



## „Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) im Pflegeheim sind vermeidbar – Empfehlungen aus den ReduFix-Projekten

Veranstaltung der Regierung von Unterfranken und dem Caritas Seniorenzentrum St. Thekla; Würzburg, den 28.04.2009

Prof. Dr. med. Doris Bredthauer  
Fachhochschule Frankfurt/Main  
Fachbereich Gesundheit und Soziale Arbeit

## „FeM“- Worum geht es?

Fachliche Definition: Alle Maßnahmen, die die körperliche Bewegungsfreiheit einschränken und die nicht vom Betroffenen selbständig entfernt werden können und/oder den Zugriff auf den eigenen Körper verhindern

### Körpernahe Fixierungen (Fixierungen i.e.S.):

- Gurte (Rumpf, Fuß/Arm)
- Tischsteckbrett
- Leibchen, Bandagen
- festgestellte Rollstuhlbremse etc.



- Geschlossene Tür
- Bettgitter
- „Chemische Fixierung“ (Medikamente)

Segufix™ Fixiergurtsystem: „5-Punkt“-Fixierung  
Foto: Ulrich Lindemann, Ulm

## Wie häufig sind FEM?

### International

- ❖ Pflegeheim: 12 – 49 % (The Joanna Briggs Institute 2002, Hamers et al. 2004)
- ❖ Akutkrankenhaus: 3 – 25 % (The Joanna Briggs Institute 2002)
- ❖ Stationäre Geriatrie: 24% (Karlsson et al. 1998)

### Deutschland

- ❖ Pflegeheim: 26 – 42% (5-10% „körpernahe“ Fixierungen) (Klie&Pfundstein 2002; Becker et al. 2003, Meyer&Köpke 2008)
- Stationäre Gerontopsychiatrie: 21-25 % (Hirsch et al. 1992, Kranzhoff et Hirsch 1997) 30% (Inzidenz) (Bredthauer et al. 2005)

## Gründe für Fixierungen

Patientenorientierte Gründe: Stürze, Verhalten (Demenz)

Behandlungsorientierte Gründe: Medizinische/ Pflege- Maßnahmen (z.B. Katheter, Sonde)

Sozialorientierte Gründe: Konfliktvermeidung

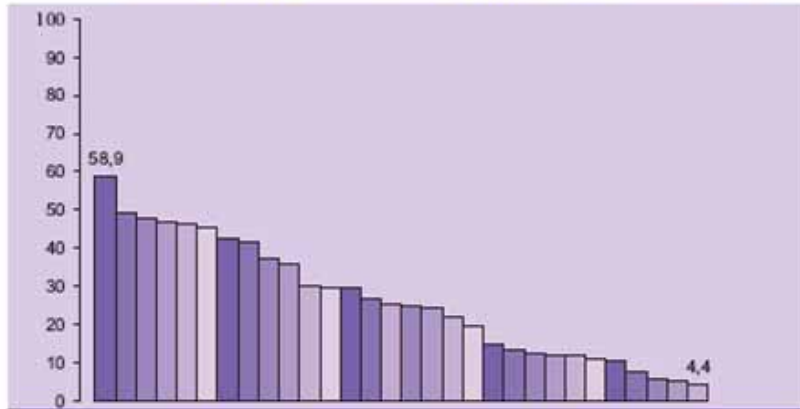
Personal- und organisationsorientierte Gründe: Personalschlüssel, Recht  
Einstellungen, Haltungen



Bredthauer, 2002; DeSantis et al. 1997; Evans 2002; Hantikainen, 2001; Hamers/Huizing, 2005; Haut et al., 2004 - Review; Kirkevold et al. 2004; Klie et al. 2004; Koch, 2006; Mammun et al., 2005; Moore et al. 2007; Werner, 2002;

## Grosse Unterschiede in den Einrichtungen

Abbildung: Darstellung der Häufigkeitsverteilung von FEM für alle 30 Einrichtungen (%)



Köpke S, Meyer G: Pflegezeitschrift 10/2008 (Prävalenzstudie)

## Ethisch-rechtliches Dilemma der Entscheidung

„Fürsorgepflicht“ : Schutz der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 GG)

„versus“



Wahrung von menschlicher Würde (Art. 1 GG)  
 Recht auf Freiheit der Person (Art. 2 GG)  
 Förderung von Selbstbestimmtheit, Autonomie und Aktivität

Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland, zuletzt geändert 28. 8. 2006  
 Heimgesetz (HeimG) zuletzt geändert 31.10.2006, The ICN Code of Ethics for Nurses  
 2000, Charta d. Rechte u. Pflege hilfe- und pflegebedürftiger Menschen 2007

