

## > ReduFix – Das wollen wir, freiheitsentziehende Maßnahmen reduzieren!!!

Madeleine Viol,  
Institut für angewandte Sozialforschung an der Evang. Hochschule Freiburg  
Referentin Bundestag Bereich Pflege- und Altenpolitik

## Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)?

FEM Synonyma - Unterbringungsähnliche Maßnahmen  
Bewegungseinschränkende Maßnahmen  
Fixierung

- > Geschlossene Türen
- > Bettgitter
- > Körpernahe Fixierung (Fixierung i.e.S.)
  - Gurte (Rumpf, Fuß/Arm)
  - Tischsteckbrett
  - Leibchen, Bandagen
- > festgestellte Rollstuhlbremse, etc.
- > Medikamente

Es ist also immer vom Einzelnen abhängig – was kann er und was weiß er, kann er es bedienen und wie reagieren Sie darauf!



Artikel Süddeutsche Zeitung vom 17.04.2010

## BfArM - Empfehlung vom 17.09.2012 – und Richtlinie der obersten Landesaufsichtsbehörden

1.

**SEGUFIX®-Standard mit Schrittgurt**

Vert.  
Art.




- Fixierung von Patienten z. B. bei Decubitus
- verhindert das Herausw

Bestehend aus:

- 1 SEGUFIX®-Standard (mit integrierten Seite
- 3 SEGUFIX®-Patentsc

4.

**SEGUFIX®-Standard - Schrittgurt-Nachrüstung**

Verfügbar seit 2009  
Art.-Nr. 0018




- Vor Einsetzung sorgfältig prüfen, ob die Standard noch in einem gebrauchssicheren Zustand ist (intakte Ösen und Nähte, zugfestes Material).
- Vor der Einsetzung bitte waschen.

• Sonderpreis:  
Nachrüstung mit Schrittgurt für SEGUFIX®-Standard: € 16,40

3

## Definition Fixierung (Physical Restraint) – pflegewissenschaftliche Sicht

Eine körpernahe freiheitseinschränkende Maßnahme ist eine Handlung, ein mechanischer, technischer oder anders gearteter Gegenstand am Körper oder in der Nähe des Körpers der Bewohnerin, die sie nicht einfach und ohne Hilfe kontrollieren, entfernen oder sich aus ihr befreien kann. Die Maßnahme behindert eine freie Körperbewegung in eine Position der Wahl oder an einen Ort der Wahl oder den normalen Zugang zum eigenen Körper und erfolgt gegen den Willen der Bewohnerin

(Def. Nach The Joanna Briggs Institute, 2002, Sydney)

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

4

## Frau Sommer – Der Fall um den sich alles dreht!

Katharina Sommer  
85 Jahre

„schwer verhaltensauffällig“  
Schreien – Kratzen, Beißen

Stürze in der Anamnese  
(ohne Fraktur)

Harn- und Stuhlinkontinenz

Gewichtsverlust ca. 7 kg  
in 2-3 Monaten

Aktueller RR: 105/55 mmHg



Bildquelle: Handlungsempfehlungen zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker, In: Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. 2003, S. 8

## Hilflosigkeit auf allen Seiten Der Betroffene

- > Verständnislos: „Was soll das?“
- > Fassungslos: „Was macht ihr mit mir? Das muss ein Irrtum sein, das geht hier nicht mit rechten Dingen zu!“
- > Unsicher: „Was habe ich jetzt schon wieder falsch gemacht?“
- > Ängstlich: „Bitte nicht... lass mich nicht allein“
- > Hilflos: „Keiner versteht mich!“
- > Wutig: „Ich will hier raus“

## Hilflosigkeit auf allen Seiten Die Angehörigen

Trauer: „Was ist nur mit Mutter los?“

Überforderung: „Ich schaffe das nicht mehr allein!“

Einsamkeit: „Alles bleibt an mir hängen.“

Unsicherheit: „War es die richtige Entscheidung? Jetzt darf dort aber auch nichts passieren!“

## „Stand des Wissens“

### Ab 54 Jahren geht's los!!! der Sturz und auch die Lebensrisiken maximieren sich.

#### 1. Sturz 1x jährlich :

- 30% der zuhause lebenden über 65
- 40% der zuhause lebenden über 80+
- 50% der zuhause lebenden über 90+
- 60-70% der zuhause lebenden über 95+

**PH-Bewohner besonders hohes Sturzrisiko**

**Sturzrisiko steigt mit Alter, Morbidität, Geschlecht**

## Hilflosigkeit auf allen Seiten Die Fixierenden

Motivation: „Ich möchte so gerne helfen.“

Angst: „Was, wenn etwas passiert?“

Unsicherheit: „Ist das mal so richtig?“

Hilflosigkeit: „Wie ich es mache, so ist es  
verkehrt!“

## Hilflosigkeit auf allen Seiten Der Arzt

„Ich bin nur kurz da und verlasse mich  
darauf, was die Pflegekräfte mir  
berichten und möchte deren  
Erwartungshaltung erfüllen.“

## Hilflosigkeit auf allen Seiten Der Betreuer

„Ich muss jetzt die Verantwortung und  
Entscheidung mit tragen – was würde  
denn der Betroffene wollen?“

Und was erwarten alle  
anderen von mir?

Was sagt das Gesetz  
und halten sich auch  
alle anderen daran?“

## Hilflosigkeit auf allen Seiten Der Richter

„Was wollt ihr eigentlich warum?“

„Werdet konkret und prüft es auf  
Schlüssigkeit“

„Ich bin nur fürs Recht zuständig, von  
Pflege habe ich eigentlich keine Ahnung“

## Und wer fehlt?

Im Endeffekt verlässt sich jeder auf jeden

Der Betreuer auf die Pflege  
 Der Richter auf die Pflege  
 Die Pflege auf den Richter  
 Die Angehörigen verlassen sich oft nur auf ihr Bauchgefühl

und der Betroffene der fühlt sich verlassen!!

## Mittelalterlicher Stillstand oder pflegerischer Fortschritt?



Bildquelle: Fa. Segufix, Startseite unter [www.segufix.de](http://www.segufix.de), [Stand 18.01.2008]

## Ethisch-Rechtliches Dilemma



### Verfolgung der Fürsorgepflicht

- Schutz der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 GG)

versus

### Respektieren von Menschenrechten

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

(Grundgesetz [GG] für die Bundesrepublik Deutschland, zuletzt geändert 28.08.2006  
 The ICN Code of Ethics for Nurses, 2000; Heimgesetz (HeimG) zuletzt geändert 31.10.2006)

## Wie häufig wird fixiert? In GB, Japan wenig

### International

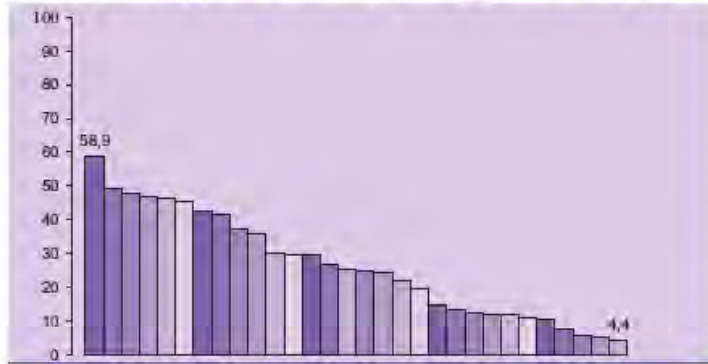
|   |           |   |
|---|-----------|---|
| > Pflegeheim:                             | 12 – 64%  | (The Joanna Briggs Institute 2002, Hamers et al. 2004, Di Giulio et al 2008)  |
| > Akutkrankenhaus incl. Intensivstationen | 0 – 100 % | (The Joanna Briggs Institute 2002 Syst.Rev., Kröger et al 2010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

### Deutschland:

|                             |                                 |   |
|-----------------------------|---------------------------------|---|
| > Pflegeheim:               | 26 – 42%                        | 5-10% „körpernahe“ FeM („Fixierungen i.e.S.“)<br>(Becker et al. 2003, Klie 2004, Meyer&Köpke 2008, ReduFix 2007)  |
|                             | 4% - 59%                        | (Meyer, Köpke 2010)   |
| > Stat. Gerontopsychiatrie: | 21-25 %<br>50% mit Demenz       | (Hirsch et al. 1992, Kranzhoff et., Hirsch 1997)<br>(Bredthauer et al. 2005)  |
| > Krankenhaus               | 11,4%                           | (4 KH mit 3.500 Personen, 48 Allgemeinstationen, 15 Intensiv, Quotenrange von 5,7 u.18,7%)<br>(Krüger 2009, Systematical Overview Krüger, Meyer, Hamers 2010) |
| > Ambulant                  | 11% davon 60% Demenz Erkrankung | (Klie et al. 2012)  |

