

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Pflegeheim sind vermeidbar

Empfehlungen aus der ReduFix-Studie



Prof. Dr. Doris Bredthauer
Fachtagung PEA e.V.
Essen 24.01.2008

Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen?

„Synonyma“:

Unterbringungsähnliche Maßnahmen
Bewegungseinschränkende Maßnahmen
Fixierungen

- Geschlossene Tür
- Bettgitter

➤ **Körpernahe Fixierungen (Fixierungen i.e.S.):**

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

➤ *Medikamente als „chemische Fixierung“?!*



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

Wie häufig wird fixiert ?

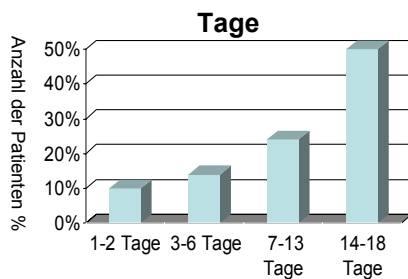
International

❖ 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

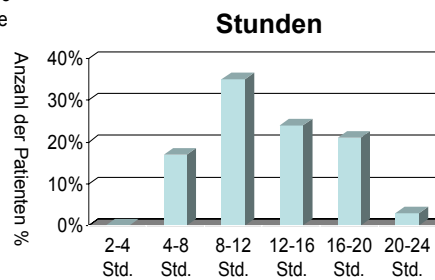
❖ Pflegeheim:	26 – 42%	5-10% „körpernahe“ Fixierungen (Klie&Pfundstein 2002; Becker et al. 2003, Meyer & Köpke 2007)
Stationäre Gerontopsychiatrie:	21-25 % 30% (Inzidenz)	(Hirsch et al. 1992, Kranzhoff et Hirsch 1997) (Bredthauer et al. 2005)

Wie lange wird fixiert?



Fixierungsdauer
von Patienten mit Demenz
in der Gerontopsychiatrie
n=29

Beobachtungszeitraum: 18 Tage nach Aufnahme



Bredthauer 2002

Wer wird fixiert (Hochrisikogruppen)?

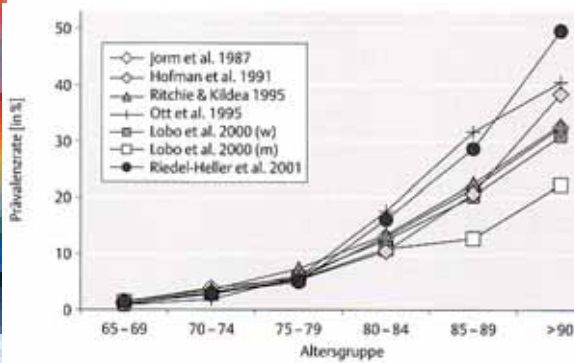
Alte Menschen mit:

- ❖ Kognitiver Beeinträchtigung oder Demenz
- ❖ Einschränkung der Mobilität
- ❖ Pflegebedürftigkeit und Inkontinenz
- ❖ fordernden Verhaltensweisen



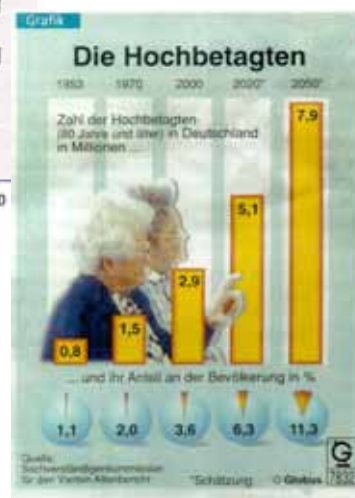
(The Joanna Briggs Institute, 2002 (Review)
Bredthauer et al. 2005,
DeSantis et al. 1997)

Blick in die Zukunft

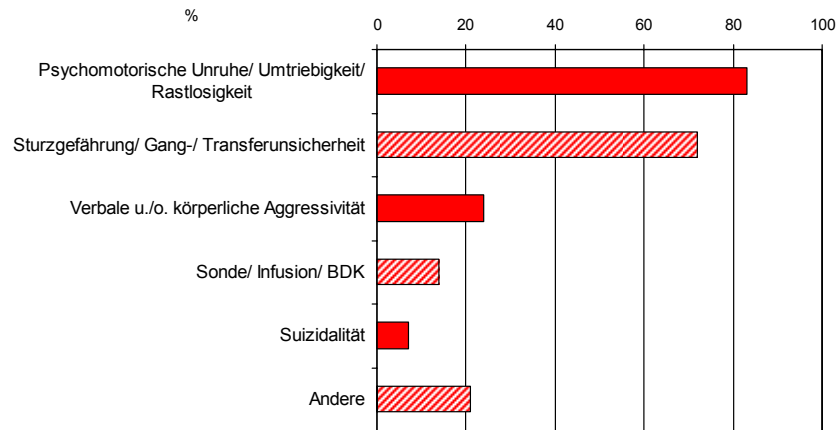


Menschen mit Demenz:

1 Mio (2005) → 2-3 Mio (2050)



Warum wird fixiert (Begündungen)?