## FeM: Was ist Recht ? Was fachlich richtig?



## Stand des Wissens

1. Fixierte Menschen:
    - Stürze ↔ (↑)
    - Ernsthafte sturzbedingte Verletzungen ↑
    - Verhaltensauffälligkeiten ↑
  2. Fixierungsreduktion durch Interventionsprogramme:
    - Sturzbedingtes Verletzungsrisiko ↓
    - Verhaltensauffälligkeiten ↔↓
    - Psychopharmaka ↔↓
    - Personalschlüssel ↔
1. Keine Studie weltweit zeigt positiven Effekt von Fixierungen !
2. Daten über negative Folgen (Verletzungen, Stress) sind dagegen alarmierend

Systematic Review: The Joanna Briggs Institute 2002  
 Sailas E & Fenton M: Cochrane Systematic Review 2000  
 Testad 2005, ReduFix 2006

## Direkte Verletzungen

Meist werden fürsorgliche Gründe Mangelhaft, wenn alte Menschen ans Bett oder einen Stuhl gegurtet werden: Sie sollen nicht aus dem Bett fallen oder vom Stuhl rutschen. Doch beim Einsatz von Bauchgurten kommt es immer wieder zu tödlichen Fehlern: Seit März letzten Jahres starben in München sechs Menschen, zumeist ersticken sie qualvoll im Gurt. Vor wenigen Tagen erst starb eine 90-jährige angegurtet im Stuhl. Die Staatsanwaltschaft München I hat ein Ermittlungsverfahren wegen unbekannter Todesursache eingeleitet. Ein Gutachten des Oberstaatsanwalts Anton W. soll in zwei Wochen vorliegen, dann ist klar, ob etwa wegen der Schwäche der fahrlässigen Tötung ermittelt wird.

Der Fall wird sicher die Wiener Rechtsmedizinerin Andrea Berzlanovich beschäftigen, die seit März

### Tödliche Fehler Sechs alte Menschen starben durch „Fixierung“

am Institut für Rechtsmedizin der Universität München arbeitet. Die Professorin untersucht die Todesfälle, die nach



ein gutes Fixierungssystem. Wenn es richtig angewandt wird und die Empfehlungen eingehalten werden, sollte Verletzungen oder Folge, wenn der gelegt werde oder kann es vorkommen ein Stück he Körper über die mit dem Kopf in hängen bleibt, sondern nur ist. „Da kann der stachen und sich genaue Fallreperiert dazu beikünftig zu vermeiden.

In Wien sei ihr in 16 Jahren nur ein einziger Fall bekannt geworden. „Es gibt viele Möglichkeiten, Fixierung zu vermeiden“, betont die Professorin. Die Stadt hat 2002 eine Studie vorgelegt, wonach jeder zweite der etwa 6000 Münchner Altenheimbewohner fixiert wird. Das bedeutet, der Betroffene wird mit Psychopharmaka ruhig gestellt oder im Stuhl angegurtet. Auch Bettgitter kommen zum Einsatz. Bei einem städtischen Fachtag haben Experten absenkbare Betten, Sturzprophylaxe und Beschäftigungsangebote als Alternative propagiert. Ganz vermeidbar werde die Fixierung wohl nie sein, glaubt die Rechtsmedizinerin. Aber wenn fixiert werde, komme es auf die richtige Handhabung an – und auf die Beobachtung der Betroffenen: „Man kann sie nicht Stunden lang allein lassen, sondern muss regelmäßig nach ihnen schauen.“ Seen Loezler

Süddeutsche Zeitung, 16.01.2006

Untersuchung von 33 Todesfällen 1996 - 2007 am Institut für Rechtsmedizin München (Prof. Dr. Andrea Berzlanovich): **28 Fälle (85%) Todesursache Fixierung selbst!**

## Nationale Empfehlungen zur Sicherheit

### Bauchgurt mit Seitenstabilisatoren + durchgehendes Bettgitter



Bei unruhigen Bewohnern und/oder ungünstiger Körperform („Zylinder-“, „Birnen“- Form):

**Zusätzlich „Diagonalfixierung“ erforderlich**

BfArM: Information für Fachkreise, 04.12.2003 [www.bfarm.de/](http://www.bfarm.de/); letzter Abruf: 10.10.08  
Segufix Handbuch 2008

NEU



Segufix® Kompakt -Produktinfo 2008

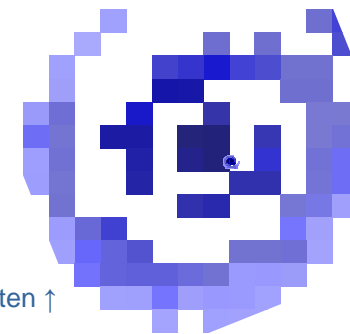
## Negativspirale Fixierung

Sturzbedingte Verletzungsgefahr  
Fordernde Verhaltensweisen

Fixierung

Psychischer Stress,  
Gegenwehr →  
Direkte Verletzungen  
Mobilität ↓  
Verhaltensauffälligkeiten ↑

Psychopharmaka  
werden gegeben bzw.  
erhöht



Angehörige, Personal:  
Schuldgefühle ↑  
Arbeitszufriedenheit ↓  
„Burn-Out“

Allgemeinzustand ↓  
Lebensqualität ↓  
(Tod)

