42.
- Nygaard, H., Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 730-737.
- Oswald, W.D., Ackermann, A., Süß, B. (2005). Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner (SimA-P) – in Stichworten. Institut für Psychogerontologie der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg.
- Pantel, J., Weber, B., Bockenheimer-Lucius, G., Ebsen, I. (2005). Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Abschlussbericht. Internetseite: www.kgu.de; Klinikum und Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt.
- Parker, M.J.; Gillespie, L.D.; Gillespie, W.J. (2004). Hip protectors for preventing hip fractures in the elderly (Cochrane Review). *Cochrane Database Systematic Review*.
- Pautex, S., Herrmann, F., Le Lous, P., Fabjan, M., Michel, J.-P., Gold, G. (2005). Feasibility and reliability of four Pain Self-Assessment Scales and correlation with an Observational Rating Scale in hospitalized elderly demented patients. *Journal of Gerontology*, 60A, 4, M524-M529.
- Perrault, A., Wolfson, C., Egan, M., Rockwood, K., Hogan, D.B. (2002). Prognostic factors for functional independence in older adults with mild dementia: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16, 4, 239-247.
- Pomeroy, V.M. (1994). Immobility and severe dementia: when is physiotherapy treatment appropriate? *Clinical Rehabilitation*, 8, 226-232.
- Rovner, B.W., Steele, C.D., Shmueli, Y., Folstein, M.F. (1996). A randomized trial of dementia care in a nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1, 7-13.
- Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe IV (2005). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Rydwik, E., Frandlin, K., Akner, G. (2004). Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age and Ageing*, 33, 1, 12-23.
- Salive, M.E., Guralnik, J., Glynn, R.J., Christen, W., Wallace, R.B., Ostfeld, A.M. (1994). Association of visual impairment with mobility and physical function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 3, 287-292.
- Saxton, J., Silverman, M., Ricci, E., Keane, C., Deely, B. (1998). Maintenance of mobility in residents of an Alzheimer special care facility. *International Psychogeriatrics*, 10, 2, 213-224.

Schäufele, M., Weyerer, S. (1999). Psychopharmakagebrauch und Sturzhäufigkeit bei Alten- und Pflegeheimbewohnern. Eine prospektive epidemiologische Studie. *European Journal of Geriatrics*, 1, 2, 124-131.

Schäufele, M., Bickel, H., Weyerer, S. (2002). Which factors influence cognitive decline in older adults suffering from dementing disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1055-1063.

Schäufele, M., Teufel, S., Hendlmeier, I., Weyerer, S. (2005a). Stationäre Versorgung Demenzerkrankter in Baden-Württemberg im Umbruch: neue und traditionelle Konzepte im Vergleich (VEDESTA). Abschlussbericht an das Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart (unveröffentlicht).

Schäufele, M., Köhler, L., Teufel, S., Weyerer, S. (2005b). Demenzielle Erkrankungen bei älteren Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. Berichtsteil im Integrierten Gesamtbericht des Forschungsverbundes Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III) an das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, Berlin (unveröffentlicht).

Schnelle, J.F., MacRae, P.G., Ouslander, J.G., Simmons, S.F., Nitta, M. (1995). Functional Incidental Training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 12, 1356-1362.

Seidel M. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Nervenarzt*, 76, 79-92.

Seiler, W., Stähelin, H.B. (2000). Komplikationen langer Immobilisation bei Älteren. In Nikolaus, T. (Hrsg.). *Klinische Geriatrie*, S. 273-282. Berlin: Springer.

Selikson, S., Damu, K., Hamerman, D. (1988). Risk factors associated with immobility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 8, 707-712.

Shaw, F., Bond, J., Richardson D.A., Dawson, P., Steen, I.N., McKeith, I.G., Kenny, R.A. (2003). Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326, 7380, 73.

Schmidt, I., Claesson C., Westerholm B., Nilsson, L.G., Svarstad, B.L. (1998). The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 77-82.