Häufigkeit von Begründungen für Fixierungen (Gerontopsychiatrie)

Bredthauer 2002

Gründe für Fixierungen („Evidenz“)

- **Patientenorientierte:** Stürze, Verhalten
- **Behandlungsorientierte:** Medizin./pfleg. Maßnahmen
- **Sozialorientierte:** Konfliktvermeidung
- **Personal- und organisationsorientierte:** Personalschlüssel, Recht

Einstellungen/Haltungen

Mammun K et al 2005, Klie T et al 2004, Kirkevold Ø et al 2004, Werner P 2002, Moore K et al 2007, Koch S 2006, Hantikainen V 2001, Hamers JP & Huizing AR 2005, Haut A et al. 2004 (review)

Ethisches Dilemma

„Fürsorgepflicht“ : Schutz der körperlichen Unversehrtheit

„versus“



Recht auf Freiheit der Person
Wahrung von Würde
Förderung von Freiheit und Autonomie

Hantikainen V & Käppeli S 2000
Haut A et al 2007 (Review)

Betreuungsgesetz:

§ 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung

- (1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil
 1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 2. eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- (2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
- (3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne unterbracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.
- (5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzt voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

Heimgesetz:

§ 3 Leistungen des Heims, Rechtsverordnungen

- (1) Die Heime sind verpflichtet, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen.
- (2) Zur Durchführung des § 2 kann das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Regelungen (Mindestanforderungen) erlassen
 1. für die Räume, insbesondere die Wohn-, Aufenthalts-, Therapie- und Wirtschaftsräume sowie die Verkehrsflächen, sanitären Anlagen und die technischen Einrichtungen,
 2. für die Eignung der Leitung des Heims (Leitung) und der Beschäftigten.



„Gretchenfragen“:

Was ist zum „Wohl“ erforderlich?

Was ist der „Stand fachlicher Erkenntnisse“?

Sind Fixierungsmaßnahmen wirklich ein adäquates und wirksames Mittel

- um vor Stürzen und Verletzungen zu schützen?
- im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten?



Stand des Wissens: „Nein!“

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

Systematic Review: The Joanna Briggs Institute 2002

Tödliche Risiken

Meist werden fürsorgliche Gründe angeführt, wenn alte Menschen aus 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 Frau, angegurtet im Stuhl. Die Staatsanwaltschaft München I hat ein Ermittlungsverfahren wegen unbekannter Todesursache eingeleitet. Ein Gutachten dazu soll in zwei Wochen vorliegen. Erst dann ist klar, ob etwa wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung weiter ermittelt wird.

Der Fall wird sicher die Wiener Gerichtsmedizinerin Andrea Berzlanovich beschäftigen, die seit März 2005

Tödliche Fehler Sechs alte Menschen starben durch „Fixierung“

am Institut für Rechtsmedizin der Universität München arbeitet. Die Professorin untersucht die Todesfälle, die nachweislich im Zusammenhang mit einer Fixierung stehen, im Rahmen einer Studie und will dazu auch noch die Obduktionen der letzten Jahre heranziehen.

ein gutes Fixierungssystem. Wenn es richtig angewandt wird und die Empfehlungen eingehalten werden, sollte nichts passieren.“ Verletzungen oder gar der Tod seien die Folge, wenn der Bauchgurt falsch angelegt werde oder nicht richtig gesichert sei. Dann kann es vorkommen, dass ein Betroffener ein Stück heftiger rutschen und sich mit dem Kopf in den Gurt verfangen kann. „Durch genauere Fallbeispiele will die Expertin dazu beitragen, die Fehler künftig zu vermeiden.“

