



ReduFix Praxis

Reduktion von Fixierung



Freiheitsentziehende Maßnahmen: Gefahren, Alternativen

Fachtag „Verantwortungsvoller Umgang
mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“

Der Werdenfelser Weg
zur Reduzierung fixierender Maßnahmen in der Pflege
Ingolstadt, 17.04.2013

Prof. Dr. med. Doris Bredthauer
Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztliche Leiterin der Sozialpsychiatrischen Dienste
der Landkreise Friesland und Wittmund (Ostfriesland)



Inhalte

- > Definition
- > Stand des Wissens
- > Risiken und Gefahren
- > Praxisübung am Bett
- > ReduFix Studien: RCT und ReduFix praxis
- > Rechtsfragen
- > Interdisziplinärer Entscheidungsprozess
- > Ursachenabklärung
- > Alternative Interventionen
- > ReduFix ambulant

Rechtliche Legitimationen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM)
= Jeder Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit (Art. 2 II GG)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

= Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und /oder Dauer

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) Art. 104 GG

= Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit

Liegt nicht vor, wenn:

**„Zur willkürlichen Fortbewegung unfähig,
kein diesbezüglicher Wille erkennbar“...**

Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen

Zivilrecht: §1906 BGB : „zum Wohle des Betreuten“
(erhebliche **Selbstgefährdung**, medizinische Maßnahmen)

Öffentl. Recht: Unterbringungsgesetze der Länder,
z.B. UBG, Psych KG, HFEG (bei Selbst-/**Fremdgefährdung**)

Freiheitsberaubung

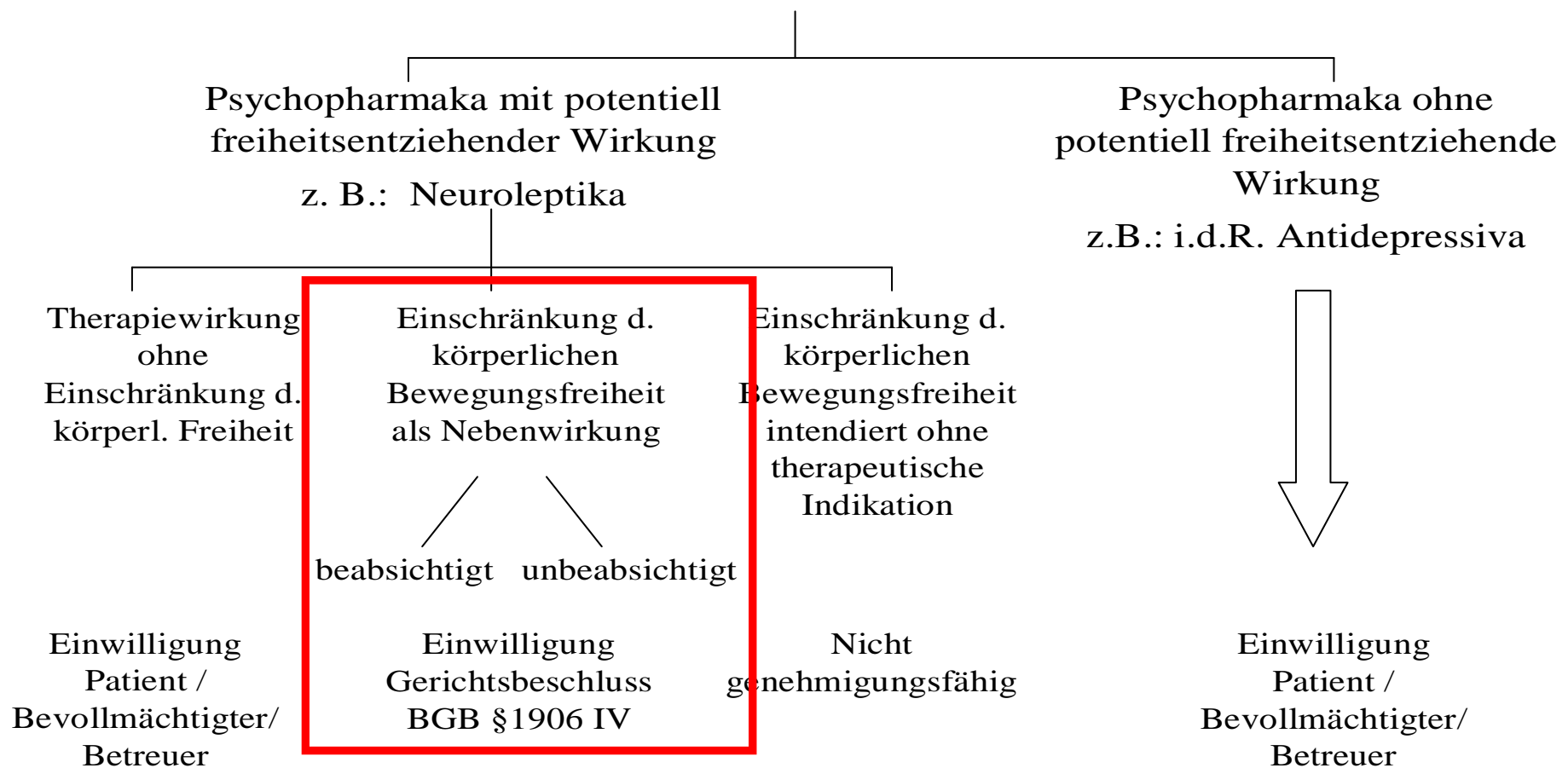
= wenn ein Mensch eingesperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs seiner persönlichen (Bewegungs-)Freiheit beraubt wird (§ 239 StGB)

**Liegt nicht vor:
tragfähige (!) Einwilligung**

Gerechtfertigt: - Entscheidung des Betreuers
und gerichtlicher Beschluss
- Notstand §34 StGB

„Chemische FEM“ ?

Psychopharmaka



Rechtlich erforderliche Legitimation

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM): Fachliche Definition (Physical restraints, PR)

„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,“

(n. Evans 2002, Joanna Briggs Institute, Australia)

➤ ReduFix – RCT:

Sog. „Körpernahe FeM“
(Fixierungen i.e.S.), z.B.:

- Gurte (Rumpf, Fuß/Arm)
- Tischsteckbrett
- Leibchen, Bandagen

- (Bettgitter)

Häufigkeit von „mechanischen“ FeM? (stationärer Bereich)

International

- | | | |
|--|-----------|---|
| ❖ Pflegeheim: | 12 – 64% | (The Joanna Briggs Institute 2002, Hamers et al. 2004, Di Giulio et al 2008) |
| ❖ Akutkrankenhaus
incl. Intensivstationen | 0 – 100 % | (The Joanna Briggs Institute 2002 Syst.Rev., Kröger et al 2010 Systemat. Review, Benbenbishty 2010 „PRICE-Study“) |
| ❖ Stationäre Geriatrie: | 24% | (Karlsson et al. 1998) |

Deutschland

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------|---|
| ❖ Pflegeheim: | 26 – 42% | 5-10% „körpernahe“ FeM („Fixierungen“)
(Becker et al. 2003, Klie 2004 Meyer&Köpke 2008, ReduFix 2007) |
| ❖ Stationäre
Gerontopsychiatrie: | 21-25 %
50% | (Hirsch et al. 1992, Kranzhoff et Hirsch 1997)
bei Menschen mit Demenz
(Bredthauer et al. 2005) |



Gründe für FeM im Alter (stationärer Bereich)

Patientenorientierte Gründe:

Stürze, Verhalten / Demenz

Behandlungsorientierte Gründe:

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

Sozialorientierte Gründe:

Konfliktvermeidung

**Personal- und organisations-
orientierte Gründe:**

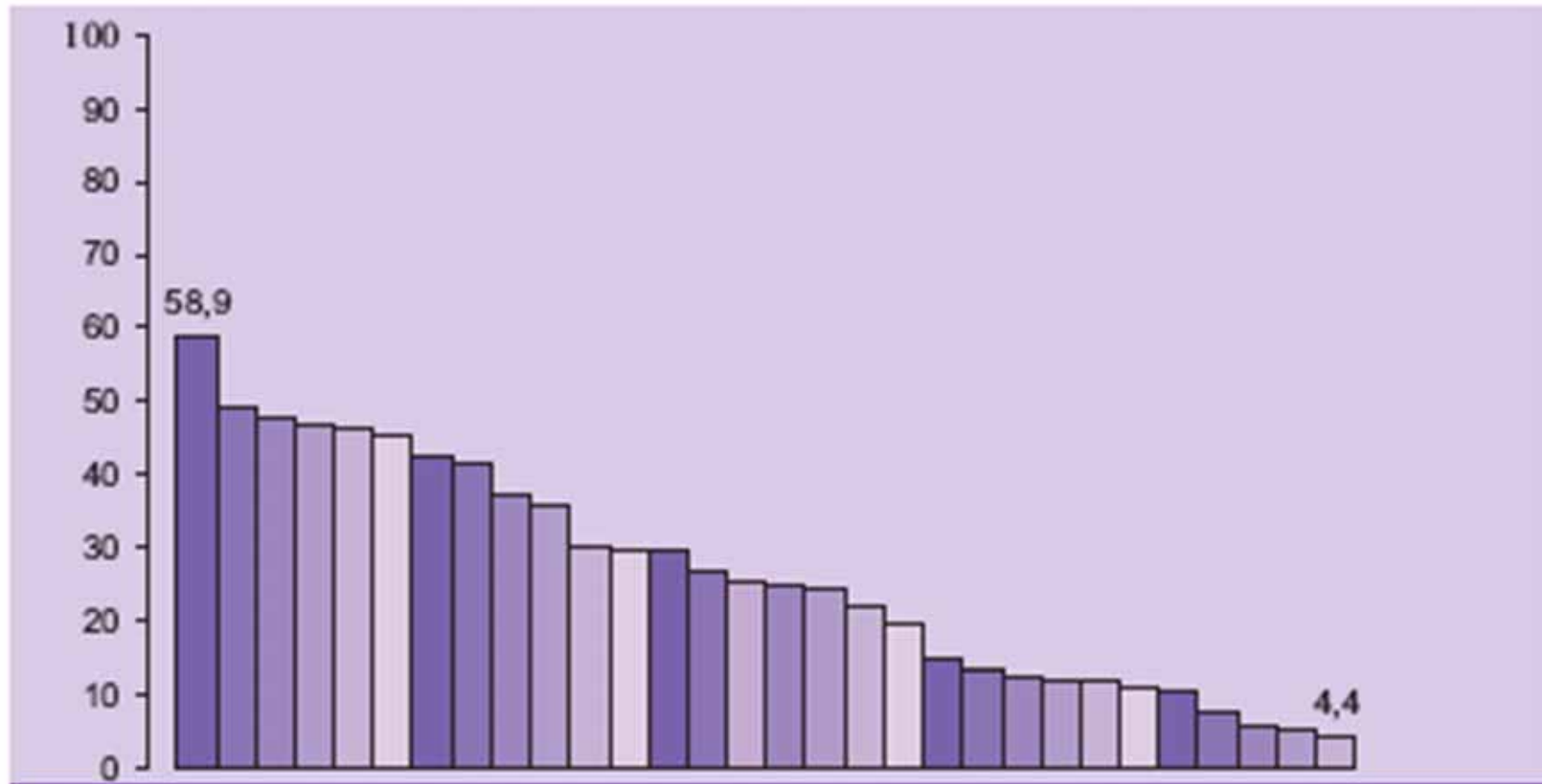
Personalschlüssel, Recht

Einstellungen, Haltungen

Bredthauer 2002; DeSantis et al. 1997; Evans 2002; Hantikainen 2001;
Hamers et al. 2005; Haut et al., 2004; 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)

Sorgfaltspflicht und Recht auf Freiheit

„Fürsorgepflicht“ / „Obhutspflicht“:

- Recht auf Sicherheit / Schutz von körperlicher Unversehrtheit



Achtung der Menschenrechte:

- Recht auf Freiheit der Person
- Recht auf Würde
- Recht auf Teilhabe
- Recht auf Selbstbestimmtheit
- Förderung von Mobilität, „Aktivierung“

Art 1 u. 2 Grundgesetz, SGB V, SGB XI, SGB IX, Heimgesetze (z.B. PflWoqG)

The ICN Code of Ethics for Nurses 2000, Charta d. Rechte u. Pflege hilfe- und pflegebedürftiger Menschen 2007

Rechtlich legitimiert... aber fachlich gerechtfertigt?