## 4-59% große Unterschiede in den Einrichtungen

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



## Wer wird fixiert (Risikoindikatoren)

### (Alte) Menschen mit:

- Kognitiver Beeinträchtigung
- Einschränkung der Mobilität
- Pflegebedürftigkeit und Inkontinenz
- Fordernden Verhaltensweisen

## Gründe für Fixierungen

### Patientenorientierte Gründe:

Stürze, Verhalten,

**90%**

### Behandlungsorientierte Gründe:

medizin./ pfleger. Maßnahmen  
(bspw. Sonde)

### Sozialorientierte Gründe:

Konfliktvermeidung mit dem sozialen  
Umfeld

### Personal- und organisations- orientierte Gründe:

Personalschlüssel, Recht, Abwendung  
von Gefahren

(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)

## „Stand des Wissens“

**1. Fixierte Menschen:** Stürze ↔ (↑)  
Ernsthafte sturzbedingte Verletzungen ↑  
Verhaltensauffälligkeiten ↑

**2. Fixierungsreduktion:** Verletzungsrisiko ↓  
Psychopharmaka ↔ ↓  
Personalschlüssel ↔

**3. Weltweit zeigt keine Studie einen positiven Effekt von Fixierungen!**

**4. Daten über negative Folgen (Verletzungen, Stress) sind 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



Meist werden fürsorgliche Gründe angeführt, wenn alte Menschen ans Bett oder einen Stuhl gesichert 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, so Oberstaatsanwalt Anton Winkler, 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 Berzianovich 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 zehn Jahre durchgehen. Andrea Berzianovich hat sich als erste Frau in Österreich in diesem Bereich habilitiert und dabei einen neuen Schwerpunkt geschaffen: die „Forensische Gerontologie“.

Das Fazit der Forscherin aus ihren Untersuchungen zu Fixierungen fällt erschreckend aus: „Es gibt hervorragende Empfehlungen der Stadt München zum Umgang mit Fixierungen und auch

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 etwa zu groß sei. Dann kann es vorkommen, dass der Betroffene ein Stück herausrutscht, der Oberkörper über die Bettkante gerät und mit dem Kopf in tödlicher Tieflage hängen bleibt. Manchmal wird kein Gurt, sondern nur ein Bettgitter verwendet: „Da kann der Patient ins Bettgitter rutschen und sich strangulieren.“ Durch genaue Fallrekonstruktion will die Expertin dazu beitragen, tödliche Fehler künftig zu ver-

einzigster 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 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.“ Sven Loerzer

## Ans Bett gefesselt

Alte Menschen werden in Heimen oft fixiert – zum eigenen Schutz, aber bisweilen mit tödlichen Folgen. Eine Initiative will die Fesseln sprengen.

Von Karin Truscheit

GARMISCH-PARTENKIRCHEN, im Februar. Innerhalb von fünf bis zwölf Sekunden kann ein Mensch, der im Rollstuhl mit einem Bauchgurt festgebunden ist, sich so





Das BfArM

Arzneimittel

Pharmakovigilanz (Arzneimittelsicherheit)

Betäubungsmittel/Grundstoffe

Medizinprodukte

Informationen über Risiken

Maßnahmen von Herstellern

Empfehlungen des BfArM

Brustimplantate "PIP" und "Rofil": Risiken, Informationen, Empfehlungen

Wissenschaftliche Aufarbeitung

Vigilanzsystem

## Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

[Startseite](#) | [Medizinprodukte](#) | [Informationen über Risiken](#) | [Empfehlungen des BfArM](#)

### Sicherheitsrisiken von Patienten-Fixiersystemen

**Aktualisiert:** 11.01.2013

Vorgangs-Nr.: 1816/12

Die obersten Landesbehörden haben eine [Information zu Sicherheitsrisiken](#) von Patienten-Fixiersystemen veröffentlicht.

Bei etwaigen Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  
 Abteilung Medizinprodukte  
 Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3  
 53175 Bonn  
 Telefax: (0228) 207 - 5300  
 E-Mail: [medprod@bfarm.de](mailto:medprod@bfarm.de)  
 Telefon: (0228) 207 - 5384 (Aktive Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika)  
 Telefon: (0228) 207 - 5382 (Nichtaktive Medizinprodukte)



Durchgehend aufgestellte Bettgitter werden ausdrücklich als sturzverhütende Mittel in Frage gestellt, führen im Gegenteil bei Stürzen zu erheblich schwereren Verletzungen.

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

22

## BfArm: „Vorkommnisse“

- 1. Produktversagen:**
  - Funktionsversagen (Fixierung öffnet oder löst sich)
  - Strukturversagen (Brüche und Risse)
  - Statische Probleme (Umkippen des Systems)
- 2. Ohne (erkennbares) Produktversagen:**
  - Mechanische Einwirkung auf den Fixierten
  - Nebenwirkungen durch die Anwendung

Bettseitengitter (106)  
 Bauchgurte (39)  
 Rückhaltesysteme (18), etc.

(Quelle: Behmann A, BfArm, 2008)

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

24

# 10 Punkte, die gegen eine Fixierung sprechen

## Fixierungsmaßnahmen haben erhebliche negative Auswirkungen

Psychosozial gehen sie einher mit:

- ⚠ dem Verlust von Kontrolle, Freiheit, Autonomie und sozialen Bezügen
- ⚠ erhöhtem Stress

Direkte mechanische Verletzungsgefahren können sein:

- ⚠ Quetschungen, Nervenverletzungen und Ischämien
- ⚠ Einzelne Todesfälle durch Herzversagen oder Erstickten sind bekannt

Indirekte Gefahren können sein:

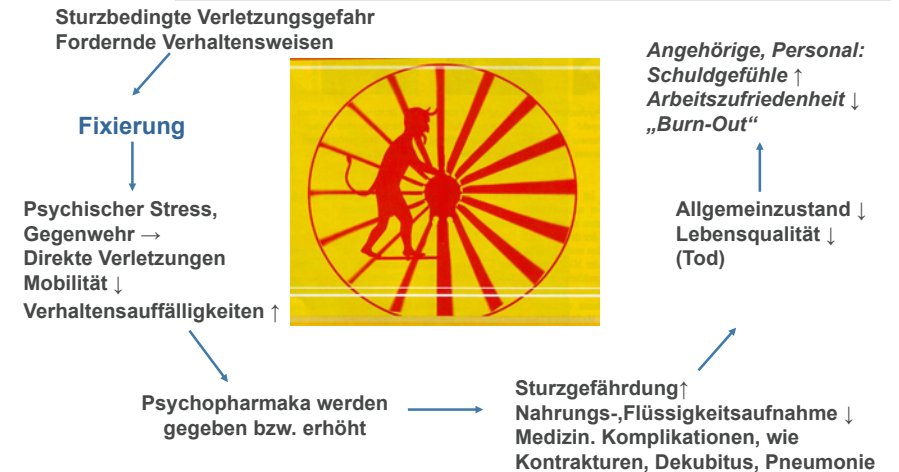
- ⚠ Medizinische Komplikationen wie Pneumonie, Dekubitus, Infektionen oder Thrombosen sowie Zunahme von Stuhl- und Urininkontinenz
- ⚠ Muskelatrophie und Verlust der Balance

Fixierungsmaßnahmen sorgen nicht für Sicherheit:

- ⚠ Die Gefahr von sturzbedingten Verletzungen nimmt eher zu
- ⚠ Fordernde Verhaltensweisen sind damit nicht behandelbar

⚠ **Fixierung kann ohne negative Konsequenzen reduziert werden**

## Negativspirale bei Fixierung



## Das ReduFix Projekt – Reduzierung von Fixierung

**Laufzeit:** 05/2004 – 04/2006 Verlängerung 2009

**Förderung:** BMFSFJ (Kapitel 1702, Titel 684.32)  
Robert Bosch Stiftung (Forschungskolleg Geriatrie)

**Beteiligung:** Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart  
PD Dr. C. Becker  
Dr. P. Koczy, U. Reißmann, D. Beische

Ev. Fachhochschule Freiburg  
Prof. Dr. T. Klie  
V. Guerra, S. Branitzki, A. Klein

FH Frankfurt, Forschungskolleg Geriatrie  
(Robert Bosch Stiftung)  
Prof. Dr. D. Bredthauer

## ReduFix Studienplan

**In dem Projekt wollten wir**

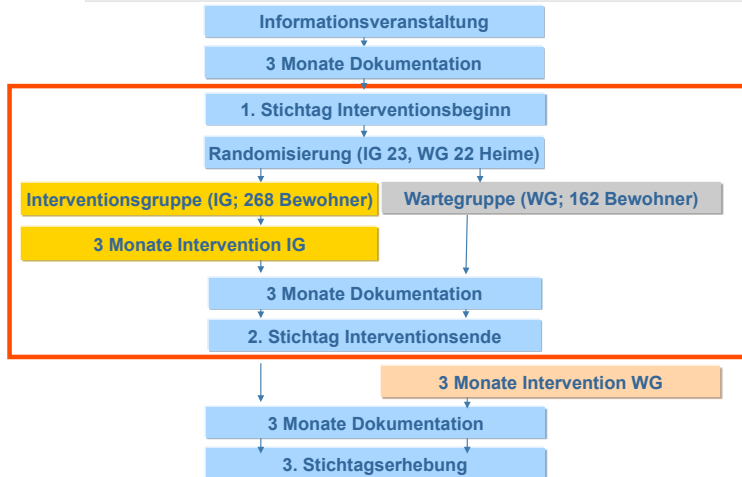
**Alternativen zu körpernahen Fixierungsmaßnahmen vermitteln und deren Wirksamkeit überprüfen!**