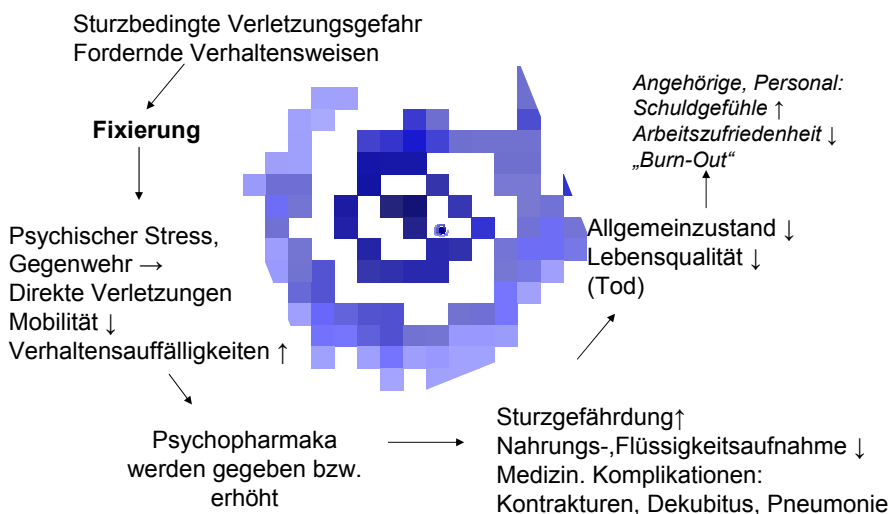
meiden. In Wien sei ihr in 10 Jahren nur ein einziger Fall bekannt geworden. „Es gibt viele Möglichkeiten, Fixierung zu vermeiden“, betont die Professorin. Die Stadt hat 2002 eine Studie vorgelegt, wonach jeder zweite der etwa 6000 Münchner Altenheimbewohner fixiert wird. Das bedeutet, der Betroffene wird mit Psychopharmakarium gestillt oder im Stuhl angegurtet. Auch Betagte kommen zum Einsatz. Bei einem städtischen Fachtag haben Experten abnehmbare Betten, Sturzprävention und Beschäftigungsangebote als Alternative propagiert. Ganz vermeidbar werde die Fixierung wohl nie sein, glaubt die Gerichtsmedizinerin. 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.“ *Stefan Lorz*



Süddeutsche Zeitung, 16.01.2006

- ❖ Lt BfArM insg. 34 Todesfälle durch Fixierung in 1-Jahreszeitraum gemeldet (2003)
- ❖ Untersuchung von 33 Todesfällen 1996 - 2007 am Institut für Rechtsmedizin München (Prof. Dr. Andrea Berzlanovich): 28 Fälle Todesursache Fixierung selbst!

„Negativspirale“ Fixierung



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. Ein kontinuierliche Beobachtung der fixierten Bewohner ist notwendig
9. Alle Mitarbeiter müssen in deren korrekten Gebrauch geschult sein

Modifiziert nach Joanna Briggs Institute 2002

Das „ReduFix“- Projekt



Projektteam:

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
S. Branitzki
Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung
an der Evang. Fachhochschule Freiburg

Prof. Dr. D. Bredthauer
Fachhochschule Frankfurt

Förderung: BMFSFJ u Rob.-Bosch-Stiftung

Laufzeit: 01.05.2004 – 30.04.2006)

CRT „ReduFix“: Studienplan

Laufzeit:	1.5.2004 – 30.4.2006
Förderung:	BMFSFJ (Kapitel 1702, Titel 684 32) Robert Bosch Stiftung (Forschungskolleg Geriatrie)
Studiendesign:	Prospektive cluster-randomisierte multizentrische Interventionsstudie mit Wartelisten-Kontrolldesign
Studienpopulation:	45 Altenpflegeheime (+ 1 Piloteinrichtung) in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen (Power-Analyse)
Einschlußkriterium	≥ 5 fixierte Bewohner/Einrichtung

„ReduFix“ - Fragestellungen



Ist es möglich, durch gezielte Interventionen

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

Ohne dass ...

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

CRT „ReduFix“: Endpunkte

Hauptzielgröße:	Fixierungsprävalenz (n. 3 Monaten)
Nebenzielgrößen:	Fixierungsdauer, -inzidenz, Stürze, Frakturen Psychopharmakagebrauch
Deskriptive Variablen:	
Bewohner:	Komorbidität Pflegerstufe Kognitiver Status (Kognitives Screening n. Weyerer) Mobilität (z.B. modif. Rivermead-Mobilitätsindex n. Collen) Verhaltensauffälligkeiten (modif. Cohen-Mansfield-Skala) Sozialkontakte
Institution:	Bewohneranzahl,-profil Fachkräfteanteil etc.