Siders, C., Nelson, A., Brown, L.M., Joseph, I., Algase, D., Beattie, E., Verbosky-Cadena, S. (2004). Evidence for implementing nonpharmacological interventions for wandering. *Rehabilitation Nursing*, 29, 6, 195-206.

Simmons, S.F., Schnelle, J., MacRae, P.G., Ouslander, J.G. (1995). Wheelchairs as mobility constraints: Predictors of wheelchair activity in nonambulatory nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 384-388.

Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Weiman, G., Zimmerman, S., Long Foley, K.M., Lynn, M., Calkins, M., Lawton, M.P., Teresi, J., Grant, L., Lindeman, D., Montgomery, R. (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *Journal of Gerontology*, 57B, 2, S69-S78.

Souren, L.E.M., Franssen, E.H., Reisberg, B. (1995). Contractures and loss of function in patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 650-655.

- Steadman, J., Donaldson, N., Kalra, L. (2003). A randomized controlled trial of an enhanced balance training program to improve mobility and reduce falls in elderly patients. *Journal of the American Medical Association*, 290, 6, 847-852.
- Tannen, A., Dassen, T. (2004). Dekubitusprävention. *Die Schwester Der Pfleger* 43, 2, 126-131.
- Tappen, R. (1994). The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. *Research in Nursing & Health*, 17, 159-165.
- Tappen, R., Roach, K.E., Applegate, E.B., Stowell, P. (2000). Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14, 4, 196-201.
- Teri, L., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Buchner, D.M., Barlow, W.E., Kukull, W.A., LaCroix, A.Z., McCormick, W., Larson, E.B. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 15, 2015-2022.
- Thomas, V.S., Hageman, P.A. (2003). Can neuromuscular strength and function in people with dementia be rehabilitated using Resistance-Exercise Training? Results from a preliminary intervention study. *Journal of Gerontology*, 58A, 8, M746-M751.
- Toulotte, C., Fabre, C., Dangremont, B., Lensele, G., Thevenon, A. (2003). Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomized controlled trial. *Age and Aging*, 32, 67-73.
- Trefler, E., Fitzgeralds, S., Hobson, D., Bursick, T., Joseph, R. (2004). Outcomes of wheelchair systems intervention with residents of long-term care facilities. *Assistive Technology*, 16, 1, 18-27.
- Van Doorn, C., Gruber-Baldini, A.L., Zimmerman, S., Hebel, J.R., Port, C.L., Baumgarten, M., Quinn, C.C., Taler, G., May, C., Magaziner, J. (2003). Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1213-8.
- Van Schoor, N.M., Smit, J.H., Twisk, J.W.R., Bouter, L.M., Lips, P. (2003). Prevention of hip fractures by external hip protectors. *Journal of American Medical Association*, 289, 15, 1957-1962.
- Van Weert, J.C.M., van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. (2005). Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 24-33.
- Walter, G. (2005). Freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1906 Absatz 4 BGB. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 6, 214-218.
- Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C., Sattel, H. (2006). *Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag
- Willingham, D.B., Peterson, E.W., Manning, C., Brashear, H.R. (1997). Patients with Alzheimer disease who cannot perform some motor skills show normal learning of other motor skills. *Neuropsychology*, 11, 2, 261-271.
- Wörz, R., Blankenhorn, B., Ahr, M. (2005). Die Schmerzproblematik in einem deutschen Alters- und Pflegeheim. *Münchener Medizinische Wochenschrift - Fortschritt Medizin*, 147, 275-278.
- World Health Organization Europe – Health Evidence Network (WHO-HEN) (2004). *How can injuries in children and older people be prevented?* Eigener Druck, Kopenhagen

Yap, L.K., Au, S.Y., Ang, Y.H., Ee, C.H. (2003). Nursing home falls: a local perspective. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 32, 6, 795-800.

Zanetti, O., Binetti, G., Magni, E., Rozzini, L., Bianchetti, A., Trabucchi, M. (1997). Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease. impact of a training programme. *Acta Neurologica Scandinavica*, 95, 3, 152-157.

Zegelin, A. (2005). "Festgenagelt sein" Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Stand März 2006