**Studiendesign:** RCT

**Population:** Alten- und Pflegeheime aus Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen (45 plus eine Pileteinrichtung)

**Kriterium:** dass fünf oder mehr Bewohner von körpernahen bewegungseinschränkenden Maßnahmen betroffen sind

## ReduFix Studiendesign



## ReduFix - Multifaktorielle Intervention

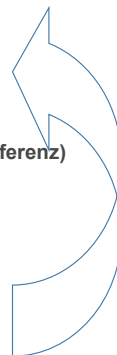
- „Anlaufphase“
- Schulung von Mentoren
- Hilfsmittelvergabe\*:
  - Hüftprotektoren
  - Sensormatten
  - Antirutsch-Hausschuhstrümpfe
- Telefonische Beratung (juristisch, medizinisch, pflegerisch und einmaliger Vor-Ort-Besuch)



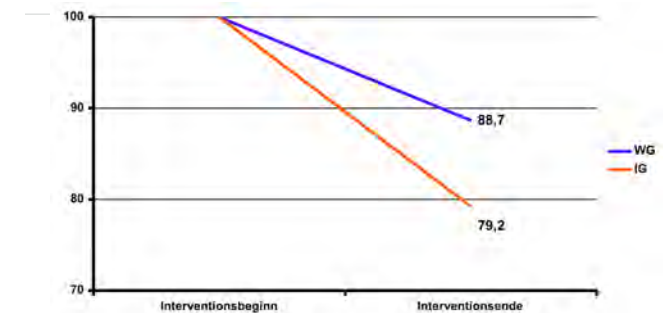
\* Mit freundlicher Unterstützung von Fa. Roelke Pharma, Fa. WinkerTec GmbH&CoKG, Fa. Vitanes

## Einführung Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation
2. Ursachensuche
3. Einschätzung der Alternativen
4. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan (Optimal: Fallkonferenz)
5. Treffen der Entscheidung
6. Durchführung der Maßnahme
7. Beobachtung und Evaluation



## Ergebnisse - Entfixierung



### Beendigung der bewegungseinschränkenden Maßnahmen

- IG - 48 Bewohner von 268 wurden entfixiert (20,8%)
- WG - 15 Bewohner von 162 wurden entfixiert (11,3%)

Unterschied signifikant,  $p = .021$

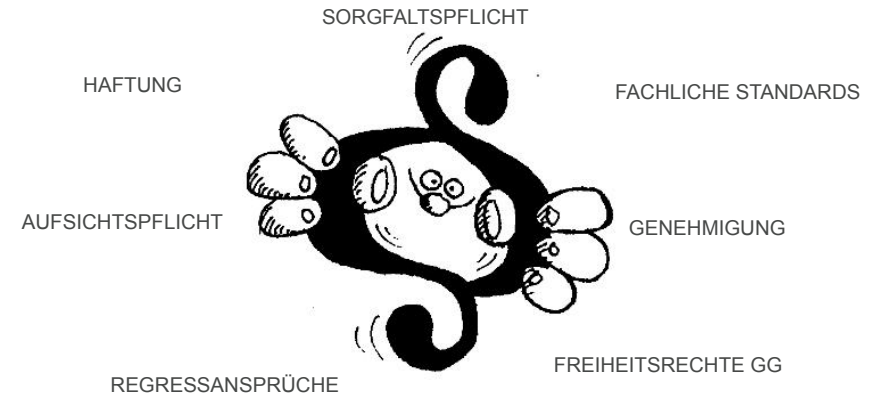


## Zusammenfassung



- > **Fixierung kann erfolgreich reduziert werden!**
- > **ohne Nachteile für Bewohner:**
  - konstante Sturz-Verletzungsrate (2 /268 : 2 /162 Frakturen)
  - kein Anstieg ungeeigneter Psychopharmaka
  - tendenzielle Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten
- > **Kontrolliertes Wissen** („externe Evidenz“)
- > **Konzept für kompetentes Handeln**
- > **Veränderte Einstellungen und Haltungen**
- > **hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern und Verantwortung der Leitungsebene**
- > **Veränderung der Organisationsethik**

## Rechtliche Fragestellungen zu FEM



segufix | Hersteller: Das normale System GmbH & Co. KG  
Postfach 1100 · D-91056 Jena

An alle Angehörigen der Fachkreise gemäß Medizinproduktegesetz §3, Ziff. 17, sowie alle SEGUFIX-Standard Art. 2201 in den Verkehr bringen, in Betrieb nehmen, betreiben, anwenden und/oder diese Vorgänge überprüfen.

Älterbestimmung 33  
D-91056 Jena  
+49 41 67 650-200  
+49 41 67 650-200

E-Mail: [bfarm-empfehlung@segufix.de](mailto:bfarm-empfehlung@segufix.de)  
www.segufix.de

JRW/be

31.01.2013

### **BfArM-Empfehlung / SEGUFIX-Standard 2201 Behörden untersagen die weitere Anwendung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bezug nehmend auf unser Rundschreiben vom September 2012 teilen wir Ihnen den nunmehr aktuellen Sachstand mit.

**Die zuständigen Gewerbeaufsichtsbehörden haben auf Intervention des BfArM deutlich gemacht, dass eine weitere Anwendung der SEGUFIX-Standard, Art.-Nr. 2201 (ohne Schrittgurt bzw. Oberschenkelmanschetten), untersagt wird. In einer Veröffentlichung des BfArM vom 11.01.2013 wurde eine entsprechende Information der obersten Landesbehörden zu Sicherheitsrisiken von Patientenfixierungen herausgegeben.**

Obgleich in den SEGUFIX-Gebrauchsanweisungen schon immer auf Risiken hingewiesen wurde, die bei nicht sachgemäßer Anwendung auftreten, wird damit nach behördlicher Auffassung ein Strangulations-Risiko bei Anwendung von Bauchgurten ohne Schrittgurt /Oberschenkelmanschetten nicht ausreichend vermieden.

SEGUFIX reagiert auf diese neue Situation wie folgt:

1. SEGUFIX-Standards, Art. Nr. 2201 mit Mannetverschluss werden

## Nationale Empfehlungen zur „Sicherheit“

**Bauchgurte die keine seitliche Rückhaltevorrichtungen haben oder bei denen die zugehörigen Vorrichtungen separat beiliegend geliefert wurden, sind zurückzurufen** oder sie sind **dauerhaft und fest** am Bauchgurt angebrachten Vorrichtungen **nachzurüsten**.

Zukünftig sind Bauchgurte zur Patientenfixierung im Bett derart zu konstruieren, dass **ein Verrutschen in den Thoraxbereich sicher verhindert wird**. Am Bauchgurt integrierte **seitliche Rückhaltevorrichtungen sind beizubehalten**.

Die Patientenfixierung darf **nur in Betten mit durchgehenden Seitengittern** erfolgen, die **Gitter sind hochzustellen**.

Die Patientenfixierung darf **nur durch Personal, das im Umgang mit dem Produkt geschult wurde**, durchgeführt werden.

Die **Anwender sind über diese Produkte** sowie über **das korrekte Anlegen** der Fixiergurte **zu informieren**, um eine fachgerechte Durchführung der Fixierung sicherzustellen.

BfArM: Information für Fachkreise, 04.12. 2003 [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de); Stand: 20.04.08

### Sicherheitshinweise

Benutzen Sie das SEGUFIX®-System nicht, bevor Sie die Gebrauchsanweisung gelesen und verstanden haben. Folienhafte Anwendung des SEGUFIX®-Systems kann ernsthafte Verletzungen zur Folge haben, auch mit tödlichem Ausgang. Die Sicherheit Ihres Patienten hängt davon ab, dass Sie das SEGUFIX®-System korrekt anwenden.

- Nur auf ärztliche Anweisung anwenden. SEGUFIX®-Systeme dürfen nur auf Anweisung eines Arztes, unter Einhaltung der Gebrauchsanweisung und Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen, eingesetzt werden. Die individuell mögliche Fixierung ist dabei zu beachten. Lassen Sie das SEGUFIX®-System in ihrer Einrichtung nur von geschultem und qualifiziertem Fachpersonal anwenden. Prospektoren sind gehalten, die ärztlichen Anweisungen bezüglich der Anwendung strikt einzuhalten.

- Verwendungszweck: SEGUFIX®-Produkte dürfen ausschließlich für die bestimmungsgemäßen medizinischen Ver-

wendungszwecke benutzt werden. Dabei müssen die Richtlinien des Herstellers gemäß dieser Gebrauchsanweisung eingehalten werden.