„ReduFix“ : Multifaktorielle Intervention

1. Information und „Running-in“

2. Schulung von Mentoren



3. Hilfsmittelvergabe*:
Hüftprotektoren
Sensormatten
Antirutsch-Strümpfe



4. Telefonische Beratung (jurist., medizin., pfleg.);
Einmalige Vor-Ort-„Visite“



* Mit freundlicher Unterstützung von

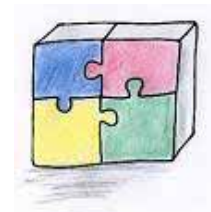
Fa. Roelke Pharma,
Fa. WinkerTec GmbH&CoKG,
Fa. Vitansess

Schulung

- **Regionale Gruppen (4-16 Teilnehmer)**
- **Mentoren**
- **10 – 16 Uhr**
- **Inhalte/ Methoden:**
 - Interaktiv
 - Selbsterfahrung und Übung
 - Fallbeispiele
 - Prozess der Entscheidungsfindung
 - Kurzvorträge: Stand des Wissens, Alternative Interventionen
 - Einweisung in die Hilfsmittel
 - Diskussion
 - Rechtliche Aspekte anhand von konkreten Beispielen
 - **Handlungssicherheit gewinnen!**



Kein „Königsweg“ - individueller Entscheidungsprozess



1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)
2. Einschätzung der Alternativen
3. Maßnahmeplan
4. Treffen der Entscheidung: „Informed consent“ (Optimal: Fallkonferenz)
5. Durchführung der Maßnahme
6. Beobachtung und Evaluation



Schritt 1: Ist - / „Problem“ Analyse

Was ist der Grund für die Fixierung? Wo liegen die Risiken?

- Sturzgefährdung?
- Fordernde Verhaltensweisen?



Welche (behandelbare?) Ursache kann die Sturzgefahr / das Verhalten (mit)bedingen?



Forderndes Verhalten: Mögliche Grundbedürfnisse

- Schmerzen / Unwohlsein
- Ausscheidung (Harnverhalt!)
- Hunger / Durst

- Bewegung (Autonomie)
- Geborgenheit, Zugehörigkeit (Abhängigkeit)



Forderndes Verhalten: Mögliche medizinische Ursachen

- Infekt / Fieber
 - Blutzucker-Entgleisung
 - Exsikkose
 - Schilddrüsenfunktionsstörung
 - Parkinson-Syndrom
 - Medikamente
- } somatisch
-
- Depression
 - Delir
 - Suchterkrankung
(Benzo-, Alkoholentzugssymptomatik)
 - Wahnhafte Störung, Halluzinose,
Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis
- } psychiatrisch

Fehlmedikation im Alter: Bsp Psychopharmaka

Häufig zu wenig, zu viel, falsche Indikation, altersuntaugliche Medikamente



Typische Nebenwirkungen:

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

Wechselwirkungen↑
Nebenwirkungen↑

durch veränderte
Pharmakodynamik
im Alter



**Schlüsselposition: Pflegefachkräfte,
aber auch: Betreuer, Angehörige !**

**Zu fordern:
Ärztliche Überprüfung der Medikation
durch gerontopsychiatrisch
erfahrenen Arzt !**



„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 Tavor® >3mg,
- Oxazepam Adumbran® >60 mg,
- Alprazolam Tafil® >2mg,
- Temazepam Planum® >15mg,
- Triazolam Halcion® >0,25mg

- Diphenhydramin Betadorm®
- Amphetamine



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

Tabelle 2

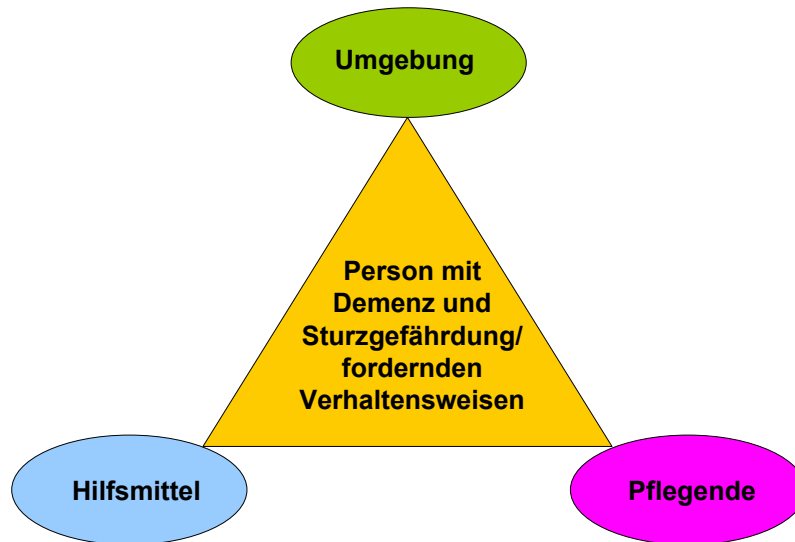
Medikamentöse Therapieoptionen (Auswahl) (Indikationen s. Text u. Algorithmus)