Sturzgefährdung ↑  
Nahrungs-, Flüssigkeitsaufnahme ↓  
Medizin. Komplikationen:  
Kontrakturen, Dekubitus, Pneumonie

## Internationale Empfehlungen

### 1. Vor dem Einsatz müssen alle Alternativen ausgeschöpft sein

2. Der potentielle Nutzen muss höher sein als der mögliche Schaden
3. Die minimalste Variante sollte eingesetzt werden
4. Der Einsatz sollte kurzfristig erfolgen
5. Die Notwendigkeit der Maßnahmen muss regelmäßig überprüft werden
6. Eine institutionseigene Richtlinie sollte vorhanden sein
7. Die Anwendung muss fachkundig erfolgen
8. Eine kontinuierliche Beobachtung der fixierten Bewohner ist notwendig
9. Alle Mitarbeiter müssen in deren korrekten Gebrauch geschult sein

## Die „ReduFix“- Studie (RCT)



Priv.-Doz. Dr. C. Becker  
Dr. P. Koczy  
U. Reißmann  
Geriatrisches Kompetenzzentrum  
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Prof. Dr. T. Klie  
A. Klein  
V. Guerra  
M. Viol  
S. Branitzki  
Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung  
an der Evang. Fachhochschule Freiburg

Prof. Dr. D. Bredthauer  
Fachhochschule Frankfurt am Main

Förderung: BMFSFJ und  
Rob.-Bosch-Stiftung (nur ReduFix)

Laufzeit: 2004 – 2006

## Forschungsfragen ReduFix-Studie

Ist es möglich, durch gezielte Interventionen

- ❖ die Anzahl der fixierten Personen zu reduzieren?
- ❖ die Fixierungszeiten zu verringern?



Ohne dass ...

- ✓ es zu vermehrten sturzbedingten Verletzungen kommt?
- ✓ vermehrt nebenwirkungsreiche Psychopharmaka gegeben werden?

ReduFix RCT  
45 Altenpflegeheime,  
>5500 Bewohner



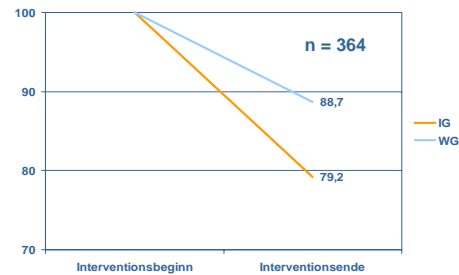
## Zusammenfassung der Ergebnisse

➤ Freiheitseinschränkende Maßnahmen können reduziert werden,

➤ ohne Nachteile für Bewohner:

- konstante Verletzungsrate trotz leichtem Anstieg der Stürze
- kein Anstieg potenziell ungeeigneter Psychopharmaka
- tendenzielle Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten bei entfixierten Bewohnern

➤ hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern



IG: 48 von 231 Personen der IG wurden entfixiert (20,8%)  
 WG: 15 von 133 Personen der Kontrollgruppe wurden entfixiert (11,3%)  
 Gruppenunterschied signifikant;  $p = .021$

Projektgruppe ReduFix (2006)

## Das Wissenstransfer- Projekt „ReduFix praxis“

Priv.-Doz. Dr. C. Becker  
 Dr. P. Koczy  
 U. Reißmann  
 D. Beische  
 Geriatriisches Kompetenzzentrum  
 Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Prof. Dr. T. Klie  
 A. Klein  
 V. Guerra  
 M. Viol  
 S. Branitzki  
 Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung  
 an der Evang. Fachhochschule Freiburg

Prof. Dr. D. Bredthauer  
 Fachhochschule Frankfurt am Main

Förderung: BMFSFJ

Laufzeit 07/2006 – 06/2009

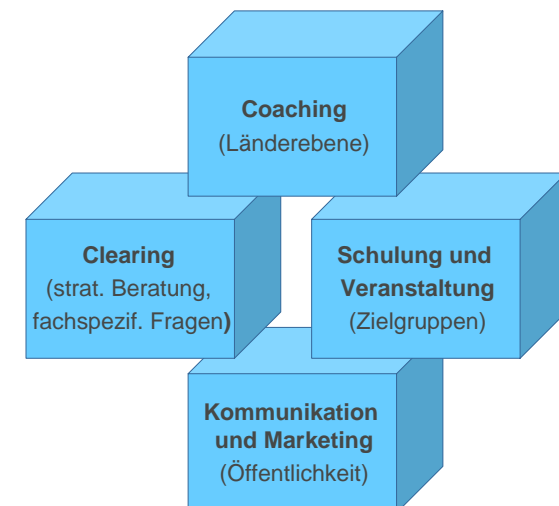


## Wen wollen wir erreichen?

### Beteiligte AKTEURE im Problemfeld FEM



## ReduFix Praxis: Bausteine



## Länderaktivitäten



## Das Kernstück: Die ReduFix-Schulung

Ganztägig (6 Std.)