- Überprüfung der Gurtsysteme vor jeder Benutzung. Vor Benutzung muss das Produkt auf schadhafte Nähte, allgemeine Teile und beschädigte Obermaterialien überprüft werden. Fleck- und Wasserflecken auf Funktions- und sicheren Hüll großen. Schadhafte Produkte können zu Verletzungen führen. Beschädigte oder verschlissene Produkte nicht mehr benutzen.

- Warnhinweise: Benutzen Sie die Seitenbefestigung! Das SEGUFIX®-Standard enthält eine Seitenbefestigung. Die Seitenbefestigung verhindert, dass der Patient sich quer zur Körperachse im Bett dreht. Ohne Seitenbefestigung kann der Patient sich über den Bettkopf hinaus drehen und umkippen, mit möglicher Todesfolge.

- Sichere Befestigung an Betten und Stühlen: Stellen Sie sicher, dass die SEGUFIX®-Systeme nur mit Betten bzw. Stühlen mit Stützgeräten helfen verwendet werden, die eine Artverington gemäß Gebrauchsanweisung erfordern.

- Die Fixierung muss so angebracht werden, dass sie nicht verrutschen können.
- Die ausgehenden Haltevorrichtungen an Betten bzw. Stützgeräten dürfen keine scharfen Kanten aufweisen.
- Die Bewegungsverwehner der Betten bzw. Stützgeräten dürfen keine scharfen Kanten aufweisen.

Bei Stützgeräten beachten: SEGUFIX®-Systeme für Stützgeräten verändern nicht deren Umkippen.

- Sichere Befestigung an Betten und Stühlen: Halten Sie diesen Zusammenbauhinweis für Betten: DIN EN 10171 und DIN EN 60601-2-30 Normen für Futtablätze: DIN EN 12182 und DIN EN 12183.

- Bestuhler müssen hochgeklappt sein. Um Unfälle bei der Fixierung zu vermeiden, sind die Bestuhler hochzuklappen (Ausschließen: Schürffixierung). Achtung: Nicht mit geladenen Bestuhler benutzen. Jeder bei Verwendung eines "Top geschicht" der ein Handrücken des Patienten vollständig verbleibt. Die geladenen Bestuhler können zu Verletzungen führen.

- Nur Original SEGUFIX®-Produkte benutzen. Um den hohen Sicherheitsanspruch zu gewährleisten, nur Original SEGUFIX®-Produkte verwenden, zu erkennen an den eingestanzten Markenzeichen „SEGUFIX“.

- Warnhinweise Herzschrittmacher: Bei Herzschrittmachern (oder anderen elektronischen Implantaten) muss ein Sicherheitsabstand von 10 cm zwischen Herzschrittmacher und Magnetschlüssel eingehalten werden, da sonst bei dem Patienten Technischer Ausfall ausgelöst werden können. Beachtlich möglicher Überwindung anderer Patienten-Implantate.



## Nationale Empfehlungen (Deutschland) zur Sicherheit von Gurtfixierungen

Bauchgurt mit Seitenstabilisatoren + durchgehendes Bettgitter



Bei unruhigen Bewohnern und/oder ungünstiger Körperform („Zylinder-“, „Bienen“- Form): Zusätzlich „Diagonalfixierung“ erforderlich

### 1. SEGUFIX®-Standard mit Schrittgurt

Verfügbar seit 2009  
Art.-Nr. 2221 - M

1.



- Fixierung von Patienten, Lagerungshilfe, z. B. bei Decubitus
  - verhindert das Herauswinden nach unten
- Bestehend aus:
- 1 SEGUFIX®-Standard mit Schrittgurt (mit integrierten Seitenbefestigungen)
  - 3 SEGUFIX®-Patentschlösser
  - 2 SEGUFIX®-Magnetschlüssel / € 138,-

### 4. SEGUFIX®-Standard - Schrittgurt-Nachrüstung

Verfügbar seit 2009  
Art.-Nr. 0018

4.



- Vor Einsetzung sorgfältig prüfen, ob die Standard noch in einem gebrauchssicheren Zustand ist (intakte Ösen und Nähte, zugfestes Material).
  - Vor der Einsetzung bitte waschen.
- Sonderpreis:  
Nachrüstung mit Schrittgurt für SEGUFIX®-Standard: € 16,40

## BfArM - Empfehlung vom 17.09.2012 – 4 Wege, der Empfehlung des BfArM schon jetzt zu entsprechen:

### 2. SEGUFIX®-Standard mit Oberschenkelmanschetten

Verfügbar seit 2009  
Art.-Nr. 2231 - M

2.



- Fixierung von Patienten, Lagerungshilfe auch bei Decubitus
  - verhindert das Herauswinden nach unten
- Bestehend aus:
- 1 SEGUFIX®-Standard mit Oberschenkelmanschetten (mit integrierten Seitenbefestigungen)
  - 5 SEGUFIX®-Patentschlösser

### 3. SEGUFIX®-Kompakt

Verfügbar seit 2007  
Art.-Nr. 2250/r - M

3.



- Fixierung von Patienten
  - verhindert ein Entkommen nach oben und unten bei voller Bewegungsfreiheit der Extremitäten
- Bestehend aus:
- 1 SEGUFIX®-Kompakt
  - 7 SEGUFIX®-Patentschlösser
  - 2 SEGUFIX®-Magnetschlüssel / € 260,00

## Einführung Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)
2. Ursachensuche (Grundbedürfnisse, psychisch, physisch, Medis)
3. Einschätzung der Alternativen
4. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan (Optimal: Fallkonferenz)
5. Treffen der Entscheidung
6. Durchführung der Maßnahme
7. Beobachtung und Evaluation

## Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)
2. > Was ist der IST-Zustand?
3. > Welches Problem liegt vor?
4. > Screening: Wann, bei wem, wie stark/schwach tritt es auf?
5. > Analyse der bisherigen Maßnahmen
6. > aktuelles Risiko einschätzen
7. > Ziele festlegen

## Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)

Was sind die Gründe für die Fixierung?  
Worin genau bestehen die individuellen Risiken?

- bei Sturzgefährdung?
- bei fordernde Verhaltensweisen?

Welche (behandelbaren?) Ursachen kann die Sturzgefahr, das Verhalten, etc. (mit)bedingen?

## Assessments zum Problem

### Verhaltens“diagnostik“

1. Auslösendes Ereignis:
  - Wo und wann?
  - Was ging voraus?
  - Wer / bei wem?
2. Genaue Betrachtung des Verhaltens:
  - Was und wie genau? – so präzise wie möglich
  - Vorzeichen?
  - Wie lange?
  - Für wen ein Problem?
3. Welche Konsequenzen hatte das Verhalten?
  - Kontakt?
  - Erfolgreiche /-lose Interventionen ?
  - Effekt von Psychopharmaka?
  - Reizabschirmung?
  - Effekt von Fixierung?



## Einführung Prozess der Entscheidungsfindung

2. Ursachensuche (Grundbedürfnisse, psychisch, physisch, Medis)

3. unterstützen bei der Erhebung und Abklärung von Ursachen und abwägen des momentanen Risikos!
4. Denken Sie an alles mögliche im Team - seien Sie Sherlock Holmes!
- 5.
- 6.
- 7.

## 2. Schritt weg vom Problem – hin zur Ursache



**GRUNDBEDÜRFNISSE**  
> Schmerzen, Nähe, Hunger/Durst

**PHYSISCH/SOMATISCH bspw.**

- > Schilddrüsenfunktionsstörung
  - > Parkinson-Syndrom
  - > Sehstörung (Makuladegeneration)
  - > Schmerzen
  - > Medikamente
- zu viel, zu wenig, ungeeignete



**PSYCHIATRISCH**

- > Demenz
- > Depression
- > Suchterkrankung,

## Psychologische Ursachen - Krankenhausaufenthalt

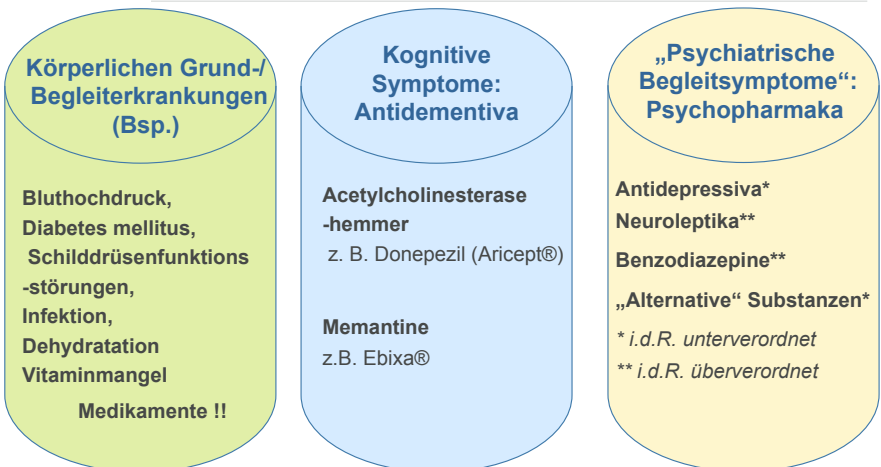


Demenz erkrankte Personen bei KH-aufenthalt stärker psychisch belastet (Umgebungsänderung, fehlende Tagesstrukturierung)  
**BEUGEN SIE VOR!!!**

### Proaktives Management

2/3 (unnötiger) Aufnahmen durch bakterielle Pneumonien, Herzinsuffizienz, Harnwegsinfekte, Auch Dehydrierung und Duodenalulzera sind signifikant häufiger Ursache als bei nicht dementen Personen.  
Lösung: "proaktives" Management mit früher Diagnosestellung und Behandlung  
(Studie: Geriater der University of Washington in Seattle JAMA 2012; 307: 165).