... „**Wohl**“ (§ 1901, 1906 BGB)?

....Erhebliche Gesundheitsgefahr?

... Erforderlich?

... Verhältnismäßig?

... **Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse**

(SGB V, XI, PflWoqG)?

... **Wirksam?**

... **Nutzen/ Risiko, Schaden?**

... **Kosten?**



Aktueller Stand des Wissens: FeM

1. „Fixierte“ Menschen:

Stürze \leftrightarrow (\uparrow)

Ernsthafte sturzbedingte Verletzungen \uparrow

Verhaltensauffälligkeiten \uparrow

2. Verzicht auf FeM:

(durch Interventions-
programme):

Sturzbedingtes Verletzungsrisiko \leftrightarrow \downarrow

Verhaltensauffälligkeiten \leftrightarrow \downarrow

Psychopharmaka \leftrightarrow \downarrow

Personalschlüssel \leftrightarrow

1. Keine Studie weltweit zeigt positiven Effekt von FeM !

2. Daten über negative Folgen (Verletzungen, Stress) sind dagegen alarmierend

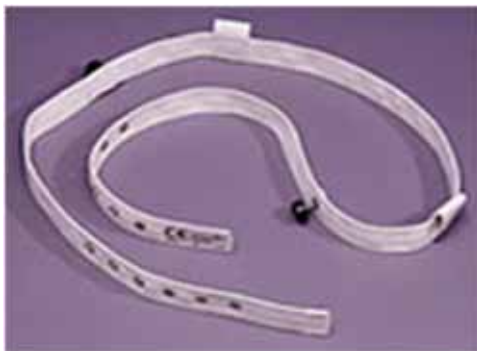
Evans et al. (2002): Systematic Review, Joanna Briggs Institute
Sailas E & Fenton M: Cochrane Systematic Review 2000;
Testad et al 2005, Pellfolk et al 2010, Koczy et al (eingereicht);
Berzlanovich 2007, Mohsenian 2002, BfArm 2004

Negative Folgen von FeM



Nationale Empfehlungen zur Sicherheit

Bauchgurt mit
Seitenstabilisatoren +
durchgehendes Bettgitter



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

**Zusätzlich „Diagonalfixierung“
erforderlich**

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. Hochschule Freiburg

Prof. Dr. D. Bredthauer
Fachhochschule Frankfurt am Main (ab 2006)

*Förderung: BMFSFJ und
Rob.-Bosch-Stiftung*

Laufzeit: 2004 – 2006

Ist es möglich, durch gezielte Interventionen

- ❖ die Anzahl der fixierten Personen zu reduzieren (Prävalenz „körpernaher FeM“)?
- ❖ die Fixierungszeiten zu verrindern?

Ohne dass ...

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

ReduFix (RCT) Flowchart

Infoveranstaltung (65 Heime)

Dokumentation mit Running in

Baseline Assessment

T1: 45 Heime, n = 430 Fixierte

3 Mo

(Cluster) Randomisierung (IG 23, WG 22)

Interventionsgruppe (IG) n=268

Wartegruppe (WG) = Kontrollgruppe n=162

Multifaktorielle Intervention (IG)

Schulung + HM + Beratung



Mit freundl. Unterstützung von Fa. Vitaness, Fa. Rölke, Fa. Wintertec, Fa. Völker

Dokumentation

Punkte n=333

Drop outs (22,8%)	
Tod	26
Auszug	4
Doku unvollständig	7

3 Mo

Intervention (WG/CG)

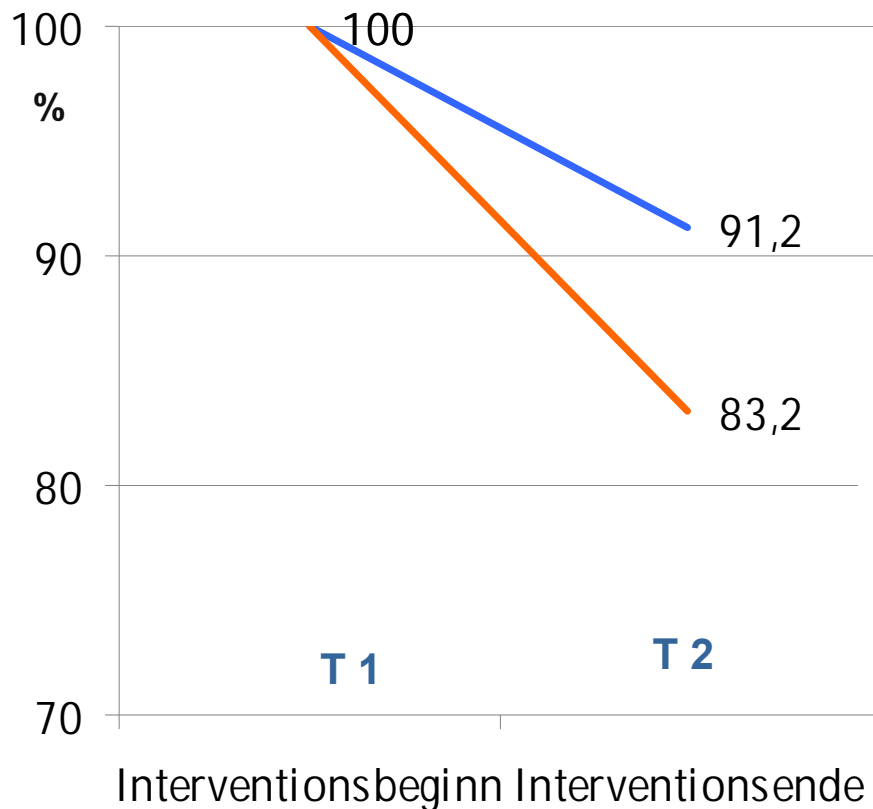
Dokumentation

Follow-up

3 Mo

Ergebnisse: Fixierungsreduktion

**Primärer Endpunkt:
Entfixierung (100 %)**



— WG 11 Entfixierte von n=125 (8,8 %)

— IG 35 Entfixierte von n=208 (16,83 %)

Table 2: Influence of the intervention on the time reduction of restraint use between T1 (start) and T2 (follow-up)

	IG* N (%)	CG* N (%)	Odds ratio† (95% CI)
Time reduction by 100% (not restrained)‡	35 (16.83)	11 (8.8)	2.16 (1.05 – 4.46)
≥75%	45 (21.6)	13 (10.4)	2.45 (1.26 – 4.77)
≥50%	56 (26.9)	18 (14.4)	2.25 (1.25 – 4.05)
≥25%	69 (33.2)	27 (21.6)	1.87 (1.11 – 3.14)

* IG, CG: intervention group and control group, respectively

† adjusted for sex

‡ primary endpoint

Koczy et al (Publikation im Reviewverfahren: JAGS)

FAZIT aus ReduFix RCT



- **Freiheitseinschränkende Maßnahmen können erfolgreich reduziert werden !**
- **ohne Nachteile für Bewohner:**
 - konstante Sturz-Verletzungsrate (2:2 Frakturen)
 - kein Anstieg potenziell ungeeigneter Psychopharmaka
 - tendenzielle Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten bei entfixierten Bewohnern
- **hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern**
- **Kontrolliertes Wissen („externe Evidenz“)**
- **Konzept für geplantes /kompetentes / interdisziplinäres Handeln**
- **Veränderte Einstellungen und Haltungen**

Das Wissenstransfer- Projekt „ReduFix praxis“

Priv.-Doz. Dr. C. Becker
Dr. P. Koczy
U. Reißmann
D. Beische
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. Hochschule Freiburg

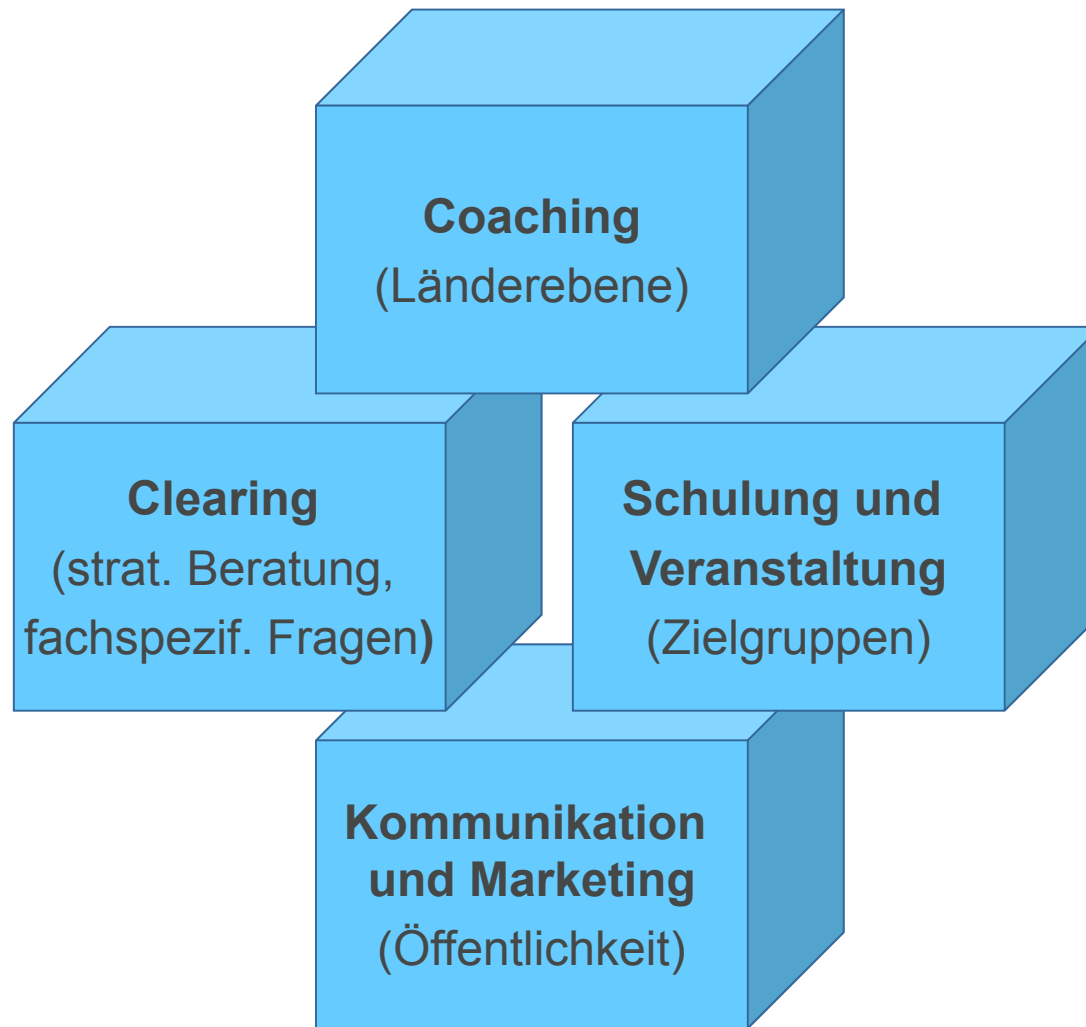
Prof. Dr. D. Bredthauer
Fachhochschule Frankfurt am Main

Förderung: BMFSFJ

Laufzeit 07/2006 – 06/2009



ReduFix Praxis: Bausteine



Zielgruppen ReduFix praxis

Beteiligte AKTEURE im Problemfeld FEM

Kostenträger

Betreuungsbehörden,
Gerichte

Wissenschaft

MDK, Heimaufsicht

Schulen

Industrie

Presse, Medien

Pflege,
Einrichtungsträger

Selbsthilfegruppen

NGO's (z.B.
Alzheimer
Gesellschaft)

Fach- und Hausärzte

Seniorenbeirat

Die „ReduFix – Schulung“

➤ Ganztägig (10.00 – 16.00)

- Praxisübung
- Stand des Wissens
- Rechtsfragen
- Prozess der Entscheidungsfindung
- Fallbeispiele
- Alternativen: „3-Kategorien-Modell“



Ziele:

**Einstellungen Haltungen verändern,
Handlungssicherheit gewinnen!**





Typische Rechtsfragen

- > Haftungsangst / Mythos „Aufsichtspflicht“
- > Übersehende 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“)?
- > „Pflegerische Sorgfaltspflicht“: Was heisst das?
„Sorgfaltsmaßstab“ > Fachliche Standards !
Dokumentation des Entscheidungsprozesses
- > Wann gelten Alternativen als
Fixierungen (Sensormatte, Gehfrei) bzw.
als „Überwachung“?