Inhalte/ Methoden:

- Interaktiv in Plenum und Kleingruppen
- Praxisübung
- Kurzvorträge: Stand des Wissens, Alternativen
- Prozess der Entscheidungsfindung
- Fallbeispiele
- Einweisung in Hilfsmittel
- Rechtsfragen



Handlungssicherheit gewinnen!

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Kein Königsweg, sondern: Individueller, interdisziplinärer Prozess der Entscheidungsfindung

Analyse der Situation („Ist-/Problemanalyse“)

Ursachenabklärung

Einschätzung der Alternativen

Maßnahmeplan

Treffen der Entscheidung (Optimal: Fallkonferenz)

Durchführung der Maßnahme

Beobachtung und Evaluation



ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

Evans 2002 (Systematic Review),  
Bredthauer et al. 2005, DeSantis et al. 1997)

## Individueller, interdisziplinärer Prozess der Entscheidungsfindung

Analyse der Situation und Zielefestlegung

Ursachenabklärung

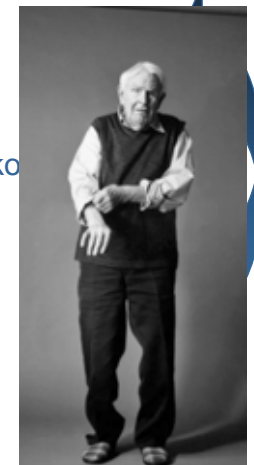
Einschätzung der Alternativen

Maßnahmeplan

Treffen der Entscheidung (Optimal: Fallko

Durchführung der Maßnahme

Beobachtung und Evaluation



ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Fehlmedikation im Alter: Bsp. Psychopharmaka

Häufig zu wenig, zu viel, falsche Indikation, zulange

Altersuntaugliche Medikamente

Wechselwirkungen ↑  
Nebenwirkungen ↑

Unsachgemäße Verabreichung, Lagerung, etc.



Typische Nebenwirkungen:

- **Neurologisch**  
(Stürze, Harnverhalt, Schluckstörung)
- **Kardiovaskulär**  
(RR↓, Kollaps, Arrhythmie)
- **Kognitiv-zerebral**  
(Sedation, Verwirrtheit, Unruhe, Halluzinationen)

Schlüsselfunktion:  
Pflegefachkräfte,  
Betreuer!!

## „Beers“-Kriterien

Generell ungeeignete Psychopharmaka für ältere Menschen (65 +):

Flurazepam	Dalmadorm®
Amitriptylin	Saroten®
Doxepin	Aponal®
Fluoxetin tgl.	Fluctin®
Chlordiazepoxid	Librium®
Promethazin	Atosil®
Thioridazin	Melleril®
Diazepam	Valium®
u.a. langwirksame Benzodiazepine	

Dosisabhängig:

Lorazepam  
Oxazepam  
Alprazolam  
Temazepam  
Triazolam

Tavor® >3mg,  
Adumbran® >60 mg  
Tafil® >2mg,  
Planum® >15mg,  
Halcion® >0,25mg

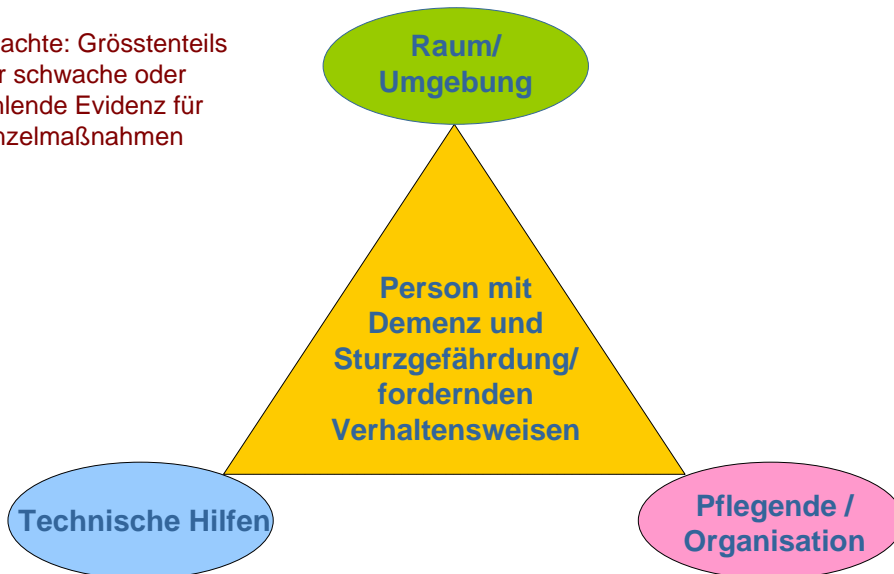
Diphenhydramin Betadorm®  
Amphetamine



Modif. N. Update von Fick et al (2003) Arch Intern Med 163

## Alternativen für FeM (risikospezifisch, individuell)

Beachte: Größtenteils nur schwache oder fehlende Evidenz für Einzelmaßnahmen



## Pflege: Nationale Standards als Sorgfaltsmaßstab: 1. Expertenstandard

- Kraft- und Balancetraining
- Sichere Umgebung
- Angepasste Hilfsmittel/ technische Hilfen
- Einsatz von Hüftprotektoren
- Inkontinenzmanagement
- Sehhilfen
- **WICHTIG: Mobilität fördern!**
- **Aber: Fixierungen „unbedingt vermeiden“!**