## Medikamentöse Behandlung der Demenz





## Fehlmedikation im Alter: Bsp Psychopharmaka

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



Wechselwirkungen ↑  
Nebenwirkungen ↑

durch veränderte  
Pharmakodynamik im Alter

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

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

Bildquelle: www.apotheken.de/graphics/arsneimittel-hand-abda.jpg

## Brandaktuell PRISCUS Liste „Negativ-Liste“)

potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen

> internationale Listen nur begrenzt  
übertragbar

> Arzneistoffliste, die bei Älteren nicht  
verabreicht werden sollten

> 83 Arzneistoffe aus 18 Klassen als  
potenziell inadäquat, 46 als nicht  
eindeutig klassifizierbar

> Unvermeidbarkeit in der Gabe, hier  
Monitoringparameter und Dosisgabe  
sowie Therapiealternativen



[http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste\\_2010\\_final.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_2010_final.pdf)

!! häufigste unerwünschte  
Arzneimittelwirkung ist erhöhte  
Sturzgefahr!!

## Brandaktuell PRISCUS Liste „Negativ-Liste“)

potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen

Beispiele:

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| Thioridazin                 | Melleril®          |
| Levomepromazin              | Neurocil®          |
| Promethazin*                | Atosil®            |
| Amitryptilin                | Saroten®           |
| Doxepin                     | Aponal®            |
| Fluoxetin                   | Fluctin®           |
| Flurazepam                  | Dalmadorm®         |
| Diazepam                    | Valium® u.a.       |
| langwirksame Benzodiazepine |                    |
| Dosisabhängig :             |                    |
| Haloperidol                 | Haldol® > 2 mg     |
| Lorazepam                   | Tavor® > 2mg,      |
| Oxazepam                    | Adumbran® > 60 mg, |
| Zolpidem                    | Stilnox® > 5mg     |
| Zopiclon                    | Ximovan® > 3,75 mg |



[http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste\\_2010\\_final.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_2010_final.pdf)

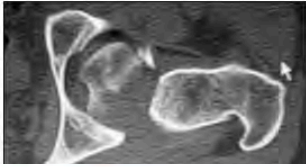
> Forschungsergebnisse  
aus dem BMBF

[www.bmbf.de/pub/priscusbroschuere\\_medikamente\\_im\\_alter.pdf](http://www.bmbf.de/pub/priscusbroschuere_medikamente_im_alter.pdf)



## Erhöhung Hüftfrakturrisiko

(Ex) Raucherinnen und Einnahme Protonenpumpeninhibitoren



Die langzeitige Einnahme von Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) lässt das Risiko, sich die Hüfte zu brechen, altersbereinigt um 35% steigen. Das geht aus den Daten der Nurses' Health Study hervor, die ein Team von Gastroenterologen um Hamed Khalili vom Massachusetts General Hospital in Boston analysiert hat.

| Substanz    | Handelsname  |
|-------------|--|
| Lansoprazol | z.B. Agopton <sup>®</sup> , Lanzor <sup>®</sup>                              |
| Omeprazol   | z.B. Antra MUPS <sup>®</sup> , Gastracid <sup>®</sup> , Omebeta <sup>®</sup> |
| Esomeprazol | z.B. Nexium <sup>®</sup> mups  |
| Rabeprazol  | z.B. Pariet <sup>®</sup>   |
| Pantoprazol | z.B. Pantozol <sup>®</sup> , rifun <sup>®</sup>                              |

Hatten sie während eines Zeitraums von mindestens zwei Jahren regelmäßig zu PPI gegriffen, stieg ihr Risiko für Hüftfrakturen um 50%.

publiziert am: 1.2.2012 14:30 Autor: Dr. Robert Bublak Quelle: springermedizin.de basierend auf: Khalili A et al. Use of proton pump inhibitors and risk of hip fracture in relation to dietary and lifestyle factors: a prospective cohort study. BMJ 2012; 344: e372; DOI: 10.1136/bmj.e372

## Stand des Wissens: Indikationen für Psychopharmaka



- Ausreichend bis gute Evidenz für Antidepressiva bei depressiver Symptomatik
- Ausreichende Evidenz für Antipsychotika für die Zielsymptome „psychotische Symptomatik“ (Wahn, Halluzinationen) und „schwere Aggressivität“, aber keine Evidenz für „unspezifische Verhaltenssymptome“ bei Menschen mit Demenz, dafür Evidenz für erhöhte Mortalität und schwere Nebenwirkungen!
- Ausreichende Evidenz für Antidementiva zur Behandlung von „BPSD“, insbesondere bei Lewy-body-Demenz

♣Bains J et al. (2002) The Cochrane Database of Systematic Reviews ( Antidepressants)  
Baillard C, Waite J (2006): The Cochrane Database of Systematic Reviews (Atypical antipsychotics)  
Wild R ((2006): The Cochrane Database of Systematic Reviews (Cholinesterase-Inhibitors)

## Anwendung von Antipsychotika zur Behandlung von herausfordernden Verhalten bei Demenz

Empfehlungen der DGGPP - Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.

1. Suche nach (körperlichen oder medikamentösen) Ursachen
2. nichtmedikamentöse Interventionen – adäquater Umgang mit Demenzkranken!
5. erst dann Einsatz von Psychopharmaka ! je nach Symptomatik auch andere Substanzgruppen!

Falls Antipsychotika (Neuroleptika) verwendet werden gilt:

4. Alle Antipsychotika sind mit Risiken verbunden!  
> hierüber Aufklärung der Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter und ggf. die Patienten
5. Indikation nur bei gravierenden Symptomen wie psychotische Symptome oder schwere Verhaltensstörungen, nicht Schlafstörungen oder Angst!

## Anwendung von Antipsychotika zur Behandlung von herausfordernden Verhalten bei Demenz

6. geringstmögliche effektive Dosis verwenden! Altersabhängige Pharmakokinetik beachten! „**Start low, go slow!**“
7. Sorgfältige Therapieüberwachung und Dokumentation im Hinblick auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen!
8. **Immer wieder Absetzversuche unternehmen!** Diese sollten jeweils spätestens nach Ablauf einiger Monate erfolgen.
9. Substanzen mit anticholinergen Wirkungen möglichst vermeiden!
10. Polypharmazie vermeiden, so wenig verschiedene Medikamente wie möglich gleichzeitig verordnen, um das Interaktionsrisiko zu verringern!

(nach American Psychiatric Association 2007 modifiziert und ergänzt)

## „Risikomanagement“ Bsp: Weglaufgefährdung

1. Technisch-strukturelle Maßnahmen: Foto, opt. u. baul. Hemmschwellen, Alarmschleifen
2. Aspekte des Umgangs:

### HINLÄUFER

„Ich muss Hause die Kinder versorgen“, „Ich muss zur Bank“

**Leitfrage:**  
Wie wird ein Rahmen geschaffen, in dem die subjektive Welt erfahren werden kann?

**Validieren**, ablenken, Grundbedürfnis herausfinden und darauf eingehen, individuelle Tagesstruktur, sinnvolle Beschäftigung schaffen, Gefühl vermitteln, eig. Entscheidung treffen zu können, „Rituale“

### SPAZIERGÄNGER

„Das Wetter ist schön, ich möchte spaziergehen“, „Ich muss weiter“

**Leitfrage:**  
Was wird dafür getan, daß das Bedürfnis nach Bewegung ausgelebt werden kann?

**Freiheit maximieren!**

Zugang ins Freie mit Begleitung ermöglichen, unauffällige Sicherungsmaßnahmen (Türmotiv), Orientierungselemente, Anreize zum Tätigsein schaffen, „Wohlfühl“-atmosphäre schaffen, architekt. Maßnahmen (Rundwege)

### FLÜCHTIGER

„Hier kann ich nicht bleiben“, „Ich muss hier weg“

**Leitfrage:**  
Was wird dafür getan, daß der Bewohner sich zu Hause fühlen kann?

„Wohlfühl“-ambiente schaffen (wie in eig. Wohnung), eigene Möbel, streß- u. reizarme Umgebung sichern, sinnvolle Stimulation, in soziale Bezugsgruppe einbinden, „spielerisch einladen“, Gefühl geben, „gebraucht“ zu werden, Validation, „Snoezelen“

## Lancet Report

# THE LANCET

Volume 374, Number 10244, Pages 1-98, July 5, 2010 www.thelancet.com

Videostudie von Robinovitch  
3-jährige Aufzeichnung von insgesamt 227 Stürzen von 130 Personen (Durchschnittsalter: 78 Jahre) in Provinz British Columbia

leicht durch Balance- und Krafttraining behebbar  
Umgebung durch ergonomische Mittel (Tisch mit mittigen Fuß, breite Gänge, Rollstuhl mit automatischer Bremse)

- 41 % aufgrund falscher Gewichtsverlagerung
- 21% aufgrund von Stolpern und
- 11% wegen eines Stoßes, wegen des Verlustes der Unterstützung oder infolge eines Zusammenbruchs.
- 3% Ausrutschen

## Prozess der Entscheidungsfindung

### 3. Einschätzung der Alternativen

4.

das Recht und Pflicht Alternativen zu Fixierungen einfordern auf den Stand des Wissens, Gefahr der Fixierung!