Kernstück der ReduFix-Schulung: Der Prozess der Entscheidungsfindung (individuell, interdisziplinär)

Analyse der Situation und Zielefestlegung

Ursachenabklärung

Einschätzung der Alternativen

Maßnahmeplan

Treffen der Entscheidung (Optimal: Fallkonferenz)

Durchführung der Maßnahme

Beobachtung und Evaluation



Fehlmedikation im Alter: Bsp. Psychopharmaka

Häufig zu wenig, zu viel, falsche Indikation, zulange

Altersuntaugliche Medikamente*

Wechselwirkungen ↑ Nebenwirkungen ↑

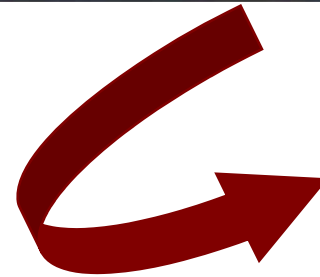
Unsachgemässe Verabreichung, Lagerung, etc.

*z.B. Priscus-Liste



Typische Nebenwirkungen:

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



Schlüsselfunktion:
Pflegefachkräfte,
Betreuer!!

Potentiell inadäquate Medikation im Alter: Die „PRISCUS“- Liste 2010: www.priscus.net

Generell ungeeignete Psychopharmaka für ältere Menschen (65 +), Beispiele:

Thioridazin	Melleril®
Levomepromazin	Neurocil®
Promethazin*	Atosil®
Amitryptilin	Saroten®
Doxepin	Aponal®
Fluoxetin	Fluctin®
Flurazepam	Dalmadorm®
Diazepam	Valium®

u.a. langwirksame Benzodiazepine

Dosisabhängig :

Haloperidol	<i>Haldol® > 2 mg</i>
Lorazepam	<i>Tavor® > 2mg,</i>
Oxazepam	<i>Adumbran® > 60 mg,</i>
Zolpidem	<i>Stilnox® >5mg</i>
Zopiclon	<i>Ximovan® > 3,75 mg</i>

Holt, Schmiedl et Thürmann (2010): Die Priscus-Liste DÄB 31-32: 543-551 u.
10-19 und www.priscus.net;
s. auch „Beers-Kriterien“, Update n. Fick et al (2003) Arch Intern Med 163

Psychopharmaka in der stationären Altenpflege

Deutschland

Gesamtbevölkerung 65+

ca. 65 % Psychotrope Substanzen (inkl. Analgetika)
ca. 25 % Psychopharmaka i.e.S.

Altenpflegeheim:

50 – 80 %

Psychopharmaka i.e.S.

Problem der Indikation?

Antipsychotika (Neuroleptika)

36 %

34 %

52 % !

Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika

31 %

30 %

Antidepressiva

15 %

20 %

30 %

Antidementiva

7 %

8 %

17 %

Sonstige

11 %

Pantel J et al (2005)

Molter-Bock E et al (2006)

Majic et al (2010)

Molter-Bock E et al (2006) ZGG 39: 336-343

Pantel J et al (2005) www.bhf-bank-stiftung.de/downloads.html

Weyerer S et al. (1996) Gesundheitswesen 58:201-206

Helmchen H et al (1996): Psychische Erkrankungen im Alter.

In: Mayer U & Baltes PB (Hrsg): Die Berliner Altersstudie

Aparasu et al. (2003) JAGS 51(5): 671-7

Hosia-Randell H & Pitkala K (2005) Drugs Aging 22(9):793-800



Fachlich begründete Indikation oder „ruhiggestellt“?

Verordnung von Antipsychotika (Neuroleptika) im Altenpflegeheim:

Signifikante Zusammenhänge:

- ❖ **Unspezifische Psychische Indikation (z.B. “Unruhe”)** OR 6,9 (Ci 95% 2,5-12,1) $p < 0,001$
- ❖ **Doppelzimmer** OR 2,0 (Ci 95% 1,4-2,7) $p < 0,001$
- ❖ **Nicht einwilligungsfähig, aber bewegungsfähig** OR 2,1 (Ci 95% 1,5-3,0) $p < 0,001$



Individueller, interdisziplinärer Prozess der Entscheidungsfindung

Analyse der Situation und Zielefestlegung

Ursachenabklärung

Einschätzung der Alternativen

Maßnahmeplan

Treffen der Entscheidung (Optimal: Fallkonferenz)

Durchführung der Maßnahme

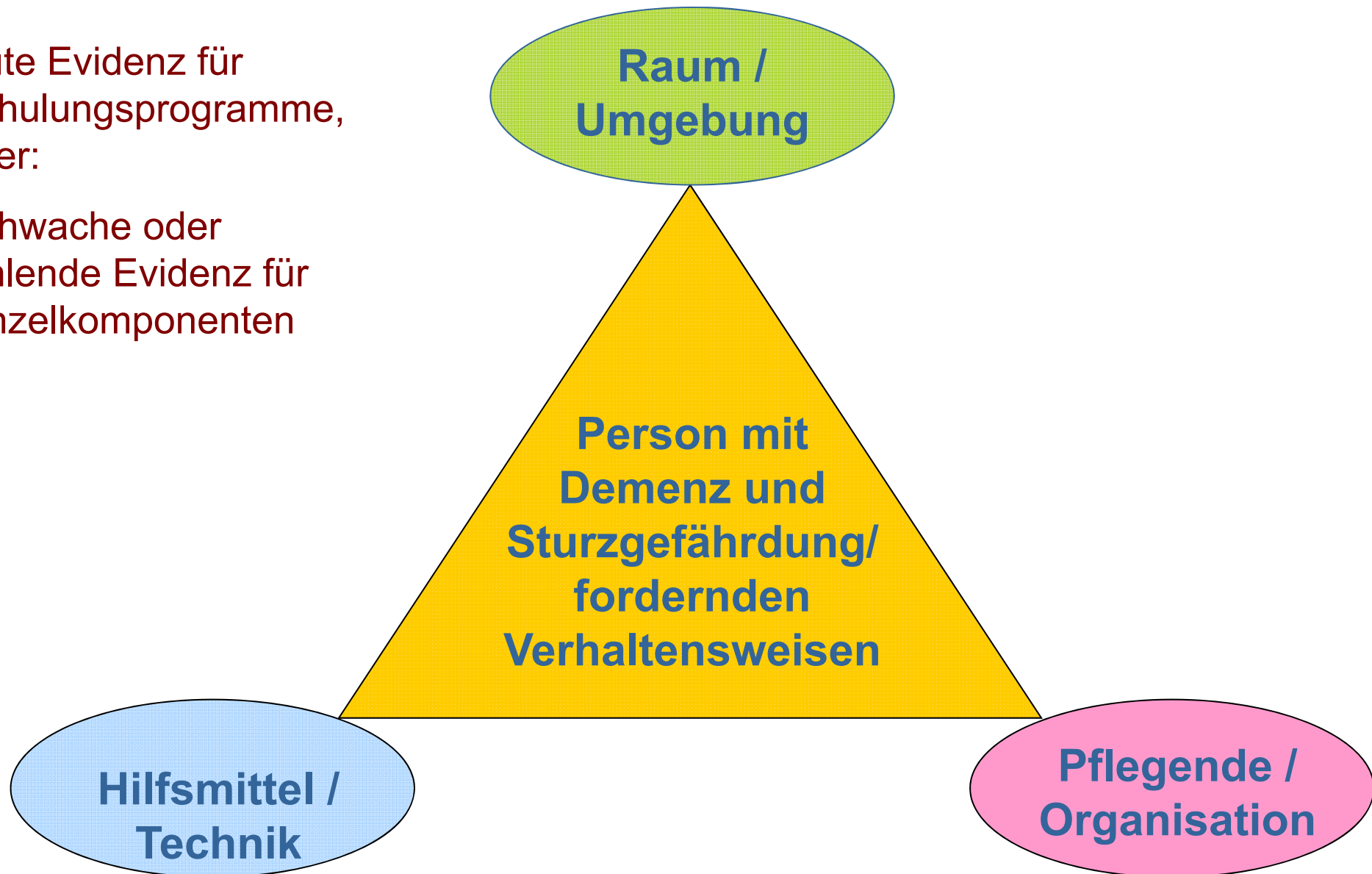
Beobachtung und Evaluation



Alternativen für FeM (risikospezifisch, individuell)

Gute Evidenz für
Schulungsprogramme,
aber:

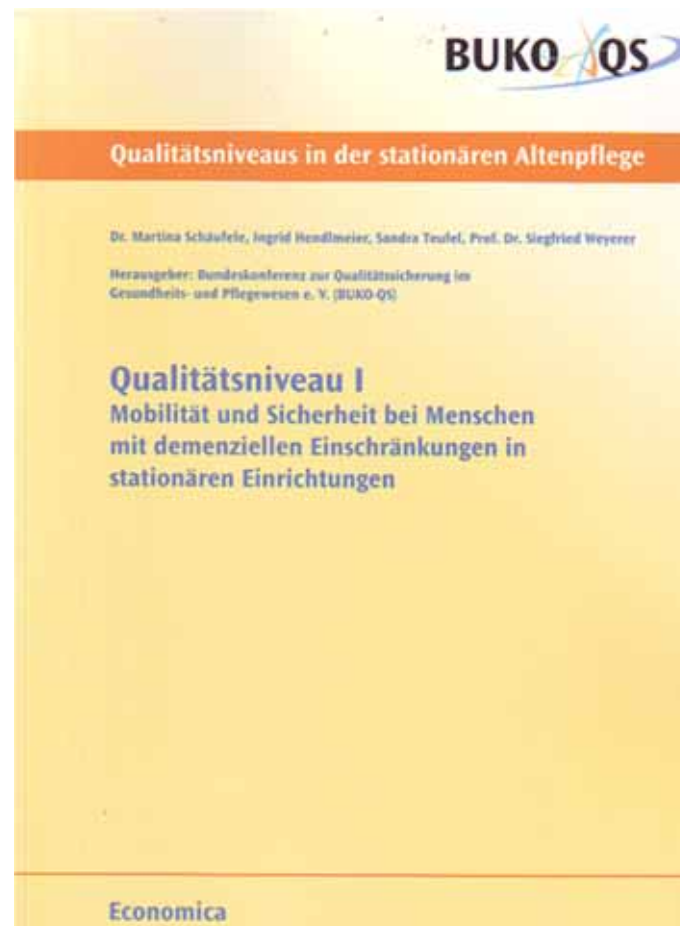
Schwache oder
fehlende Evidenz für
Einzelkomponenten