Substanzklasse	Substanz	Anfangsdosis (mg)	Mittl. Dosis (mg)	Besonderheiten
Antidepressiva				
Sedierende	Mirtazapin (z. B. Remergil®)	(7,5)–15	15–30	Appetit*, Schmerz*
	Trazodon (z. B. Thombran®)	25–50	50–100	
Antriebssteigernde	Citalopram (z. B. Cipramil®)	10–20	20–30	Initial Unruhe/Übelk. Hyponatriämie, EPS
„Neutrale“	Reboxetin (z. B. Edronax®)	2–4	4 (–6)	Parkinson*
	Venlafaxin (Trevilor ret.®)	75	75 (–150)	Schmerz*
Neuroleptika				
Atypika	Risperidon (Risperdal®)	0,25–0,5	0,25–1–1,5	Orthost. Dysreg., EPS
	Quetiapin (Seroquel®)	12,5–25	25–150	Initial Sedierung ++
Klass. Hochpotente Niederpotente	Haloperidol (z. B. Haldol®)	0,5–1(–2)	(0,5–2)	EPS, i. m. + i. v. mögl.
	Melperon (z. B. Eunerpan®)	-	25–75	Längerfristig EPS
	Prothipendyl (Dominal®)	-	25–75	HWZ ↓, zur Nacht*
	Tiaprid (z. B. Tiapridex®)	-	50–150	Kurzinfusion mögl.
Antidementiva				
Acetylcholinest.- Hemmer	Donepezil (Aricept®)	2,5–5	5–10	GI-Beschwerden,
	Rivastigmin (Exelon®)	1,5–3	6–12	Parkinson*, LKD*
	Galantamin (Reminyl®)	4–8	8–16	LKD*
Memantine	Ebixa®, Axura®	5	10–20	Unruhe, Apathie*
Benzodiazepine				
Kurz wirksame „Atypische“	Lorazepam (z. B. Tavor Exp®)	0,5	(0,5–1)	Krisensituation*
	Zaleplon (Sonata®)	5	5–10	Geringste HWZ
	Zopiclon (z. B. Ximovan®)	3,75	3,75–7,5	
Antiepileptika/ Phasenprophylaktika	Valproat (z. B. Ergenyl®)	150	300–1200	Leberfunktion kontr.

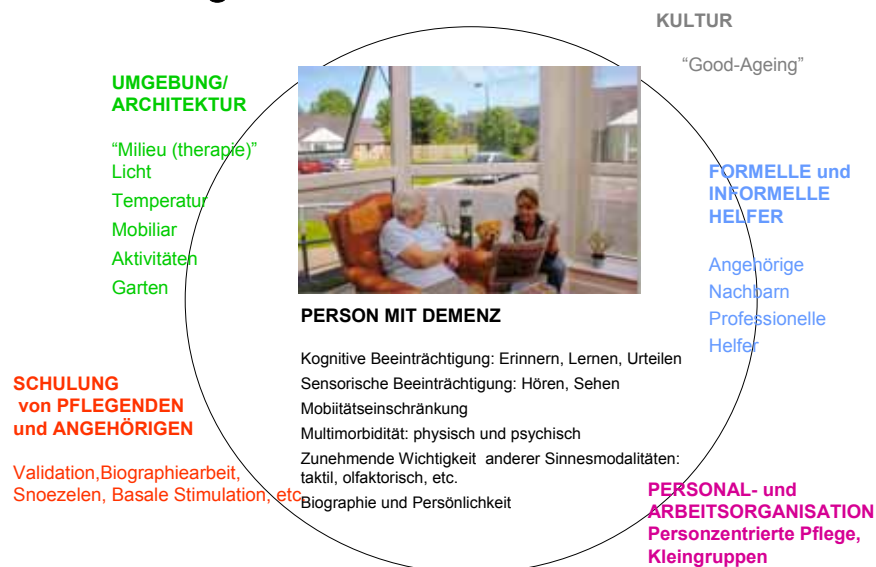
* = positive Auswirkung auf ...; EPS = extrapyramidalmotorische Symptomatik; GI = gastrointestinale; LKD = Lewy-Körperchen-Demenz

Bredthauer D (2006) MMW-Fortschr. Med. (51/52)

Alternative Interventionen



Allgemeine Empfehlungen in der Pflege von Menschen mit Demenz



Modifiziert n. Marshall, Dementia Services Development Centre, Summerschool 2005

KDA-Empfehlungen zur Umstrukturierung stationärer Einrichtungen für Menschen mit

Demenz

„Kleinteiligkeit und Überschaubarkeit“:

- Kleingruppen
- Mitarbeiter
- räumliche Dimension

(Bewohnerzimmer, Wohnküche, Flur!)