5.

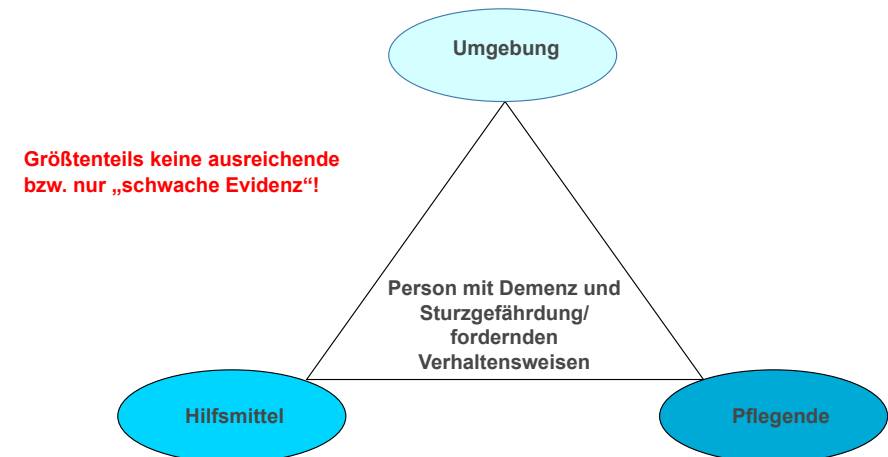
6.

> Welche Alternativen stehen zur Verfügung

7.

> Welche Ziele lassen sich mit welchen Alternativen erreichen und welche Risiken haben sie?

## Alternative Interventionen



## nationale fachliche Standards

✓ **BfArM**

✓ **Heimgesetz**

✓ **Institutionsinterne Richtlinien** (z.B. LWV)

✓ **BGH-Urteile vom 28.04. und 14.07.05**

**Handlungsempfehlungen Deutsche Expertengruppe Demenz**

DEGAM Leitlinie

### Ältere Sturzpatienten 4

BUKO/QS

Qualitätsniveau in der stationären Altenpflege

www.buko-qs.de

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

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

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

61

## Leitfaden zum Umgang mit FEM

Flussdiagramm 1:

**1. Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FaM)**

Problem: Bewohner ist sturzgefährdet, unruhig und / oder gefährdet sich selbst

Schrittfolgenmanagement: Einbeziehung von Bewohnern, Angehörigen, Ärzten, PFA, etc., PD, Therapiezeitung usw. in jeden Prozessschritt

1. Sind die Ursachen für das Problem behaltbar?

- Bewusstseinslage (Unruhe z.B. Glanz einschalten) → Kopf und Bettsensoren (Bewachung/Verhinderung)
- spürsophische z.B. Verneinung (Bewusstseins, emotionale Zuwendung)
- organische (z.B. Blausäure) → bewohnerspezifische Tagesstrukturierung
- psychiatrisch (z.B. unangenehme Geräusche, Anpassung d. Gerüche)

2. Können die mit dem Problem verbundenen Risiken ausreichend vermindert werden?

- z.B. Hüftschonmatte, Sturzhelm, Absenkwandlung, haltsafe, gelockertes Bettzeug, Senkermatte, Basale Stimulation, beruhigende Musik

3. Ist der Nutzen der FaM größer als der Schaden?

Fach- und suchgestützte Anwendung von FaM

Flussdiagramm 2

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

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

62

## SchulungsDVD zur Entscheidung Entfixierung

➤ für Angehörige gut geeignet und Angehörigenabende

➤ für neue MitarbeiterInnen und diejenigen, die sich für das Thema interessieren

➤ Inhalt: fixierungsfreie Einrichtung, Gerichtsmedizin, Betreuungsrichter

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Eure Sorge fesselt mich**

Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege

DVD kostenfrei zu bestellen unter: [www.eure-sorge-fesselt-mich.de](http://www.eure-sorge-fesselt-mich.de)  
Telefon 089/12 22 20

<http://www.eure-sorge-fesselt-mich.de/>

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

63

## Infomaterial für Angehörige und Betreuer des rheinland-pfälzischen Sozialministeriums

➤ Inhalt: Breite Aufklärungsbroschüre zu FEM

➤ Genehmigung

➤ bei Sturz und Aggression

➤ bei Weglauftendenz, weitere Folgen

➤ Es geht auch anders – Bewegungsfreiheit

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

Rheinland-Pfalz  
MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAPHIE

### ES GEHT AUCH ANDERS!

Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) bei pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in Rheinland-Pfalz

**MENSCHEN PFLEGEN**

ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

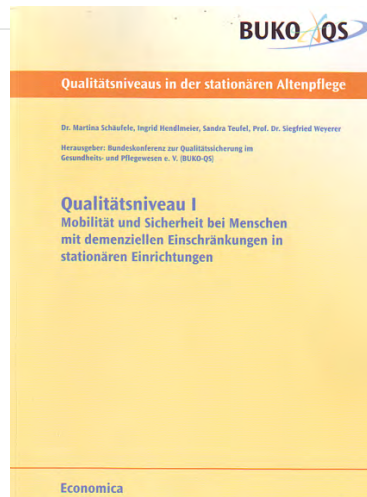
ReduFix Praxis | Reduktion von Fixierung

64



## Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit

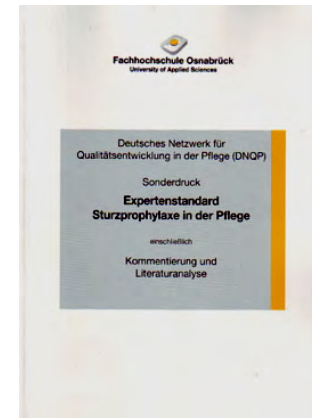
- unterschiedliche Wissensgebiete
- benennt funktions- und professionsgebundene Verantwortung
- interne und externe Akteure
- handlungsleitende Empfehlung für alle - multidisziplinär



www.buko-qs.de

## Sturz- und Verletzungsprävention

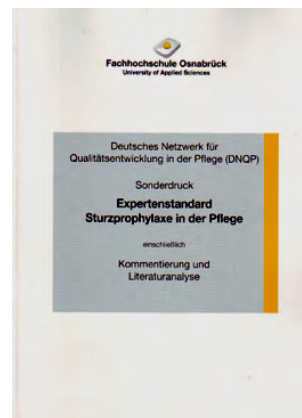
- Sichere Umgebung
- Angepasste Hilfsmittel/ technische Hilfen
- Einsatz von Hüftprotektoren
- Inkontinenzmanagement
- Sehhilfen
- Kraft- und Balancetraining
- **WICHTIG: Mobilität fördern!**
- **Aber: Fixierungen „unbedingt vermeiden“!**



www.dnqp.de

## Überarbeitung 2012 -.Konsultationsfassung

Dieses Ziel (Sturzreduktion) ist allerdings nicht durch eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu erreichen, sondern vielmehr durch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität (...) verbunden mit einer höheren Lebensqualität. Die Expertengruppe spricht sich daher gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus.



www.dnqp.de

## Sturzprophylaxe Programme Deutscher Turnerbund



Standfest und stabil - Kursmanual von Petra Regelin und Jörn Winkler

Das Buch beinhaltet zahlreiche Übungen, Bewegungsspiele und Dual-Tasking-Aufgaben zur Aufrechterhaltung der Sicherheit im Stand und beim Gehen, die auf den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Im Vordergrund stehen das Training der Gleichgewichtsfähigkeit, die Beinhmuskulatur und die Alltagsbewältigungskompetenz älterer Menschen. Neben dem sportpraktischen Teil gibt es auch Wissensbausteine zu gesundheitsrelevanten und sturzprophylaktischen Inhalten.

Das Buch ist für 19,95 Euro im DTB-Shop unter » www.dtb-shop.de sowie im Buchhandel mit der ISBN 978-3-89899-708-9 erhältlich.