## Kraft – und Balancetraining in Kleingruppen



Bild: Kraft- und Balancetraining in der Kleingruppe; Uli Lindemann, Bethesda Geriatriische Klinik Ulm

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

- geben Sicherheit
- Befriedigen das Bedürfnis nach Zugehörigkeit
- stärken das Selbstwertgefühl
- üben noch erhaltene Fähigkeiten
- ermöglichen spielerisches Kraft- und Balancetraining
- üben niederschwellig kognitive Fähigkeiten

## 2. QN I der BUKO-QS 2006



[www.buko-qs.de](http://www.buko-qs.de)

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

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

## Sorgfaltsmaßstab: 3. Rahmenempfehlungen für herausforderndes Verhalten bei Demenz



ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

### ➤ Verstehende Diagnostik !

- Validieren
- Erinnerungspflege
- Berührung, Basale Stimulation
- Snoezelen
- Bewegungsförderung

Vollversion abrufbar unter:

[www.bmg.bund.de/cdn\\_040/nn\\_599776/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007,param=.html\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cdn_040/nn_599776/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007,param=.html__nnn=true)

Letzter Abruf: 10.06.2008

## „Dementengerechtes Milieu“

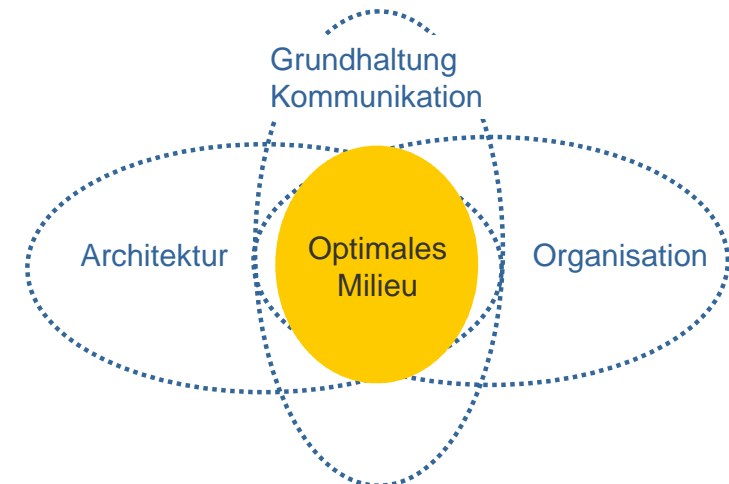


Abb. modifiziert nach Cofone M (2000)

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

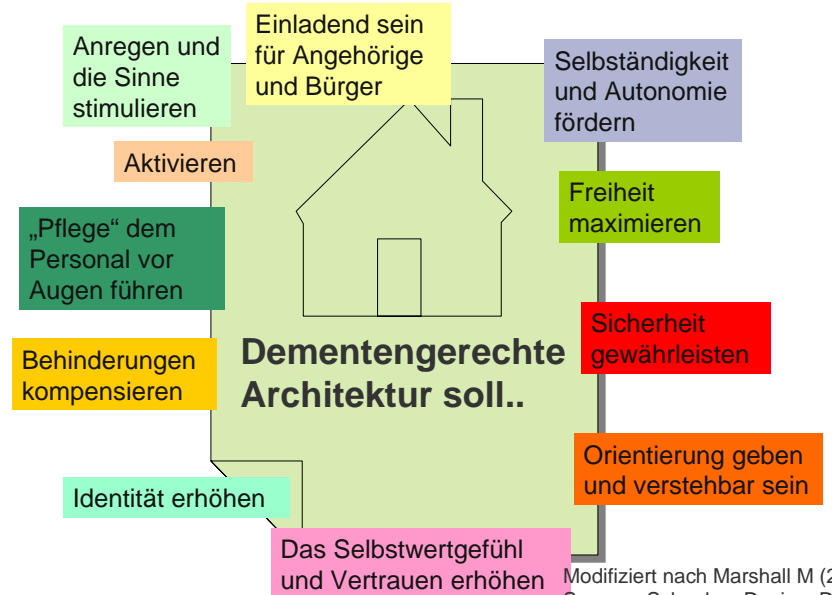
## Organisation

- Kleine Strukturen (z.B. Wohngruppen)
- Personenzentrierte Pflege/Betreuung
- **„Nachtcafé“**
- Vertraute Häuslichkeit
- Bestätigung und Wertschätzung
- Krisenintervention
- Flexibilität, Kreativität
- Qualifiziertes Fachpersonal
- Einbindung von Angehörigen
- **Förderung von bürgerschaftlichem Engagement**