Hrsg. V. Bundesamt f. Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004)
www.kda.de/files/bmg/2005-02-14-band19.pdf, letzter Abruf 04.10.07

Kleingruppen



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

Autonomie fördern - Freiheit maximieren



„Wandern“

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

Schutz und
Sicherheit
gewährleisten:

“Versteckte Türen”





Sicherheit,
Selbständigkeit und
Orientierung
durch Kontraste



Visuelle Barrieren vermeiden ... oder
bewusst einsetzen



1. Herausforderndes Verhalten



Synonyme:
fordernde Verhaltensweisen
Verhaltensstörungen
Verhaltensauffälligkeiten
Psychiatrische Begleitsymptome
der Demenz

z.B.:

- Schreien, etc.
- Aggressivität
- Weglauftendenz
- Nahrungsverweigerung
- Unruhe + Sturzgefährdung

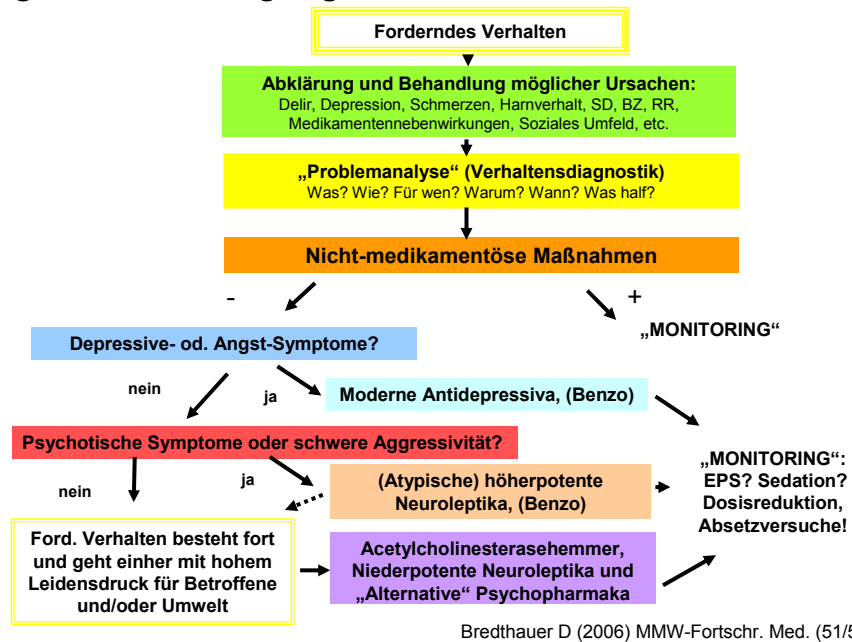


- Validation
- Erinnerungsarbeit
- Snoezelen
- Berührung
- Körperliche Bewegung

http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007.templateld=raw.property=publicationFile.pdf/f007.pdf

Letzter Abruf: 24.09.07

Algorithmus: Umgang mit fordernden Verhaltenweisen



2. Sturz- und Verletzungsprävention

Wirksame Interventionen:

- Kraft- und Balancetraining
- Sichere Umgebung
- Angepasste Hilfsmittel /technische Hilfen
- Einsatz von Hüftprotektoren
- Inkontinenzmanagement
- Sehhilfen

- Wichtig: Mobilität fördern!
- **Aber: Fixierungen „unbedingt vermeiden“!**



www.dnqp.de

Hilfsmittel



Safehip Soft™ Fa.
Roelke-Pharma



- Hüftprotektoren
- Antirutschsocken
- Sensormatte



Safefloor™
Fa. Winker-Tec



Völker Niedrigbett 5380 / 5380 K



Lichtsensoren:
Orientierung,
Sicherheit

Fa. Altenburger,
Beleuchtungssysteme

„Gehfrei“

„RCN-Walker“



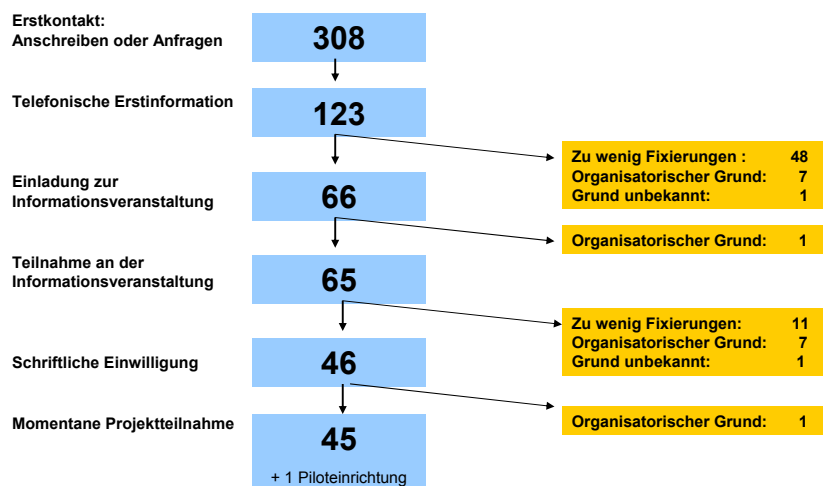
„Dynamico“
(Fa. Atoform)