Sturzprophylaxe-Training vom Deutschen Turner-Bund (Hrsg.)

In diesem Buch finden Sie alles, was Sie für die Umsetzung eines Sturzprophylaxe-Trainings wissen müssen: wissenschaftliche Hintergründe, Zielgruppen, Stundenaufbau und jede Menge praktische Anregungen, Tipps und Ideen.

Das Buch kostet 19,95 Euro und kann beim DTB-Shop erworben werden unter der Hotline: 09843 / 9356-299, per E-Mail: » bestellung@dtb-shop.de oder im Internet im » www.dtb-shop.de

Im Buchhandel ist "Sturzprophylaxe-Training" mit der ISBN- Nummer 978-3-89899-579-5 erhältlich.

» Hier finden Sie weitere DTB-

www.dtb-online.de

- Gymwelt
- Ältere
- Sturzprophylaxe

## Evidenzbasierte Praxisleitlinie zur Reduzierung von FEM

Teilnahme an Kurzschulung

verantwortliche Personen  
(so genannte FEM-Beauftragte)  
benannt und weiterqualifiziert



LEITLINIE  
FEM

Initiative führt zu einer  
Vermeidung von FEM

Nach 6 Monaten haben Studienteilnehmer 6,5% weniger  
FEM

[www.fem-praxisleitlinie.de](http://www.fem-praxisleitlinie.de)

Tendenziell weniger Stürze und weniger Frakturen

Zwischen den Heimen gibt es große Unterschiede

## Initiativen hierzulande! Unterstützung durch Verfahrenspfleger



- > aktive Einsatz von Verfahrenspflegern um pflegerische Einschätzung zu hinterfragen
- > pflegerische Einschätzungen wurden präziser und mutiger – aber Programm noch nie evaluiert!
- > aufgrund der häufigen Nachfrage nach Hilfsmitteln (z.B. Sensormatten, Niedrigbetten) gehen Sanitätshäuser dazu über diese selbst zu erwerben und auszuleihen.
- > auf lange Sicht weniger Arbeit für den Amtsrichter.
- > aus Sicht der Pflege schon ein Schritt zu weit, wenn Verfahrenspfleger eingeschaltet wird,
- > Kritisch: Verfahrenspfleger muss sich selbst abschaffen – dazu muss er mutig sein

## KDA-Empfehlungen zur Umstrukturierung stationärer Einrichtungen für Menschen mit Demenz

„Kleinteiligkeit und Überschaubarkeit“:

- Kleingruppen
- Mitarbeiter
- räumliche Dimension  
(Bewohnerzimmer, Wohnküche, Flur!)



Bundesministerium f. Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004)  
[www.redufix.com](http://www.redufix.com) > Links

## Rahmenempfehlungen im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen



Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)(2007),

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

- > Validation
- > Erinnerungsarbeit
- > Snoezelen
- > Berührung
- > Körperliche Bewegung

## Bezugspflege – tagesstrukturierende Pflegeplanung

- > mit wiederkehrenden Lerninhalten
- > gleichbleibende Strukturen sind wichtig zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit
- > Chronologisches Aufführen der Pflegemaßnahmen entlang der Tagesstruktur (Befragung Bewohner oder Kollegenkreis bei wem die größtmögliche Selbstsicherheit und Selbstständigkeit bestand)
- > nicht auf Standards verweisen sondern ausführlich und konkret

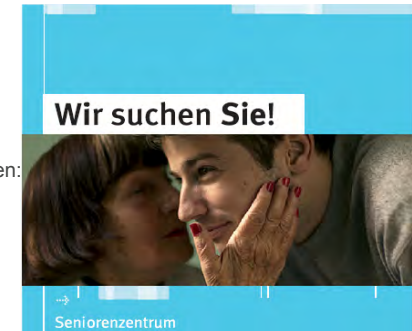
## Bürgerschaftliches Engagement

Benötigt bestimmte Voraussetzungen

Bürgerschaftlich Engagierte gewinnen

- Struktur
- Kultur
- Ansprache
- fachliche Begleitung

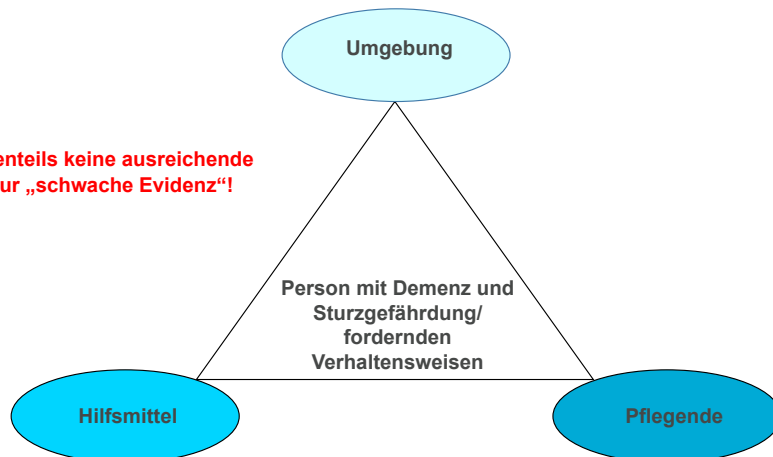
81% der im stat. Altenhilfebereich Tätigen bestätigen: „Ehrenamtliche lohnen sich“  
(Bela-Studie, Klie/Pfundstein/Hoch (2004) im Auftrag der Landesstiftung Baden-Württemberg)



- Engagierte sind eine Brücke in das Gemeinwesen.
- Engagierte eröffnen Kapazitäten für kreative und neue Projekte.

## Alternative Interventionen

Größtenteils keine ausreichende bzw. nur „schwache Evidenz“!

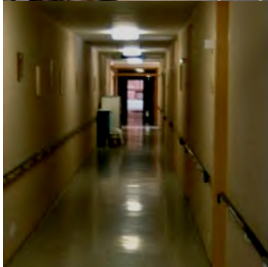


## Bewohnerzimmer: Identität und Vertrautheit ermöglichen





## Wohnküche als Zentrum der Gemeinschaft: Transparenz und einladende Offenheit Räume mit Licht und Transparenz



Klinik Woltersdorf

### Technische Anforderungen an künstliche Beleuchtung

Empfohlene Beleuchtungswerte  
VDI-Richtlinie 6008, Barrierefreie und behindertengerechte Lebensräume

| Bereich          | Lichtszene  | Beleuchtungsstärke E[lx]                    | Lichtfarbe                                       | Beleuchtungsart   |
|------------------|---|---|--|---|
| Flure            | Tagbeleuchtung<br>Bodennähe (10 cm ab Boden)<br>Augenhöhe (140-160 cm ab Boden)             | 200-300 Lux<br>300-500 Lux<br>(zylindrisch) | warmweiss/neutralweiss<br>warmweiss/neutralweiss | direkt / indirekt<br>direkt / indirekt                                  |
|                  | Nachtbeleuchtung Bodennähe  | 50-100 Lux                                  | warmweiss/neutralweiss                           | direkt / indirekt   |
| Aufenthaltsräume | Tagbeleuchtung Bodennähe  | 200-500 Lux                                 | warmweiss/neutralweiss                           | direkt / indirekt   |
| Bewohnerzimmer   | Pflegelicht<br>Liegeebene (85 cm ab Boden)  | 300-500 Lux                                 | warmweiss/neutralweiss                           | direkt / indirekt, je nach<br>Pflegefall Zwei-Komponente<br>Beleuchtung |
|                  | Leselicht, Arbeitslicht<br>Liege- /Leseebene<br>(ggf. separate Zusatzbeleuchtung)           | 300-1000 Lux                                | warmweiss/neutralweiss                           | direkt /<br>Zwei-Komponenten<br>Beleuchtung                             |
|                  | Wohnlicht Bodennähe   | 100-500 Lux                                 | warmweiss  | direkt / indirekt   |
|                  | Nacht-Aufstehlicht Bodennähe<br>Nacht-Übersichtslicht fürs<br>Pflegepersonal in Bodennähe   | 50-100 Lux<br>ca. 5 Lux                     | warmweiss<br>warmweiss                           | indirekt<br>indirekt  |
| Bad/ WC          | Für Bewohner: Grundbeleuchtung<br>in Bodennähe und betonte<br>Beleuchtung auf Gesichtsebene | 200-500 Lux                                 | warmweiss/neutralweiss                           | direkt / indirekt   |

## ❖ Beschäftigung – Alltag und Tiere



## “Versteckte Türen”

Schutz und Sicherheit

gewährleisten -

aber WÜRDE wahren!