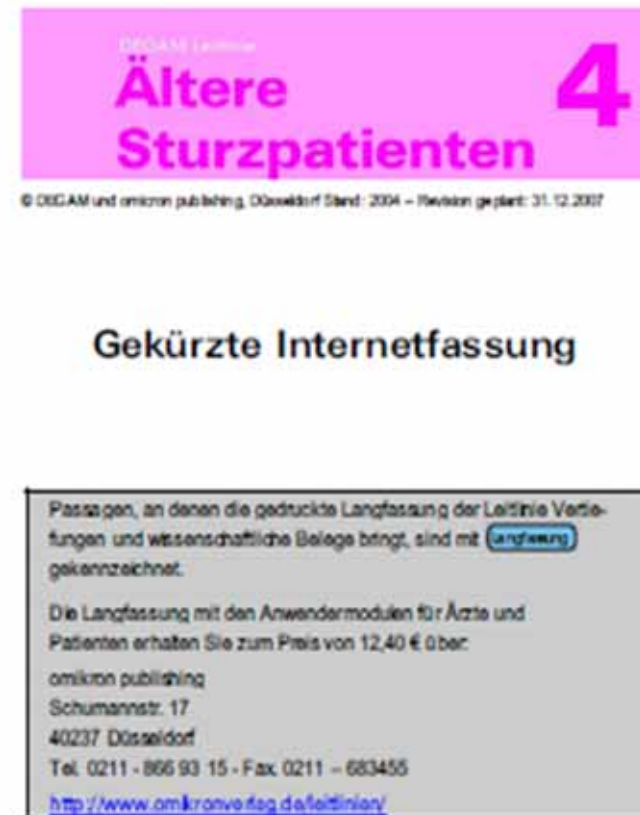
Pflegerischer und medizinischer Sorgfaltsmaßstab: Aktuelle Standards und Leitlinien



www.dnqp.de



www.buko-qs.de



Kurz- und Langfassung
abrufbar unter: www.degam.de

Sturzprophylaxe: Expertenstandard

- Kraft- und Balancetraining
 - Sichere Umgebung
 - Angepasste Hilfsmittel/
technische Hilfen
 - Einsatz von Hüftprotektoren
 - Inkontinenzmanagement
 - Sehhilfen
- **WICHTIG: Mobilität fördern!**
- **Aber: „Die Verwendung freiheits-
einschränkender Maßnahmen
einschließlich Bettgittern zur
Sturzprävention sollten unbedingt
vermieden werden.“**



www.dnqp.de

Bsp.: Kraft – und Balancetraining – auch für Menschen mit Demenz !



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

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

Umgang mit herausforderndem Verhalten



Rahmenempfehlungen zum
Umgang mit herausforderndem
Verhalten bei Menschen mit Demenz
in der stationären Altenhilfe

ISSN 1862-1600

Forschungsbericht

007 | Gesundheitsforschung

www.bmg.bund.de

- **Verstehende Diagnostik** (z.B. nach NDB Modell)
- Assessmentinstrumente (z.B. CMAI, DCM, IdA)
- Validation
- Erinnerungspflege
- Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen
- Bewegungsförderung

Rahmenempfehlungen abrufbar unter: www.bmg.bund.de/

Leitlinien abrufbar unter: <http://leitlinien.net/>

Siehe auch neue ärztliche Leitlinien:

S3 Leitlinie für Menschen mit Demenz 11/09

S2 Leitlinie für Therapie aggressiver Patienten
in der Psychiatrie 08/09

„Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“

BMBF-Forschungsprojekt 2007-2010
Leitlinienentwicklung und RCT

Projektleitung: Prof. Dr. Gabriele Meyer, Witten, Dr.
Sascha Köpke, Hamburg

16 Experten interdisziplinär, u.a. Doris Bredthauer



The screenshot shows the homepage of the FEM Leitlinie website. At the top left, it reads: "Die Initiative zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege". To the right is the logo, which consists of a blue butterfly and the text "LEITLINIE FEM" in a yellow box. Further right, it says "Mehr Freiheit wagen!". Below this is a navigation bar with orange buttons for "Startseite", "Aktuelles", "Materialien", "Publikationen", "Über uns", "Links", and "Kontakt".

Startseite der Leitlinie FEM

Herzlich willkommen auf der Homepage des Projekts "Leitlinie FEM"!

Hier finden Sie alle Informationen und Materialien zum Projekt

Freiheitseinschränkende Maßnahmen ("Fixierungen") wie Bettgitter oder Bauchgurte finden in Alten- und Pflegeheimbewohnern in Deutschland häufig Anwendung. Zwischen den Heimen gibt es dabei große Unterschiede, die nicht durch einfach messbare Merkmale wie Anzahl der Pflegekräfte oder Eigenschaften der Bewohner zu erklären sind. Aus fachlichen und ethischen Gründen gilt es freiheitseinschränkende Maßnahmen zu vermeiden. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen nicht geeignet sind, Stürze und Verletzungen bei Bewohnern zu verhindern. Sie haben jedoch durch die Einschränkung der Bewegungsfreiheit der Bewohner eine Reihe negativer Konsequenzen und können, wenn auch selten, zu schweren Verletzungen wie Einklemmungen und Strangulationen führen.

Zur Leitlinie

Da sich freiheitseinschränkende Maßnahmen ohne unerwünschte Wirkungen wie vermehrte Stürze und sturzbedingte Verletzungen reduzieren lassen, erscheinen Maßnahmen zum nachhaltigen Verzicht von freiheitseinschränkenden Maßnahmen dringend nötig. So genannte evidenzbasierte Praxisleitlinien können wirkungsvolle Mittel sein, um Unterschiede zwischen Einrichtungen zu überwinden und somit eine Versorgung auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu fördern. Wir haben im Rahmen eines formalen Vorgehens zusammen mit einer 16-köpfigen Expertengruppe eine evidenzbasierte Leitlinie entwickelt. Das Hauptdokument, die ca. 200 Seiten starke Leitlinie finden Sie unter dem Punkt [Materialien](#). Zusätzlich wurden Kurzversionen für Pflegenden und Betreuer entwickelt, die Sie unter [Broschüren](#) finden.

Zur Studie

In einer kontrollierten Studie mit 36 Alten- und Pflegeheimen in Hamburg und Nordrhein-Westfalen wurde untersucht, ob die Leitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen führt. Hierzu wurde in der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen die Leitlinie eingeführt. Außerdem nahmen alle Pflegenden an einer Kurzschulung teil. Darüber hinaus wurden

FeM- Leitfaden

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen



Pflege

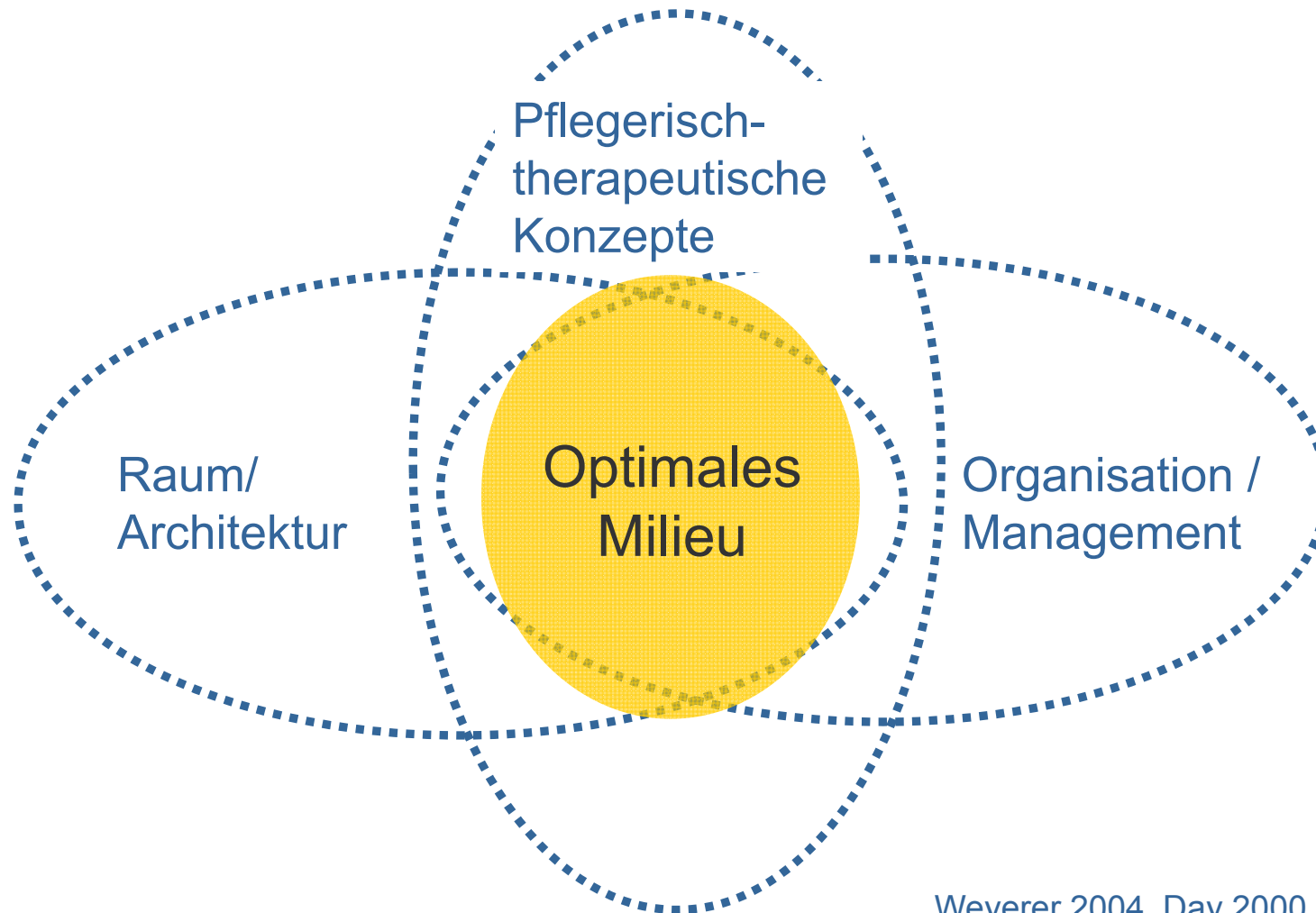
Verantwortungsvoller Umgang mit
freiheitsentziehenden Maßnahmen
in der Pflege