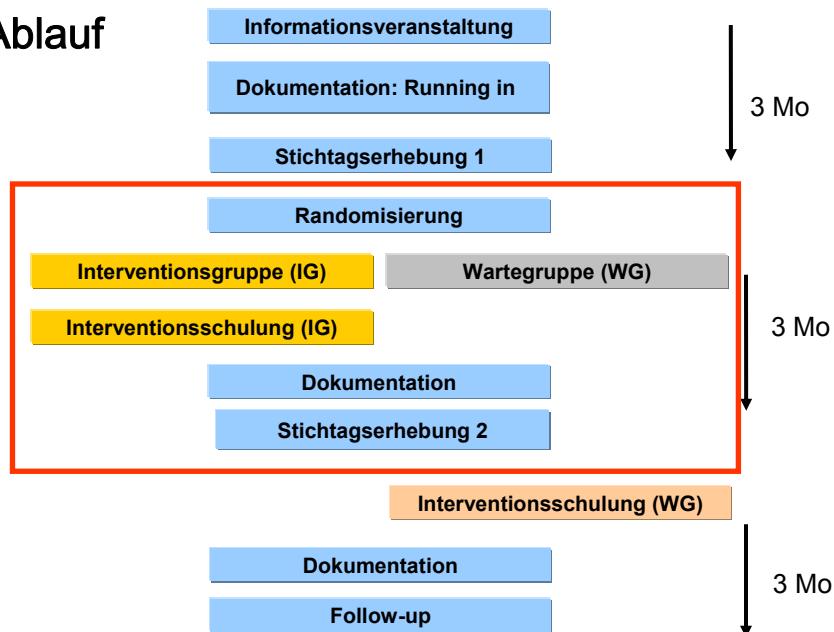
Erste Ergebnisse



Teilnehmende Einrichtungen



Ablauf



Beteiligte Einrichtungen

➔ 45 Einrichtungen (Cluster) nahmen an dem Projekt teil

Verteilung auf die Bundesländer:

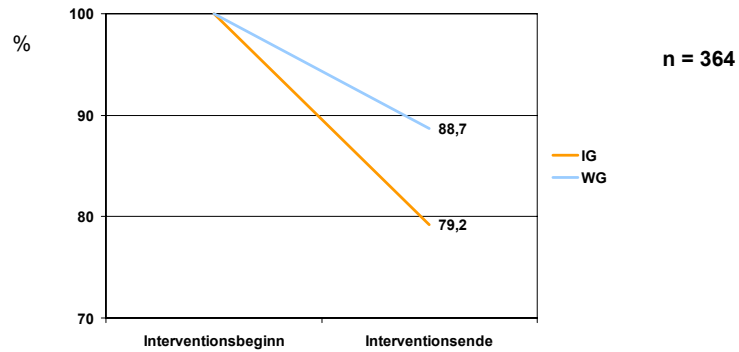
- Baden-Württemberg: 26 Einrichtungen, 2737 Bewohner (49,2%)
- Bayern: 15 Einrichtungen, 2487 Bewohner (44,7%)
- Sachsen: 4 Einrichtungen, 337 Bewohner (6,1%)

Bewohner bei Interventionsbeginn (Grundgesamtheit):

- 5561 Bewohner (zwischen 50 und 318)
- 4170 Frauen (74,99%); Durchschnittsalter 83,7 Jahre
- 1391 Männer (25,01%); Durchschnittsalter 75,1 Jahre

Vorläufige Ergebnisse - Entfixierung

Beendigung der bewegungseinschränkenden Maßnahmen



IG: 48 von 231 Personen der IG wurden entfixiert (20,8%)

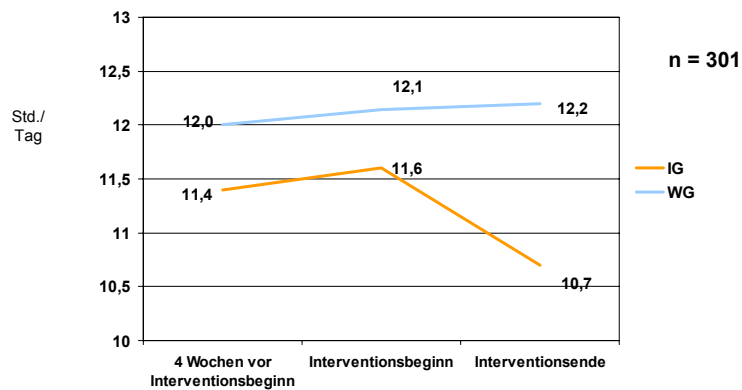
WG: 15 von 133 Personen der Kontrollgruppe wurden entfixiert (11,3%)

Gruppenunterschied signifikant; $p = .021$


Vorläufige Ergebnisse - Fixierungszeiten

Reduktion der Fixierungszeiten (301 Personen)

(zu allen drei Messzeitpunkten wurden drei Tage als Referenz gewählt und davon der tägliche Durchschnitt errechnet)



Tendenz zum Gruppenunterschied bei Interventionsende; $p = .051$



Vorläufige Ergebnisse – forderndes Verhalten

Kein Unterschied zwischen IG und WG bei Interventionsende

(mögliche Werte zwischen 0 und 174; WG: Mittelwert = 16,61; SD = 16,54; IG: Mittelwert = 15,15; SD = 15,22; $p = .42$)


➔ **Aber: unabhängig von der Gruppe**

Im Verlauf Verbesserung bei entfixierten Bewohnern; $p = .047$

Interventionsbeginn: Mittelwert = 14,84, SD = 14,77; Interventionsende: Mittelwert = 12,27; SD = 14,41)

„Domänen“:

- „Unruhiges Verhalten“; $p = .040$
- „Verbal agitiertes Verhalten“; $p = .051$



Vorläufige Ergebnisse – Unfall und Verletzung

Mehr Stürze und stürzende Personen in der IG als WG

- IG: 39 Personen (16,9%; Anzahl der Stürze: 85 – 102/100).

- WG: 12 Personen (9%; Anzahl der Stürze: 59 – 70/100).

(Anzahl Stürze/100 Bewohnerjahre - $p = .044$; Anzahl der gestürzten Personen - $p = .037$)

➔ **Aber: nur 4 Frakturen; jeweils zwei pro Gruppe**

(bei Gruppengröße IG 231 : WG 133!)



Vorläufige Ergebnisse – Potentiell ungeeignete Psychopharmaka

➔ **kein Unterschied zwischen IG und WG bei Interventionsende**

- WG 14,3% von 133 Bewohnern
- IG 8,7% von 231 Bewohnern

39 Bewohner erhielten potentiell ungeeignete Medikation (Beers); $p = .095$



Zusammenfassung

Fixierungen können reduziert werden

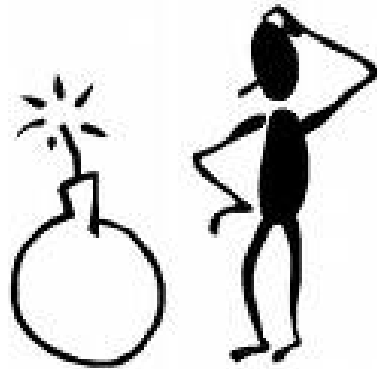
❖ **Ohne Nachteile für Bewohner**

- Kein Anstieg potenziell ungeeigneter Psychopharmaka
- Tendenzielle Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten
- Mehr Stürze, aber nicht mehr Frakturen (eher weniger?)

❖ **Mit hoher Akzeptanz bei den Mitarbeitern**



Was bedeutet
das alles
für die Praxis ?



Aktuell noch kein juristisch bindender
nationaler fachlicher Standard, aber:



www.dnqp.de



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



www.buko-qs.de



www.kda.de



www.vincentz.net

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

„Evidenzbasierte Praxisleitlinie“
(laufendes BMBF-Projekt
2007-2010)

www.pfv-nord.uni-bremen.de/projekt6.htm

Implementierung von ReduFix auf Bundes- und Länderebene



Reduktion von Fixierung

Prof. Dr. T. Klie

A. Klein

V. Guerra

Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung
an der Evang. Fachhochschule Freiburg

Priv.-Doz. Dr. C. Becker

Dr. P. Koczy

U. Reißmann

Geriatrisches Kompetenzzentrum
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Prof. Dr. D. Bredthauer

Fachhochschule Frankfurt

Förderung: BMFSFJ

Laufzeit: 2007- 2009

ReduFix-Daten:

www.efh-freiburg.de/agp/redufix.htm oder

www.aktiv-in-jedem-alter.de

Demnächst:

www.redufix.de

Kontakt:

dbredt@fb4.fh-frankfurt.de