„Ehrenamtliche lohnen sich“ (81%)  
(Bela-Studie, Klie/Pfundstein/Hoch (2004) im Auftrag der Landesstiftung Baden-Württemberg)

## Baulich-architektonische Maßnahmen



Modifiziert nach Marshall M (2005)  
Summer School on Design, Dementia Services Development Centre, Stirling

## Baulich-architektonische Maßnahmen

### „Kleinteiligkeit und Überschaubarkeit“:

- Mitarbeiter (schulung)
- Kleingruppen
- Räumliche Dimension:
  - o Bewohnerzimmer
  - o Wohnküche
  - o Flur



Hrsg. V. Bundesamt f. Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004)  
[www.kda.de/files/bmg/2005-02-14-band19.pdf](http://www.kda.de/files/bmg/2005-02-14-band19.pdf), letzter Abruf 04.10.08

## Freiheit und Autonomie maximieren durch genügend Bewegungsspielraum



### „Wandern“

(24h-protokol, Gradmann Haus, Stuttgart, 2003)

## Wohnküche als Zentrum der Gemeinschaft



Otto-Koti & Fanny-Koti, Tampere, Finnland  
Foto: Damian Utton, Associate/Senior Architect  
Pozzoni Design Group  
Summerschool Dementia & Design 2005

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Transparenz und Anregung



Denvill Hall, Northwood  
Foto: Acanthus LW Architects,  
Summerschool Dementia & Design 2005

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

vorher



**Sicherheit,  
Orientierung und  
Autonomie durch  
Ausleuchtung und  
„Wegführung“**

nachher



Dykebar Hospital; Fotos: David Denholm,  
Summerschool Dementia & Design 2005

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Visuelle Barrieren vermeiden ... oder bewusst einsetzen



ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

Schutz und  
Sicherheit  
gewährleisten -

aber Würde wahren:

“Versteckte Türen”



Foto: Doris Bredthauer  
Iris Murdoch Building, Stirling

„Barrierefreiheit“:  
Kontraste und Symbole sinnvoll einsetzen:  
Selbstständigkeit fördern, Sicherheit geben



Iris Murdoch Building,  
Stirling 2005  
Foto:  
Doris Bredthauer



Foto: Burnett  
Associates 2005

Gradmann-Haus  
Stuttgart  
Foto: Doris Bredthauer

## Hilfsmittel und Technik



## Pflegebody

z.B. Pflegebody von suprema®  
mit Bein, geknöpft – kurzer  
Arm  
(Art. 4 695)



Bild: [www.suprema-herzlieb.de/](http://www.suprema-herzlieb.de/)

## „Antirutsch“ - Socken

- können Ausrutschen verhindern
- warme Füße – Wohlbefinden
- „Angehörigenmaßnahme“



Bild:???

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Helm, Knie- und Armschoner



Bild: [www.roelke.de/](http://www.roelke.de/) letzter Abruf 03.05.2007

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Hüftprotektoren



Safehip® Soft Kompakt, Top, Open  
Fa. Roelke-Pharma  
[www.roelke.de](http://www.roelke.de)



Suprima® Protektor Slips,  
z.B. mit Aussparung im Schritt,  
knöpfbar (Art. 1 424)

Fa. Suprima GmbH  
[www.suprima-gmbh.de](http://www.suprima-gmbh.de)

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## „Pflegenest“ und Niedrigbett



z. Bsp. Völker Niedrigbett 5380 / 5380 K

Bildquelle:Völkerworld

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

## Anti-Rutsch-Auflagen



Anti-Rutsch-Auflage von Segufix®  
Bild: www.meditec.ch/shop/images/antiRutsch.jpeg

... eine kreative und kostengünstige Lösung



Bild: www.orientbazar24.com/ebay/images/stop/2.jpg

## „Gehfrei“



„RCN-Walker“ (Fa. RCN)  
[www.rcn-medizin.de](http://www.rcn-medizin.de)



„Dynamico“ für Innen- und Aussenbereich (Fa. Ormesa®)  
[www.ormesa.com/de](http://www.ormesa.com/de)

## Sensormatte



Safefloor™  
Fa. Roelke pharma  
[www.roelke.de/](http://www.roelke.de/)

meldet

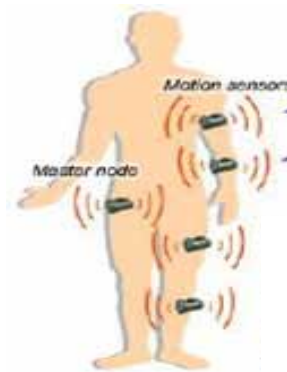
- das Aufstehen (Sturzgefahr)
- die ausbleibende Rückkehr (Weglaufgefahr)

des Bewohners

- Koppelung mit Rufanlage
- Ortsunabhängig einsetzbar



## Ausblick: Intelligente Sensorsysteme



z.B. Sturzerkennung, medizinische Parameter, Ortung (GPS)



Modifiziert nach Wojcieck Cylok ( BaSys, Interdisziplinäres Projekt SS 2007)

## Alarm- und Personensuch-Systeme



**SECAL** **SafetyTrack - das Handy mit GPS-Satelliten-Ortung!**

Ortungstechnik zur Betreuung von Alzheimerpatienten

...immer wissen, wo sich der Angehörige gerade befindet ...