Leitfaden des Bayerischen
Landespflegeausschusses
November 2006



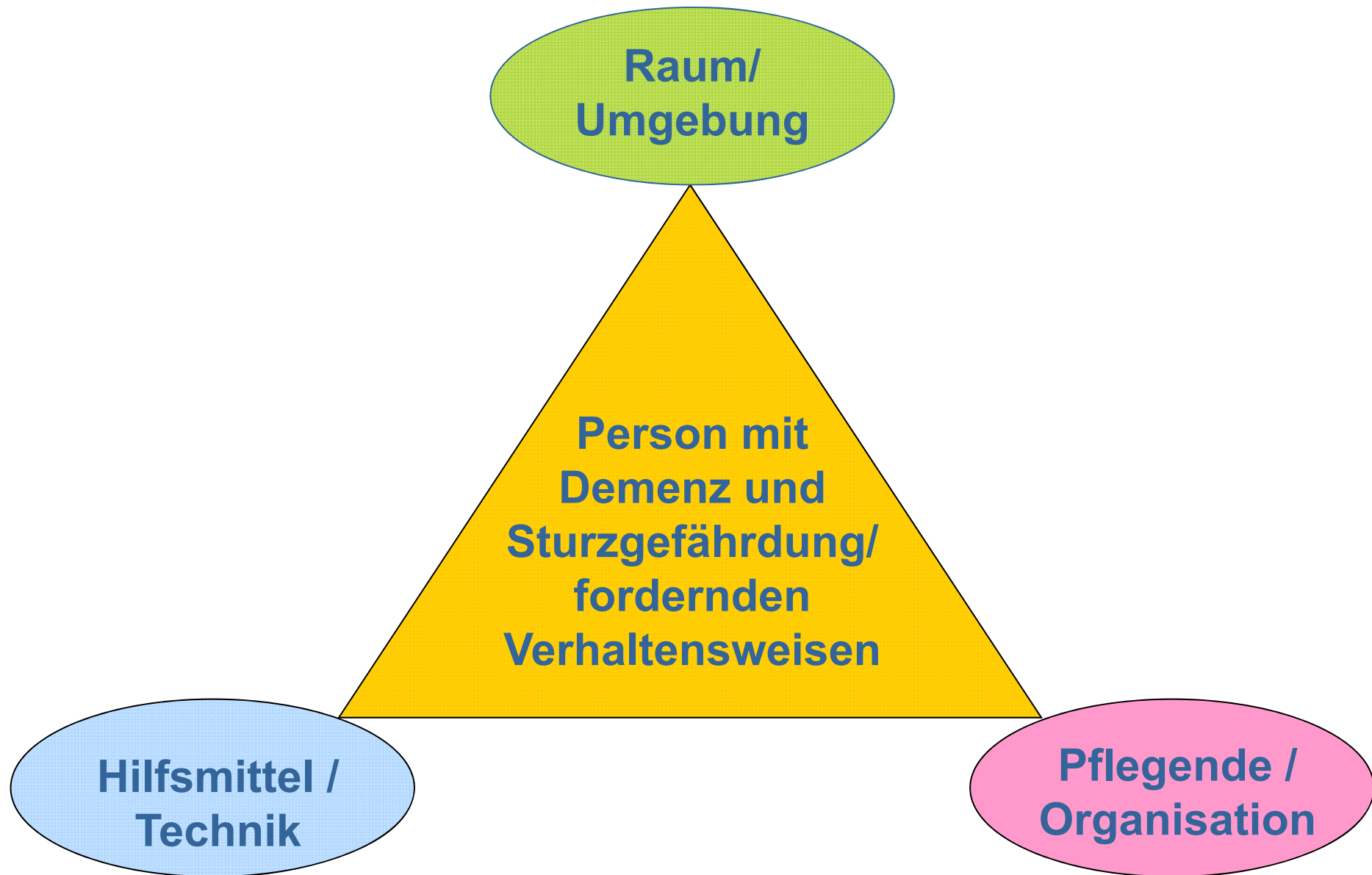
www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/fem-leitfaden.pdf

„Dementengerechte Milieugestaltung“

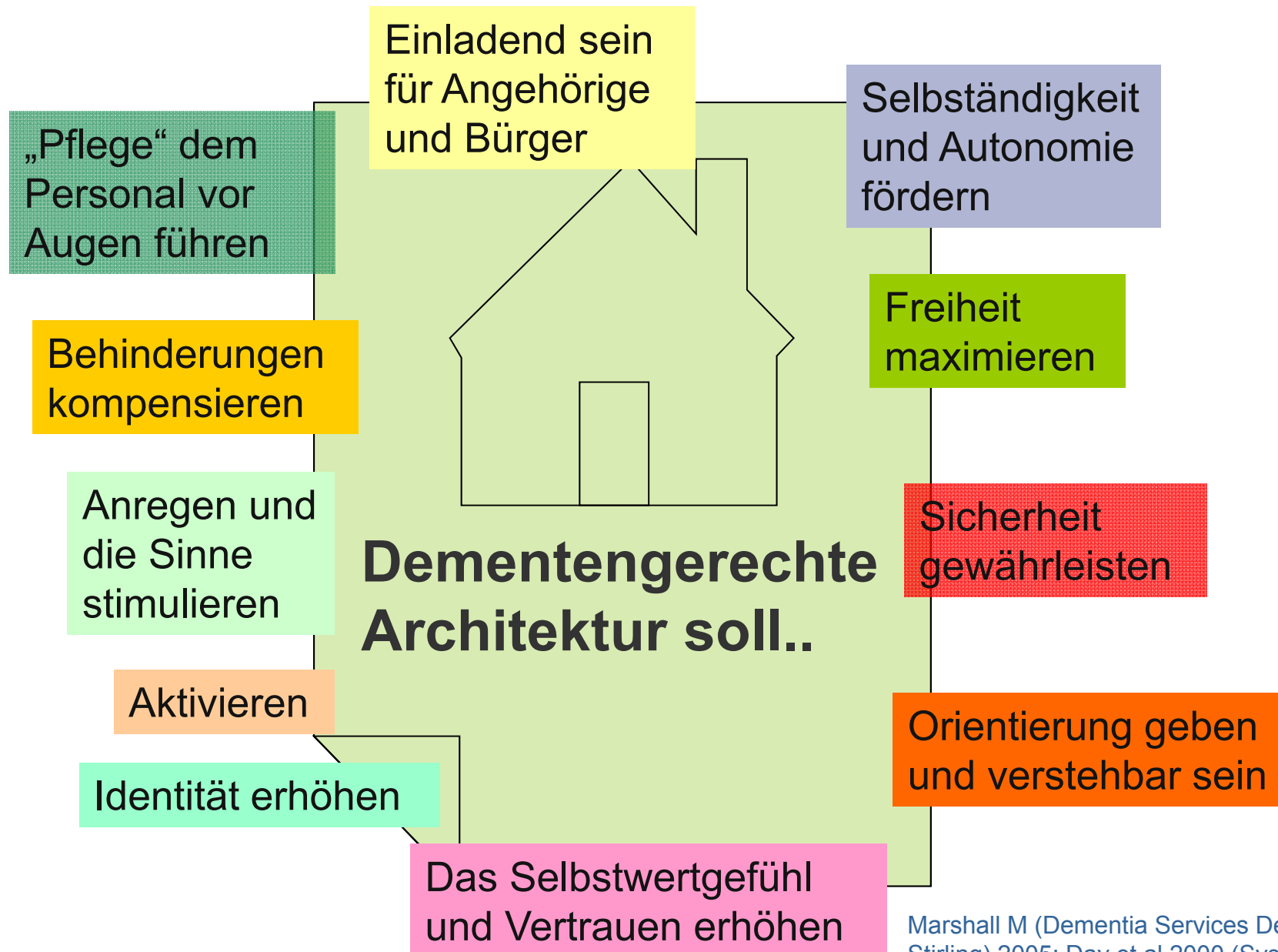


Weyerer 2004, Day 2000

Alternativen für FeM (risikospezifisch, individuell)



Räumlich-architektonische Maßnahmen

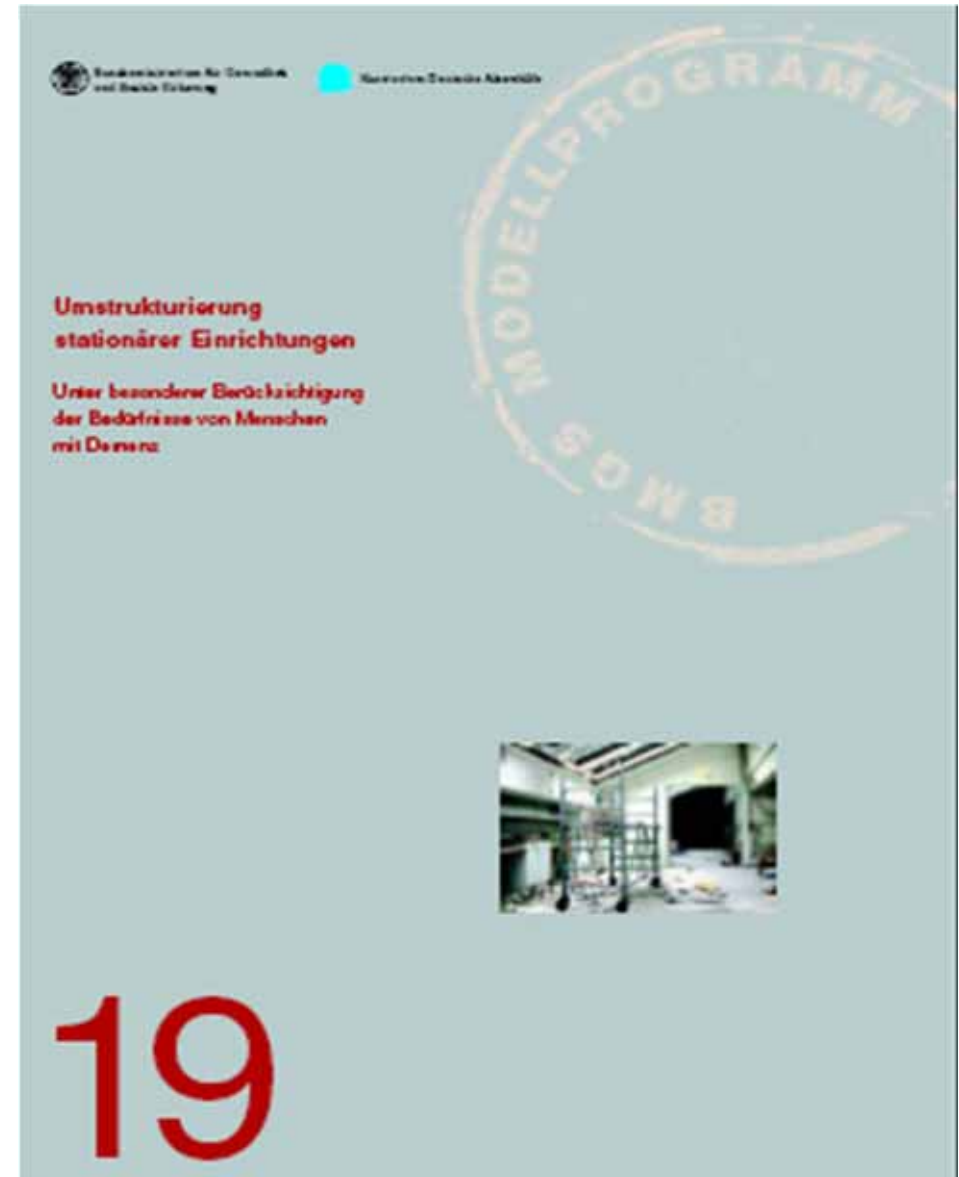


Marshall M (Dementia Services Development Centre, Stirling) 2005; Day et al 2000 (Systematic Review), Marquardt 2007, Weyerer 2004, Wojnar 1997, Heeg 2004; Zeisel et al 2003