## „Barrierefreiheit“



Kontraste und Symbole sinnvoll einsetzen -

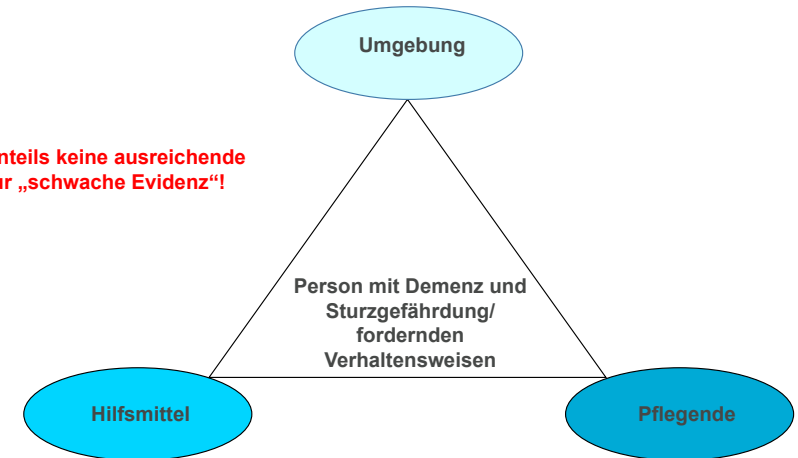
SELBSTSTÄNDIGKEIT fördern,

SICHERHEIT geben

Foto: D. Bredthauer, Gradmann-Haus Stuttgart

## Alternative Interventionen

Größtenteils keine ausreichende bzw. nur „schwache Evidenz“!



## Pflegebody



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



Bildquelle: [www.suprima-herzlieb.de](http://www.suprima-herzlieb.de)

## Hüftprotektoren



z. Bsp. Suprima® Protektor Slim von Suprima  
GmbH  
auch mit Aussparung im Sci  
424)

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



## Protektoren jeglicher Art, je nach Gefährdungspotenzial

- > normierte Protektoren, in versch. Größen XS-XXL
- > fangen Fallenergie gut auf ohne Rückrat zu verletzen oder innere organische Verletzungen hervorzurufen



Bildquelle: freeride - Rückenprotektor

## Therapietisch-Option

### Therapietisch halb



## „Antirutsch“ - Socken

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



Bildquelle: Vitanness, GehSicher Strumpf

## Anti-Rutsch-Auflagen alternative Sitzgelegenheit

Anti-Rutsch-Auflagen

z.B. von Segufix®



Bildquelle: [www.meditec.ch/shop/images/antiRutsch.jpeg](http://www.meditec.ch/shop/images/antiRutsch.jpeg)

Bildquelle

2.jpg

## Eigengefährdung

### Sécu Joint - Ellbogen

Die Ellbogen Streckschienen reduzi  
wie das Schlagen gegen den Kopf a  
Des weiteren wird ein Kratzen am k



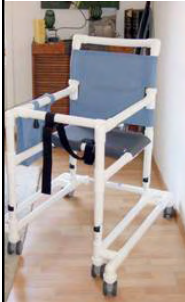
89

## kreativ gegen Bettseitenteile: Niedrigstellbett, Pflegematratze – Stimulation des Nachtschlafes, etc.



90

## „Gehfrei“- Hilfen



RCN



z. Bsp. RCN-Walker (Fa. RCN)  
Bildquelle:www.rcn-medizin.de

z. Bsp. Dynamico für Innen- und Außenbereich  
(Fa.Ormesa®)  
Bildquelle:www.ormesa.com/de

## Lichtsensoren

### Mobile Pflegeleuchten zur Sturzprävention

Sensor-gesteuertes Protect-Lichtsystem zum Einsatz in Senioren- und Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege



geben

- Orientierung
- Sicherheit
- Selbstständigkeit



## Reflektoren



D  
Stufenmatten,  
Per-Set  
**19,95**

Leuchten im Dunkeln  
zu Ihrer Sicherheit  
• Fluoreszierend  
• Für Innen und Außen



B  
Anti-Rutsch-  
Leuchtband, 2m  
**9,99**

- 5 cm breit
- Selbstklebend
- Nachleuchtend

- geben
- Orientierung
  - Sicherheit

## Alarm- und Ortungssysteme, Signalgebung



Bildquelle: Raphael, Schutzengelsystem von Martin Electronic Systems

- Richtungsmeldung
  - Geländesicherung geografisch erweitert bis auf Stadtteile (Sommer/Winterlösung)
  - GPS-Ortung
  - Selektive Tür- und Aufzugssteuerung
  - Dokumentation der Vorgänge
- ZIEL: maximale Freiräume bieten!

## Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)

2. Ursachensuche

3. Einschätzung der Alternativen

4. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan sowie Risiko (Fallkonferenz)

5.

> gegebenenfalls eine Fallkonferenz mit Bewohner, Angehörigen, gesetzl. Betreuer, Pflegenden, Arzt

6.

> die Entscheidung vorbereiten

7.

> die Ziele festlegen und fachlich begründen

> Risikoeinschätzung

## Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)

2. Ursachensuche

3. Einschätzung der Alternativen

4. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan

5. Treffen der Entscheidung

> auf der Basis des Maßnahmeplans?

6.

> legitimiert durch Betreuer?

7.

> richterlich genehmigt?



## Internationale Empfehlungen

### ? Vor dem Einsatz müssen alle Alternativen ausgeschöpft sein

- ? Der potentielle Nutzen muss höher sein als der mögliche Schaden
- ? Die **minimalste Variante** sollte eingesetzt werden
- ? Der Einsatz sollte kurzfristig erfolgen
- ? Die Notwendigkeit der Maßnahmen muss regelmäßig überprüft werden
- ? Eine institutionseigene Richtlinie sollte vorhanden sein
- ? Die Anwendung muss fachkundig erfolgen
- ? Ein kontinuierliche Beobachtung der fixierten Bewohner ist notwendig
- ? Alle Mitarbeiter müssen in deren korrekten Gebrauch geschult sein

Modifiziert nach Joanna Briggs Institute, 2002

## Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)

2. Ursachensuche

3. Einschätzung der Alternativen

4. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan

5. Treffen der Entscheidung

6. Durchführung der Maßnahme

> Wer ist verantwortlich

> Zeitplan

7.

## Der Entscheidungsprozess im Umgang mit FEM

### 6. Schritt: Durchführung der Maßnahme

#### Verantwortlichkeit

wenn FEM, dann fachgerechte Durchführung  
Genehmigung zu FEM - Kann Norm!  
besondere Betreuung und Aufsicht



## Prozess der Entscheidungsfindung

1. Analyse der Situation („Problemanalyse“)

2. Ursachensuche

3. Einschätzung der Alternativen

4. Festlegen der Ziele und Maßnahmeplan

5. Treffen der Entscheidung (Optimal: Fallkonferenz)

6. Durchführung der Maßnahme

> Evaluation: wann und durch wen?

7. Beobachtung und Evaluation

> Dokumentation

## Der Entscheidungsprozess im Umgang mit FEM

### 7. Schritt: Evaluation, Angemessenheit, Dauer, Überprüfung



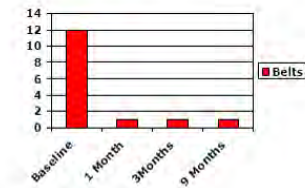
## Von den Nachbarn lernen?!



> Niederländ. „EXBELT“ Projekt 2008-2009

> Reduktion von Fixierung gegen Null durch frw. Verpflichtung (Verbot) - ohne negative Folgen für die Bewohner

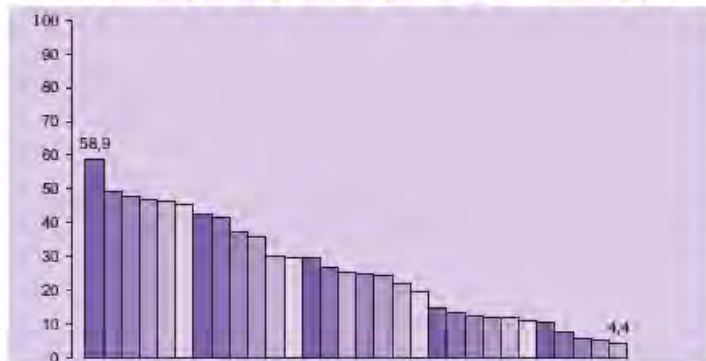
### Results pilotproject 'expel the belt'



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

## Das ausschlaggebende Moment

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



## Was ist nun zu tun?

### Wissen und klare Signale an MitarbeiterInnen

- > gut geschultes Personal erhöht die Lebensqualität der Heimbewohner
- > Sie brauchen einen Multiplikator!!!!
- > Qualitätsmerkmal Fixierungsfreiheit auch als Auftrag der Umsetzung der Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen
- > Einzelfall betrachten
- > kleine Schritte der Veränderung aber packen Sie es an!!!
- > Seien Sie Pflegekräfte mit einer Zukunftsvision und leben Sie Ihre Werte – machen Sie morgen einen Unterschied und klagen Sie nicht, tun Sie etwas!
- > Versprechen Sie – immer eine Fallbesprechung mit Kollegen durchzuführen, bevor eine FeM zur Anwendung kommt!

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Aufgeschlossenheit für Veränderungen!