- Notruftaste zu einer ständig besetzten Zentrale
- Suchfunktion auf Veranlassung eines Angehörigen
- automatische Alarmierung bei Verlassen eines festgelegten Bereichs

Unverb. empf. Preis: Euro 995 (inkl. MwSt.)  
Erhältlich direkt bei:  
Kerndt Silberbach-Kühnlechnik GmbH

Bilder und Info aus:  
[www.alzheimerforum.de/2/13/2/safetytrack.html](http://www.alzheimerforum.de/2/13/2/safetytrack.html)

## Entscheidungsprozess Technikeinsatz (analog FeM)

- 1 Analyse der Situation und Zielesetzung
- 2 Identifizierung potentieller Technologien (Alternativen)
- 3 Abwägen der ethischen und rechtlichen Dilemmata
- 4 Maßnahmenplan  
(konkrete technische Hilfen eingebettet in ein Versorgungsgesamtkonzept !)
- 5 Treffen der Entscheidung (optimal: Fallkonferenz)
- 6 Schaffen der Rechtsgrundlage
- 7 Durchführung
- 8 Beobachtung und Evaluation



Modifiziert nach: The Norwegian Centre for Dementia Research (1999): „TeD“ (Technology, Ethics and Dementia; EU Projekt)

## Typische Rechtsfragen

- > Haftungsangst / Mythos „Aufsichtspflicht“
- > Übersehene Grundrechte/ Rechtswahrnehmung (Körperliche Unversehrtheit vs Recht auf Freiheit der Person)  
BGH-Urteile aus 2005
- > Legitimation: Wer entscheidet?  
Wie bindend ist ein Beschluß („muss“ oder „darf“)?
- > „Sorgfaltsmaßstab“: Fachliche Standards!  
Dokumentation des Entscheidungsprozesses
- > Wann gelten Alternativen als Fixierungen (Sensormatte, Gehfrei) bzw. als „Überwachung“?



## Aktuell noch kein juristisch bindender nationaler fachlicher Standard, aber:

[www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/fem-leitfaden.pdf](http://www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/fem-leitfaden.pdf)

[www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

[www.buko-qs.de](http://www.buko-qs.de)

[www.kda.de](http://www.kda.de)

[www.vincentz.net](http://www.vincentz.net)

✓ **BfArM**  
 ✓ **Heimgesetz**  
 ✓ **Institutionsinterne Richtlinien (z.B. LWV)**  
 ✓ **BGH-Urteile vom 28.04. und 14.07.05**  
 ✓ **Handlungsempfehlungen DED**

*„Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“ (laufendes BMBF-Projekt 2007-2010)*

[www.pfv-nord.uni-bremen.de/projekt6.htm](http://www.pfv-nord.uni-bremen.de/projekt6.htm)

# Nachhaltigkeit ?



08/2008; S. 73-77

ReduFix Praxis

## B.10 Umgang mit freiheits- einschränkende Maßnahmen

### Qualitätskriterien und Indikatoren als Gedächtnisstütze und Anregung

<p><b>Letzte Grundstrategie</b></p> <p>Wie stellt die Einrichtung sicher, dass freiheits-einschränkende Maßnahmen nur nach gewissermaßen Abwägung zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner sach- und fachgerecht angewandt werden?</p>	<p><b>Welche Art von FEM können zum Einsatz?</b></p> <p>Ist die Anwendung sachgerecht (Medikation)?</p> <p>Zeigt die Bewohnerin, der Bewohner eine Abwehrhaltung gegenüber der angewandten FEM? (zupfen, heulen, rutschen)</p> <p>Inwieweit äußert sich die Bewohnerin, der Bewohner zur FEM?</p>
<p><b>Wahrscheinlichkeits- und Bedrohungs-Indikator</b></p> <p>Z. B.:</p>	<p><b>Wurde die FEM legitimiert (Einwilligung der Bewohnerin, des Bewohners, Notstand, Entscheidung des Betreuers nach vormundschaftsgerichtlicher Beschluss bzw. Antragsstellung, schriftliches Attest bei Vorliegen einer Unfähigkeit zur Ausübung von willkürlich gesteuerten Bewegungen) und ist die Legitimation gültig?</b></p> <p>Sind vor der Anwendung der FEM mögliche Alternativmaßnahmen in Erwägung gezogen worden? Werden FEM als letztes Mittel der Wahl angesehen und wurde die minimale Variante angewandt? Spiegelt sich dies in der Pflegedokumentation wider?</p> <p>Wurden bei Vorliegen eines vormundschaftsgerichtlichen Beschlusses die angewandten Maßnahmen lokales und nachvollziehbar dokumentiert?</p> <p>Wann und wie lange wird die FEM angewandt? (Z. B. oder am Wochenende, Verbindung zur Personalbelegschaft)</p> <p>Wird bei Anwendung einer körpernahen FEM im Bett ein Nachschauergang in der Pflege geplant und entsprechend dokumentiert?</p> <p>Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Handhabung der Mediz. Inprodukte nachweislich entsprechend der Maßnahme eingewiesen? Besteht darüber eine entsprechende Dokumentation?</p>