Nationale Empfehlungen

„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, letzter Abruf 04.10.08

Wohnküche als Zentrum der Gemeinschaft



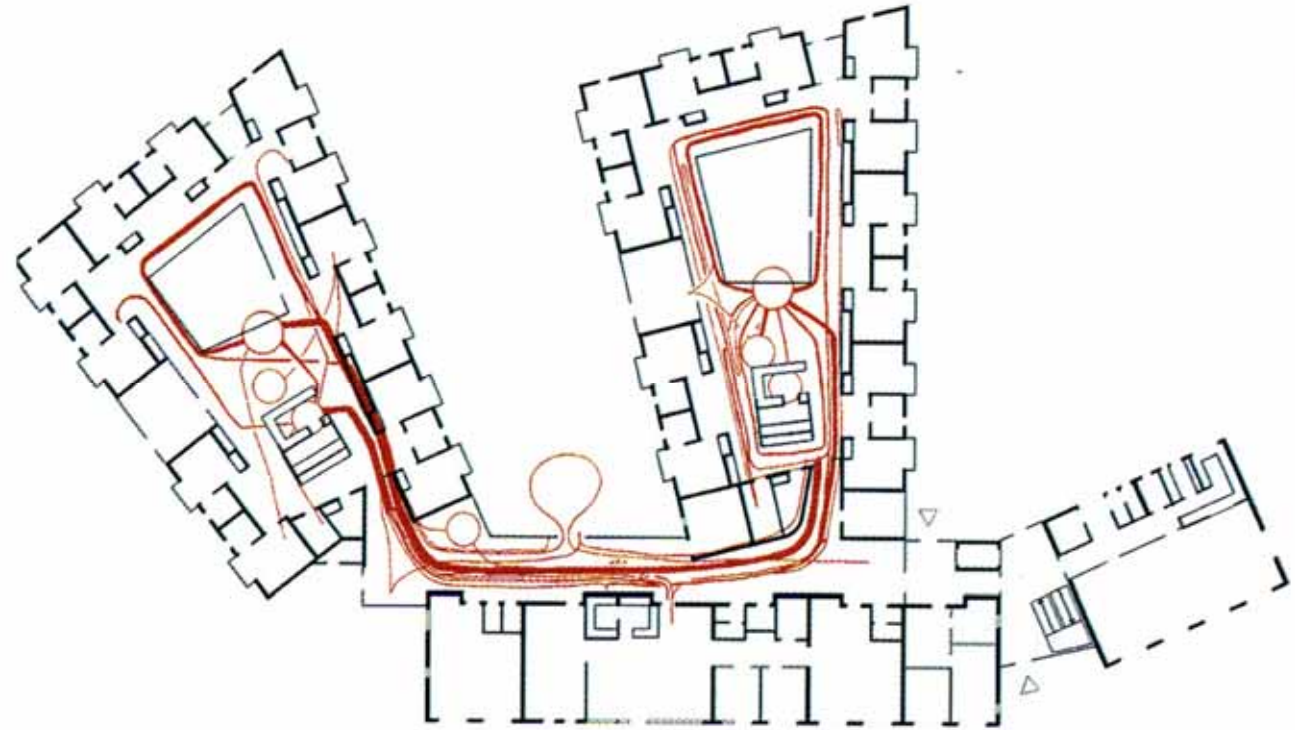
Otto-Koti & Fanny-Koti, Tampere, Finland
Foto: Damian Utton, Associate/Senior Architect
Pozzoni Design Group
Summerschool Dementia & Design 2005

Transparenz und Anregung



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

Freiheit und Autonomie maximieren



„Wandern“

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

vorher



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

nachher



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



**Schutz und Sicherheit gewährleisten –
aber die Würde wahren**

Bsp. Gradmann-Haus, Stuttgart

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



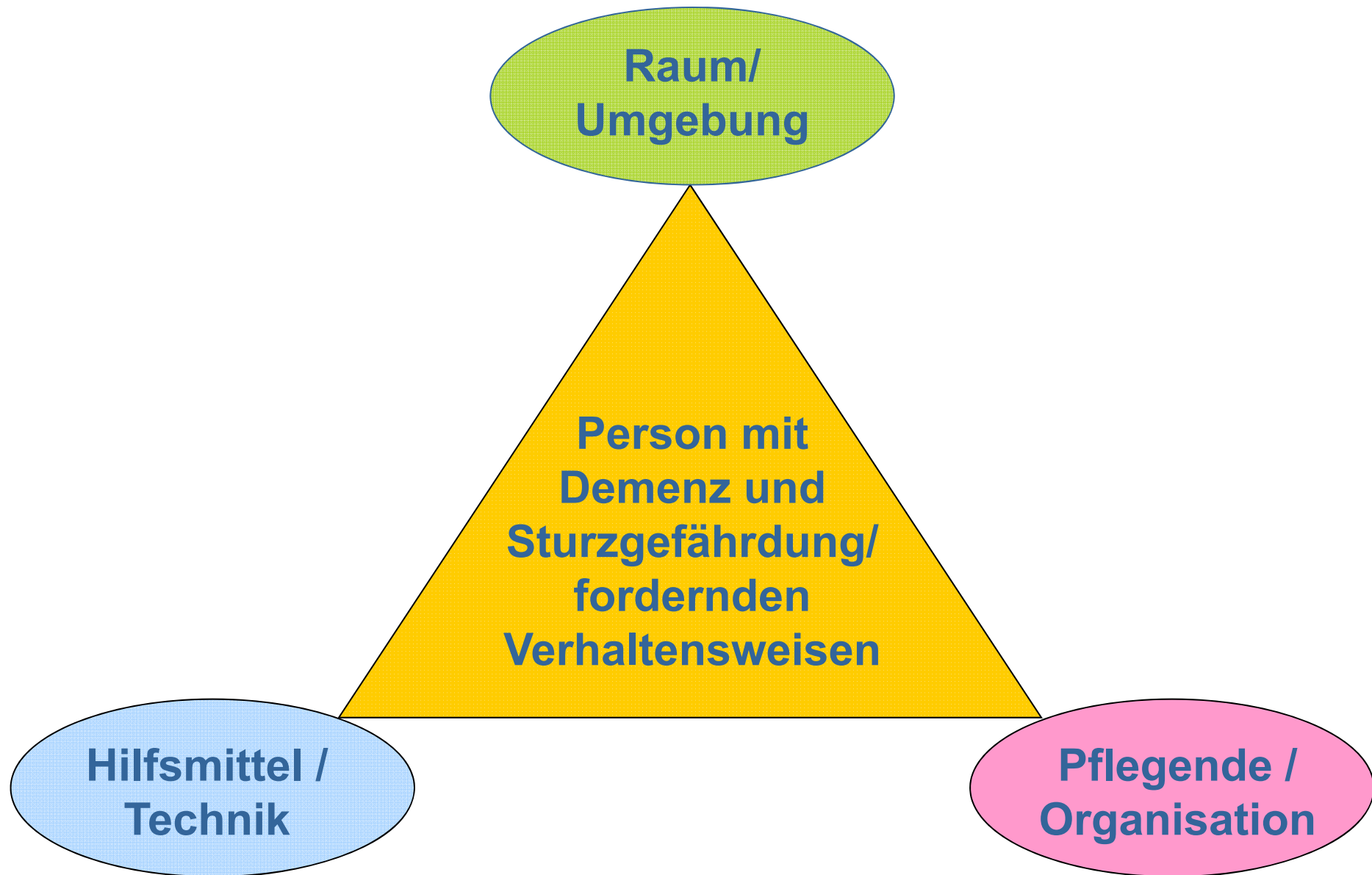
Iris Murdock Building,
Stirling 2005
Foto:
Doris Bredthauer



Foto: Burnett
Associates 2005

Gradmann-Haus
Stuttgart
Foto: Doris Bredthauer

Alternativen für FeM (risikospezifisch, individuell)



Pflegebody

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



Bild: www.suprima-herzlieb.de/

„Antirutsch“ - Socken

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



Bild: U. Rissmann

Hüftprotektoren



z.B. Safehip® Soft *Kompakt, Top, Open*
Fa. Roelke-Pharma
www.roelke.de



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

Fa. Suprima GmbH
www.suprima-gmbh.de

Hüftprotektoren: Aktueller Stand

Downloaded from bmj.com on 4 February 2007

BMJ Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses

David Oliver, James B Connelly, Christina R Victor, Fiona E Shaw, Anne Whitehead, Yasemin Genc, Alessandra Vanoli, Finbarr C Martin and Marg A Gosney

BMJ 2007;334:82-; originally published online 8 Dec 2006; doi:10.1136/bmj.39049.706493.55

Leitlinien:

www.deqam.de (Ältere Sturzpatienten)

www.awmf.de (Osteoporose)



www.dnqp.de

Downloaded from bmj.com on 21 June 2006

Auch: Cochrane Review 2005

Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review

Martyn J Parker, William J Gillespie and Lesley D Gillespie

BMJ 2006;332:571-574; originally published online 2 Mar 2006; doi:10.1136/bmj.38753.375324.7C

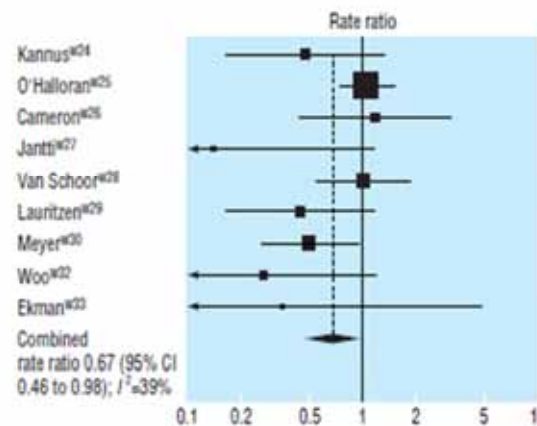


Fig 5 Meta-analysis for hip protectors as a single intervention in care homes (no hospital studies were identified)—hip fractures (random effects model)



z. Bsp. Safehip® Soft Kompakt, Top, Open (Roelke-Pharma)
Bildquelle: www.roelke.de

1. Instanz SG Köln 08.11.99 (S 16 KR 197/98)
2. Instanz LSG NRW 31.05.2007 (L16 (5,2) KR 70/00)
3. Instanz BSG Kassel 24.02.2009 (B 3 KR 11/07 R)

Helm, Knie- und Armschoner



Bild: ReduFix Kampagne 2008

„Gehfrei“, Bspe:



„RCN-Walker“ GW 120
(Fa. RCN)
www.rcn-medizin.de



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

„Pflegerest“ und Niedrigbett



Bild: „Völkerworld“

z. Bsp. Völker Niedrigbett 5380 / 5380 K

Anti-Rutsch-Auflagen



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

... eine kreative und kostengünstige Lösung



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

Sensormatte (Bsp.)



Safefloor™
Fa. Roelke pharma

www.roelke.de/



meldet

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

des Bewohners

- **Koppelung mit Rufanlage**
- **Ortsunabhängig einsetzbar**

Personenortung, z.B.



Abb.:
<http://vega.deutschesenior.de/>

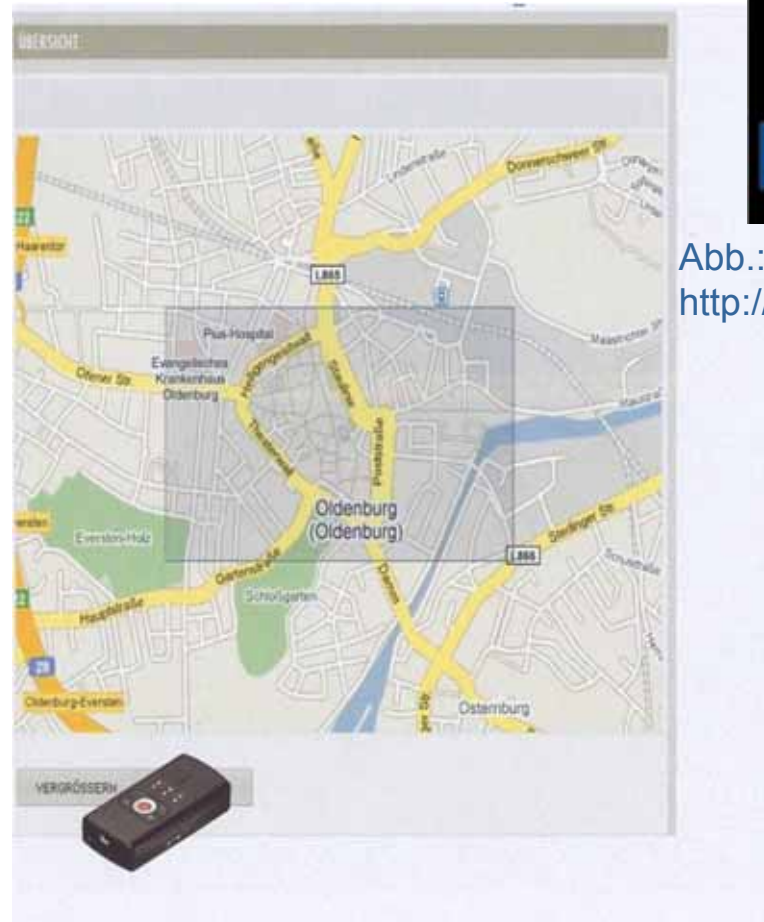
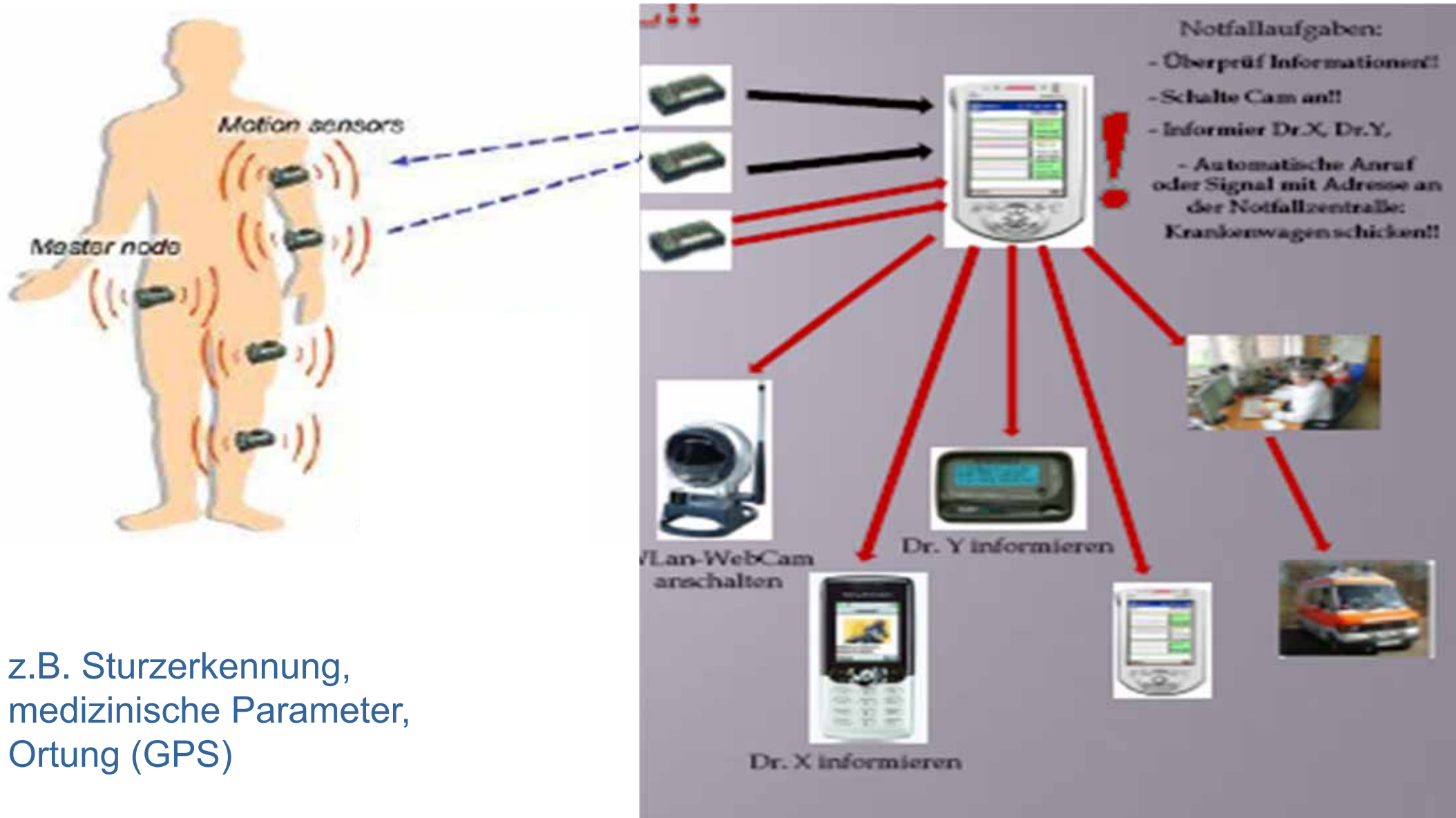


Abb. Siebert M: G.P.S. Ortungssysteme Saveness
www.ortungssysteme24.com

Intelligente Sensorsysteme



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

Abb. modifiziert nach Wojcieck Cylok (Stud. Cand. M.Sc. BaSys 2007)



Deutsche Alzheimer
Gesellschaft

Alzheimer Krankheit /
Demenz

Menschen mit Demenz

Hilfen für Menschen mit
Demenz und Angehörige

Umgang und
Beschäftigung

Rechtliche und finanzielle
Hilfen

Entlastungsangebote

Seminarreihe für
Angehörige

Technische Hilfen

Mit Demenz im
Krankenhaus

Technische Hilfen

In erster Linie sind die auf diesen Seiten vorgestellten Lösungen für Menschen gedacht, die alleine in ihrer eigenen Wohnung leben, zusammen mit betreuenden Familienangehörigen oder Freunden, in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder in Wohnformen des "Betreuten Wohnens".

Sicher sind viele der aufgezeigten Lösungen auch für den stationären Bereich denkbar, aber aufgrund der besonderen pflegerischen wie baulichen Möglichkeiten sind in diesem Umfeld weitere Gegebenheiten zu berücksichtigen.

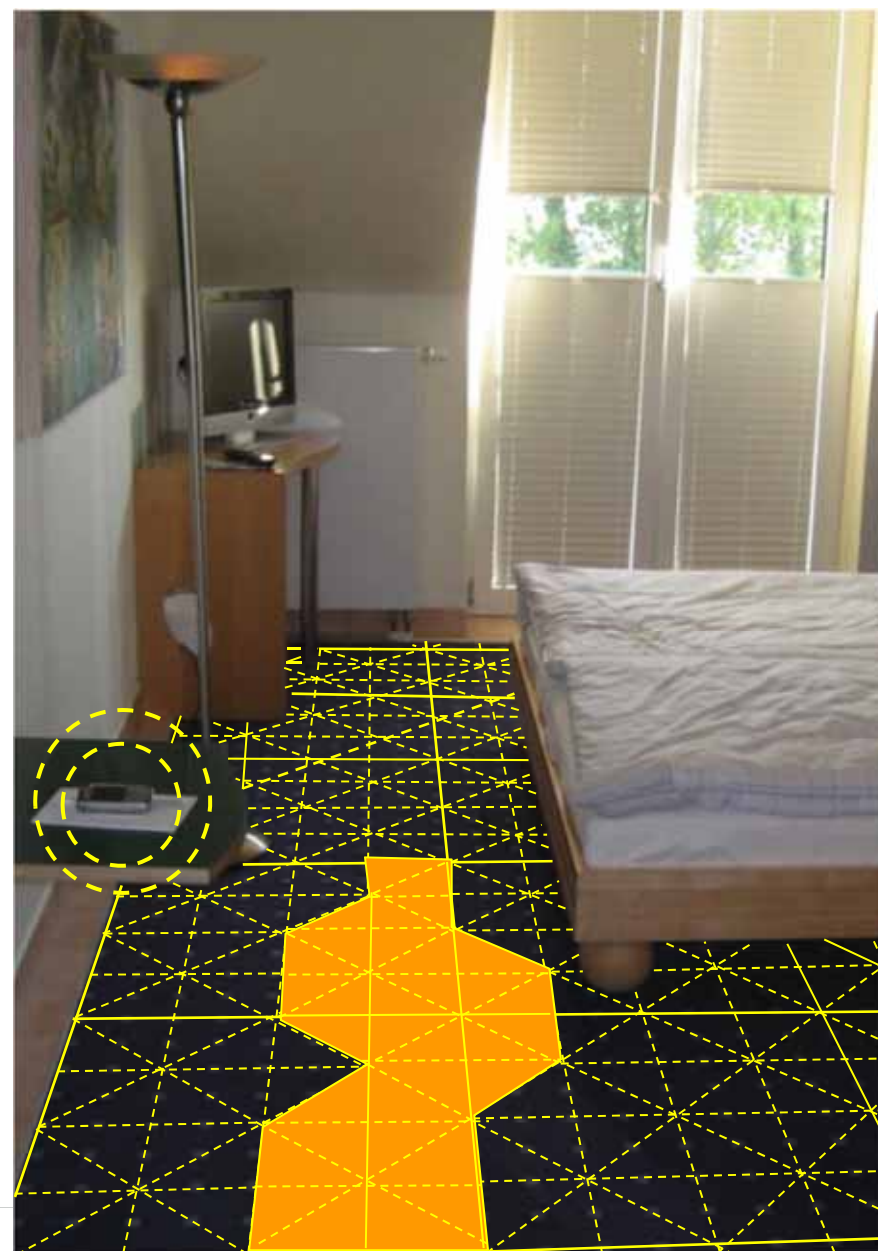
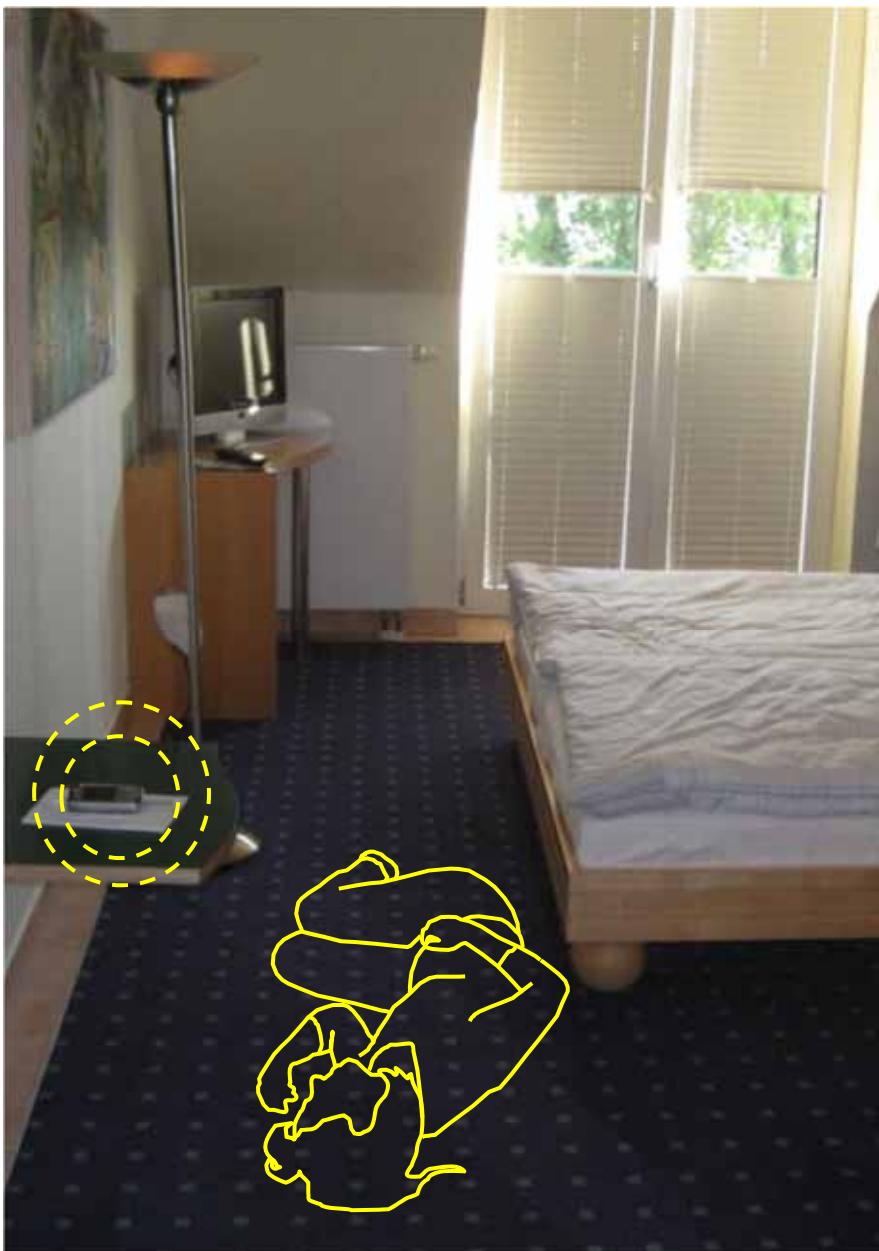
- Der Einsatz von Technik darf nicht dazu führen, dass Demenzkranke weniger persönliche Betreuung und Zuwendung erhalten.
- Technik kann Demenzkranken helfen, so lange wie möglich selbstbestimmt in ihrem eigenen Zuhause zu leben.
- Technik kann pflegende Angehörige/Freunde/professionelle PflegerInnen von Demenzkranken bei der Betreuung und Pflege entlasten.

Wir stellen Ihnen hier einige Lösungsideen für bestimmte problematische Bereiche vor.

Eine Liste mit Angaben zu verschiedenen im Handel befindlichen Produkten und den zugehörigen Herstelleradressen können Sie bei Bedarf anfordern unter info@deutsche-alzheimer.de oder beim Alzheimer-Telefon unter 01803 / 17 10 17 (9 Cent/Min aus dem dt. Festnetz).

SensFloor®: Der intelligente Fußboden

Folie zur
Verfügung
gestellt von:
Dr. Axel
Steinhage,
Christl
Lauterbach
Future-Shape
GmbH,
Germany



Ethik, Recht und Technik

1 Analyse der Lebenssituation der Person (z.B. mit Demenz)

2 Analyse der Bedürfnisse und Bedarfe (Assessment)

3 Aktuelle Problemanalyse

4 Identifizierung potentieller Technologien

5 Abwägen der ethischen und rechtlichen Dilemmata

6 Beratung über konkrete technische Hilfen, eingebettet in Versorgungskonzept

7 Maßnahmenplan und Entscheidung („informed consent“)

8 Schaffen der Rechtsgrundlage

9 Implementierung

10 Monitoring und Evaluation



Teilhabe durch Technik



Bredthauer 2013, ergänzt und modifiziert nach Wahl et al. 2010

Fachlichkeit durch MDK?

Stationäre Pflege – Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)

Frage	Kriterium	Zutreffend bei	Davon Kriterium erfüllt
18.2 / T29	Bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen liegen Einwilligungen oder Genehmigungen vor	20,0	88,8
18.3 / T30	Regelmässige Überprüfung der Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen	18,7	78,4

Quelle: 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI, April 2012, S.61

Fachlichkeit durch „Heimaufsicht“?

B.10 Umgang mit freiheits-einschränkenden Maßnahmen

Qualitätskriterien und Indikatoren als Gedächtnisstütze und Anregung

Lebende Qualitätsfrage

Wie stellt die Einrichtung sicher, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur nach gewissenhafter Abwägung zum Wohle der betreffenden Bewohnerinnen und Bewohner sach- und fachgerecht angewandt werden?

Wahrnehmung und Beobachtungskriterien

Z. B.:

Welche Arten von FeM kommen zum Einsatz?

Ist die Anwendung sachgerecht (MedBeitrag)?

Zeigt die Bewohnerin, der Bewohner eine Abwehrhaltung gegenüber der angewandten FeM? (zupfen, nuckeln, rutschen)

Inwieweit äußert sich die Bewohnerin, der Bewohner zur FeM?

Verteidigung zur Dokumentation

Z. B.:

Wurde die FeM legitimiert (Einwilligung der Bewohnerin, des Bewohners, Notstand, Entscheidung des Betreuers und Vormundschaftsgerichtlicher Beschluss bzw. Antragstellung, ärztliches Attest bei Vorliegen einer Unfähigkeit zur Ausübung von willkürlich gesteuerten Bewegungen?) und ist die Legitimation gültig?

Sind vor der Anwendung der FeM mögliche Alternativmaßnahmen in Erwägung gezogen worden? Werden FeM als letztes Mittel der Wahl angesehen und wurde die minimalste Variante angewandt? Spiegelt sich dies in der Pflegedokumentation wider?

Wurden bei Vorliegen eines vormundschaftsgerichtlichen Beschlusses die angewandten Maßnahmen lösbar und nachvollziehbar dokumentiert?

Wann und wie lange wird die FeM angewandt? (Z. B. nachts oder am Wochenende, Verbindung zur Personalabteilung)

Wird bei Anwendung einer körperlichen FeM im Bett eine Nachsorgeplanung in der Pflege geplant und entsprechend dokumentiert?

Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Handhabung der Medizintechnik nachweislich entsprechend der MedBeitragV eingewiesen? Besteht darüber eine entsprechende Dokumentation?

Verteidigung zum Qualitätsmanagement

Z. B.:

Wird die Einstellung der Einrichtung zu FeM im (Pfleg-) Leitbild thematisiert?

Gibt es ein Konzept, eine Leitlinie oder ein Standard zu FeM in der Einrichtung? Entspricht der Inhalt dem aktuellen fachwissenschaftlichen Stand?

Welche Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung gibt es zum Umgang mit FeM? Z. B.: Pflegesiken, hausinterner Standard, Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe

Stellt die Einrichtung alle notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung, um FeM auf ein Mindestmaß beschränken zu können (Z. B. niedrigsteinstellbares Pflegebett mit Sensormatte, Walker (Geh-Tei), usw.)?

Welche regelmäßigen Schulungen mit entsprechendem Teilnahmebeweis gibt es zum Umgang mit FeM? (Fachlich und Sensibilisierung)

Gibt es eine Verbindung zum Risikomanagement?

Finden regelmäßig multiprofessionelle Fallbesprechungen vor der Anwendung einer FeM statt? Falls ja, sind die Betreuerinnen und Betreuer in die Fallbesprechung integriert?

Wird die Anwendung der FeM regelmäßig evaluiert? Ist die Betreuerin und der Betreuer in die Evaluation eingebunden?

Sind die Instrumente, die die Notwendigkeit und sachgerechte Anwendung der FeM überprüfen geeignet (valid)?

Wie ist das Notfallmanagement des multiprofessionellen Teams (Angehörige, Betreuer, Hausarzt, Therapeuten etc.) geeignet?

Verteilende Fragen

Z. B.:

Wie ist die Einstellung der Leitungsräte zu FeM?

Wie ist die Tendenz innerhalb der Einrichtung bezgl. FeM? Sind FeM rückläufig?

Ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Tragweite ihres Handelns bewusst?

Kennen sie die rechtlichen Vorgaben und den aktuellen fachlichen Stand zu FeM?

Reflexionstragen

- Welche Besonderheiten sind beim Umgang mit FeM aufgetreten? Was hat sich aus Gesprächen mit den Mitarbeitern dazu ergeben?
- Bestehen erhebliche Mängel bei der Anwendung von FeM in der Einrichtung?
- Sind heimliche Konsequenzen angezeigt?
- Stärken und Best Practices – Beispiele?
- Welche Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern drückt sich im Umgang mit FeM aus? Was lässt sich belegen?
- Was muss mit HL, POL angesprochen werden?

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen



Heimaufsicht

Prüfleitfaden der Heimaufsicht Bayern

Für Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe

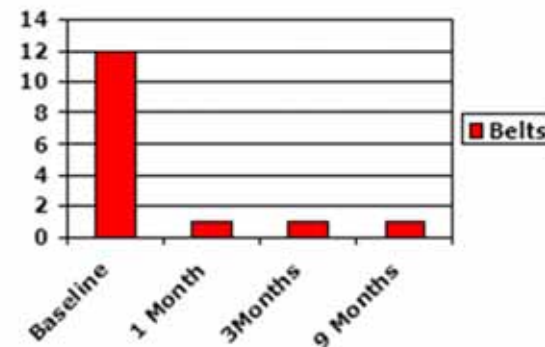
08/2008; S. 73-77

Von den Nachbarn lernen?



- **Niederländ. „EXBELT“ Projekt 2008-2009**
- **Reduktion von Fixierung gegen Null durch frw. Verpflichtung (Verbot) - ohne negative Folgen für die Bewohner**

Results pilotproject 'expel the belt'



- **Fixierungen zur Sturzvermeidung werden per Gesetz v. 30.06.2009 ab 2011 in den Niederlanden verboten!!**

Deutschland: Werdenfelser Weg ?? Freiburger Erklärung?? Evidenzbasierte Praxisleitlinie FeM ??

FAZIT: „Rest“- Indikationen von FeM (?)

- Somatischer Bereich:
Notfallsituationen mit vitaler Gefährdung,
- Psychiatrischer Bereich:
Notfallsituationen mit schwerer Selbst- oder Fremdgefährdung
- **Geriatrischer Bereich:**
„ultima ratio“!!!
 - **Gesundheit o. Sicherheit in erheblichem Maße durch Verhalten gefährdet und**
 - **Verhalten nicht auf behebbarer Ursachen zurückführbar und**
 - **Alternativen haben versagt oder sind nicht möglich**

Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2004 und 2005);
herunterzuladen unter: www.samw.ch/content/d_Ethik_Richtlinien.php; letzter Abruf 25.01.2010

„ReduFix ambulant“ : 2009 - 2012

Fachhochschule Frankfurt am Main -
University of Applied Sciences

EVANGELISCHE
HOCHSCHULE
FREIBURG



Prof. Dr. T. Klie
B. Schuhmacher
S. Behrend
Evang. Hochschule Freiburg

Prof. Dr. D. Bredthauer
B. Borgloh (Uni-Dipl. Soziol., M. Sc. BaSys)
S. Karner (Exam. Krankenpfl., Dipl. Pflegewirtin,
M.Sc. BaSys)
Fachhochschule Frankfurt am Main

Studentische Mitarbeit:

K. Becker (Dipl. Sozpäd., Stud.cand.M.Sc. BaSys)

S. Gratzkowski (Stud. Cand. Dipl. Pflege)

L. Walther (B.Sc. Allg. Pflege)

A. Terjung (B.Sc. Allg. Pflege)

K. Herr (Dipl. Pflegewirtin, Stud. Cand.M.Sc.BaSys)

P. Reul (Stud.Cand.M.Sc.BaSys)

Förderung: BMBF (Förderlinie SILQUA-FH)





Ich muss Mutter einsperren ...

damit sie nicht im Nachthemd auf die Straße läuft.

Dass es auch anders geht, weiß ich erst durch

die Gespräche mit den Leuten von ReduFix ambulant.

Bettgitter, verschlossene Türen, Müdemacher: Warum bewegungseinschränkende Maßnahmen gefährlich sind.

VIELEN DANK !

www.redufix.de

dbredt@fb4.fh-frankfurt.de