<p><b>Verbindung zum Qualitäts- messen</b></p> <p>Z. B.:</p>	<p>Wird die Einhaltung der Einrichtung zu FEM im (Pflege-) Leit- bild thematisiert?</p> <p>Gibt es ein Konzept, eine Leitlinie oder ein Standard zu FEM in der Einrichtung? Entspricht der Inhalt dem aktuellen fach- wissenschaftlichen Stand?</p> <p>Welche Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung gibt es zum Umgang mit FEM? Z. B.: Pflegevisiten, hausinterne Standard-Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe</p> <p>Stellt die Einrichtung alle notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung, um FEM auf ein Mindestmaß beschränken zu können (Z. B. niedrigdruckleitbares Pflegebett mit Senormatze, Walker (Self-Walk), usw.)?</p> <p>Welche regelmäßigen Schulungen mit entsprechendem Teil- nahmennachweis gibt es zum Umgang mit FEM? (Praxis und Sensibilisierung)</p> <p>Gibt es eine Verbindung zum Risikomanagement?</p> <p>Finden regelmäßig multiprofessionelle Fallbesprechungen vor der Anwendung einer FEM statt? Falls ja, sind die Betreuung- sinnen und Betreuer in die Fallbesprechung integriert?</p> <p>Wird die Anwendung der FEM regelmäßig evaluiert? Ist die Betreuung und der Betreuer in die Evaluation eingebunden?</p> <p>Sind die Instrumente, die die Notwendigkeit und sachgerechte Anwendung der FEM überprüfen geeignet (valid)?</p> <p>Wie ist das Notfallmanagement des multiprofessionellen Teams (Angehörige, Betreuer, Hausarzt, Therapeuten etc.) geregelt?</p>
--	---

<p><b>Verknüpfung</b></p> <p>Fragen</p> <p>Z. B.:</p>	<p>Wie ist die Einstellung der Leitungskräfte zu FEM?</p> <p>Wie ist die Tendenz innerhalb der Einrichtung bzgl. FEM? Sind FEM notwendig?</p> <p>Ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Tragweite ihrer Handlung bewusst?</p> <p>Können sie die rechtliche Vorgaben und den aktuellen fach- lichen Stand zu FEM?</p>
---	---

- Reflexionsfragen**
- Welche Besonderheiten sind beim Umgang mit FEM aufzufallen? Was hat sich aus Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen dazu ergeben?
  - Bestehen ethische Mängel bei der Anwendung von FEM in der Einrichtung?
  - Sind heimliche Konsequenzen angezeigt?
  - Stärken und Best Practice – Beispiele?
  - Welche Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern drückt sich im Umgang mit FEM aus? Was lässt sich belegen?
  - Was muss mit HL, PDL angesprochen werden?

# Ausblick: „ReduFix ambulant“



Bild: Dt. Ärzteblatt 48, 28.11.2008, S. B2174

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung



Vielen Dank!

[www.redufix.de](http://www.redufix.de)

[dbredt@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:dbredt@fb4.fh-frankfurt.de)

# Weiterführende Literatur

Bredthauer D (2008): Wie kann man Fixierungen reduzieren? Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen aus dem Projekt ReduFix Praxis. *Altenheim* 12/08: 38-41

**Bredthauer D (2008): Wie können freiheitseinschränkende Maßnahmen vermieden werden? – Handlungsempfehlungen aus den ReduFix-Projekten. *BtMan* 4:208-212**

**Bredthauer D, Klie T, Viol M (2009): Entscheidungsfindung zwischen Sicherheit und Mobilitätsförderung. Die Suche nach dem Königsweg. *BtPrax* 1/09: S. ???**

Bredthauer D (2006): Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohnern vermieden werden? *BtMan* 4:184-190

Bredthauer D (2006): Wenn Verhaltensprobleme die Betreuung von Demenzpatienten erschweren. *MMW-Fortschr Med* 51-52: 38-42

Hoffmann B, Klie T (Hrsg): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis. Müller, Heidelberg, 2004, S. 75-130

Klie T(2006): Der Einsatz von Sensormatten als Hilfsmittel in Pflege und Betreuung unter haftungs-, betreuungs- und heimrechtlichen Gesichtspunkten. *PfIR* 04:152-159

Koczy, P, Klie T, Kron M, Bredthauer D, Rissmann U, Branitzki S, Guerra V, Klein A, Pfundstein T, Nikolaus Th, Sander S, Becker C (2005): Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Ziele und Studiendesign einer prospektiven clusterrandomisierten Interventionsstudie. *Z Gerontol Geriat* 38: 33-39

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung