

> Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen:

Zwickmühle der Altenpflege

SASCHA KÖPKE UND GABRIELE MEYER

Die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM) bei Bewohnern von Pflegeheimen hat in den letzten Jahren ein breites Echo in den Medien, der Politik und im gesellschaftlichen Diskurs gefunden. Bettgitter, Gurte und andere Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, im Pflegejargon auch „Fixierungen“ genannt, wurden als wichtiges Symptom einer skandalträchtigen Altenpflege gewertet.

Bücher mit plakativen Titeln wie „Abgezockt und totgepflegt“ (Breitscheidel 2005) sowie „Alt und abgeschoben“ (Fussek & Loerzer 2005) berichten von vernachlässigten, fixierten und sedierten Bewohnern. In Fernsehreportagen wurde über den „quälenden Alltag in deutschen Altenheimen“ berichtet, in denen Bewohnern „festgebunden und ruhig gestellt“ ihr Dasein fristeten (Report Mainz 2004). Im Zusammenhang mit Untersuchungen der Münchener Rechtsmedizinerin Berzlanovich zu Todesfällen durch FEM titelte die Süddeutsche Zeitung „Die Alten warten niedergebunden auf den Tod“. Die Pflegenden wollten sich mit der Anwendung von FEM absichern, wird Berzlanovich zitiert (Loerzer 2007). Eine andere Sichtweise verdeutlicht ein kurz zuvor erschienener Artikel aus dem Spiegel, der unter dem Titel „Der freie Wille“ von einer Bewohnerin berichtet, die keine FEM erhalten hatte, obwohl sie häufig gestürzt war (Hardinghaus 2006). Der Artikel suggeriert, dass in diesem Fall die Anwendung von FEM gegen den Willen der Bewohnerin ethisch geboten gewesen wäre, um diese vor Schaden zu bewahren. Das Thema FEM scheint wahrlich eine Zwickmühle für die Altenpflege zu sein. Ausgewiesene Experten fordern einen Paradigmenwechsel hin zu einer Pflege ohne FEM (Capezuti et al. 2007, Flaherty 2004). Bereits seit circa zwei Jahrzehnten beschäftigt sich die internationale (pflege-)wissenschaftliche Forschung verstärkt mit der Anwendung von FEM im Altenpflegebereich und mit Ansätzen zu ihrer Vermeidung (Evans et al. 2002). Vor allem in den USA gab es bereits in den achtziger Jahren eine Reihe von Anstrengungen. Auch in Deutschland wurden Projekte mit dem Ziel der Reduktion von FEM initiiert. Der online

abrufbare Leitfadens „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“ zum Beispiel soll Pflegenden und Ärzten bei Entscheidungen über die Anwendung von FEM unterstützen (Bayrischer Landespflegeausschuss 2006). Mit dem assoziierten „Freimut“-Projekt wurden 21 Praxisprojekte zur Reduktion von FEM gewürdigt und unterstützt (Bayrisches Staatsministerium 2007). Aktuell werden im Rahmen des „ReduFix Praxis“-Projekts deutschlandweit Multiplikatoren geschult, um durch die Einführung eines komplexen Interventionsprogramms die Anwendung von FEM in Pflegeheimen zu reduzieren. Wichtige Voraussetzungen zur Entwicklung wirksamer Programme sind neben Erkenntnissen über Gründe für die Anwendung von FEM vor allem Informationen über die Häufigkeit und Intensität der Maßnahmen.

Häufigkeit von FEM

International liegen verschiedene Untersuchungen zur Häufigkeit (Prävalenz) der Anwendung von FEM vor. Eine vergleichende epidemiologische Studie in acht Ländern belegte bereits 1997 nationale Unterschiede in der Anwendung von mechanischen FEM in Pflegeheimen. Hier wurden Prävalenzen zwischen neun und 40 Prozent beobachtet (Ljunggren et al. 1997). Die in neueren internationalen Publikationen berichtete Prävalenz von FEM liegt zwischen fünf und 70 Prozent (Hamers & Huizing 2005, Evans et al. 2002, DeVries et al. 2004, Evans & Cotter 2008). Die am häufigsten berichteten FEM sind Bettgitter, Gurte im Bett und im Stuhl sowie feste Stecktische an Stühlen („Therapietische“) (Hamers & Huizing 2005, Evans et al. 2002).

Aus Deutschland lagen bis vor kurzem nur Ergebnisse aus Befragungen Pflegenden zur Häufigkeit von FEM bei Pflegeheimbewohnern vor. In einer Kölner Befragung wurde eine Prävalenz von circa 30 Prozent Bewohnern mit FEM berichtet (Pfundstein 2004), in einer Befragung in München waren es circa 40 Prozent (Hoffmann & Klie 2004). Befragungsstudien haben jedoch methodische Einschränkungen und stellen nicht die optimale Methode zur Bestimmung des wahren Ausmaßes von FEM in der täglichen Versorgungspraxis dar.

Aus diesem Grund haben wir eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes Nord geförderte epidemiologische Studie durchgeführt (Meyer & Köpke 2008, Meyer et al. 2008). Die Studie beinhaltet erstens eine Querschnittstudie zur Häufigkeit von FEM und der Verordnungen psychotroper Medikamente an einem Stichtag, zweitens eine 12-monatige prospektive Bestimmung der neu hinzukommenden FEM und der Kontinuität der Anwendung von FEM sowie drittens eine Assoziationsanalyse zur Bestimmung von Einrichtungs- und Bewohnermerkmalen, die im Zusammenhang mit der Anwendung von FEM stehen.

Methoden

Im Herbst 2004 wurden von den circa 150 Alten- und Pflegeheimen in Hamburg 79 zufällig ausgewählte Einrichtungen angeschrieben. 30 nahmen an der Studie teil. In einem ersten Schritt wurden beschreibende Merkmale der Einrichtung und der Bewohner erhoben. In die Studie eingeschlossen wurden alle Bewohner der 30 Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Stichtagserhebung mindestens einmal gesehen wurden. Die erhobenen Merkmale sind in den Tabellen 1 und 2 aufgeführt. Alle Medikamente der Bewohner wurden vor Ort notiert. Aus dieser Dokumentation wurden zu einem späteren Zeitpunkt die psychotrop wirkenden Medikamente identifiziert. Die Definition von FEM folgte einer

international gebräuchlichen Definition (Evans et al. 2002) und beinhaltete Bettgitter, Gurte, feststellbare Tische an Stühlen und andere körpernahe Maßnahmen, die die Bewohner daran hindern, freie Körperbewegungen durchzuführen und von ihnen nicht selbstständig entfernt werden können. Die Stichtagshäufigkeit wurde durch die externen Untersucher in Begleitung einer Pflegenden an drei Zeitpunkten (10.00, 15.00 und 20.00 Uhr) eines Beobachtungstages erhoben. Bewohner und gegebenenfalls anwesende Besucher wurden über die Studie informiert. Die Dokumentationsvorlage enthielt die Optionen Bettgitter, Gurt im Stuhl, Gurt im Bett, Stecktisch sowie andere Maßnahmen, wie zum Beispiel am Tisch positionierte Rollstühle mit fest gestellter Bremse. Angaben über die Legitimation der beobachteten Maßnahmen wurde von den Pflegenden aus den Bewohnerakten entnommen. Die Pflegenden auf den Wohnbereichen waren im Vorfeld nicht über den Tag und die Zeitpunkte der Erhebung informiert. Direkt im Anschluss an die Stichtagerhebung begann die 12-monatige prospektive Studie auf Basis der Dokumentation der Pflegenden mit einem eigens entwickelten Erhebungsinstrument. Das Instrument war bewusst einfach und selbst erklärend konzipiert. Einmal pro Schicht wurde für jeden Bewohner die Anwendung von Bettgittern, Gurten oder Stecktischen erfragt, die die Definition von FEM erfüllen. Die Erhebungsbögen für jeden Bewohner wurden monatlich ausgetauscht. Eine genauere Beschreibung des methodischen Vorgehens und der statistischen Auswertungsmethoden wurde bereits publiziert (Meyer & Köpke 2008, Meyer et al. 2008).

Ergebnisse

Insgesamt wurden 2367 Bewohnern am Stichtag mindestens einmal gesehen und damit in die Auswertung der Prävalenz eingeschlossen. Zwischen der Stichtagerhebung und dem Beginn der prospektiven Erhebung verstarben 14 Bewohner, sodass hier 2353 Bewohner eingingen. Innerhalb der 12-monatigen Beobachtungszeit verstarben oder verzogen insgesamt 592 Bewohner. Daher betrug die mittlere Beobachtungszeit 10,4 Monate. Die Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen sind in der Tabelle 1 dargestellt, die Merkmale der Bewohner in der Tabelle 2.

Tabelle 1: Beschreibende Merkmale der teilnehmenden Alten- und Pflegeheime. Die angegebenen Werte sind absolute Zahlen (Prozent) oder Mittelwerte (Bereich)

Merkmale der Einrichtungen (n = 30)	
privat	12 (40)
staatlich	1 (3)
kirchlich	6 (20)
gemeinnützig	11 (37)
Bewohner pro Einrichtung	80 (19–210)
Bewohner pro Pflegekraft	2,4 (1,1–4,0)
Fachkraftquote	58 (43–69)
Bewohner pro Nachtwache	36 (16–62)

Tabelle 2: Beschreibende Merkmale der teilnehmenden Bewohner. Die Werte sind absolute Zahlen (Prozent) oder Mittelwerte (Bereich)

Merkmale der Bewohner (n = 2,367)	
weiblich	1919 (81)
mittleres Alter in Jahren	86 (40–108)
mittlere Aufenthaltsdauer in Monaten	41 (0–404)
Aufenthalt in spezieller Demenzbetreuung	260 (11)
gesetzlicher Betreuer bestellt	958 (40)
Pflegestufe	
keine/0	225 (10)
1	777 (33)
2	942 (40)
3	423 (18)
Kognitive Beeinträchtigung*	1335 (56)

* Pflegerische Einschätzung anhand eines standardisierten Instrumentes mit acht Fragen (Score: 0–16 Punkte) zur personellen, zeitlichen und räumlichen Orientierung (Weyerer et al. 2005).

Tabelle 3: Häufigkeit mechanischer FEM. Die Werte sind Cluster-adjustierte Prozentzahlen (95 Prozent Konfidenzintervalle)

Querschnittstudie (n = 2,367)	
Bewohner mit ≥ 1 FEM	26,2 (21,3–31,1)
Bewohner mit ...	
Bettgitter	24,5 (19,5–29,5)
Gurt im Stuhl oder Bett	2,7 (1,6–3,9)
Stuhl mit Stecktisch	2,1 (1,3–2,9)
anderer Maßnahme	2,3 (0,8–3,9)
12-monatige Beobachtungszeit (n = 2,353)	
Bewohner mit ≥ 1 FEM	39,8 (33,6–45,9)
Bewohner mit ...	
Bettgitter	38,5 (32,2–44,8)
Gurt im Stuhl oder Bett	8,9 (5,8–12)
Stuhl mit Stecktisch	9,9 (7–12,7)

Stichtagerhebung: Mechanische FEM
Die Cluster-adjustierte (statistisch auf mögliche Zentrumseffekte bereinigte) Prävalenz der Bewohner mit mindestens einer mechanischen FEM betrug 26,2 Prozent. Bettgitter stellten mit 24,5 Prozent die häufigste Maßnahme dar. Steck-

tische (2,1 Prozent), Gurte im Stuhl und Bett (2,7 Prozent) sowie andere Maßnahmen waren vergleichsweise selten (2,3 Prozent) (Tab. 3). Die Prävalenz der Bewohner mit mindestens einer FEM in den einzelnen Einrichtungen variierte zwischen 4,4 und 58,9 Prozent (Abb.).

Zusammenfassung

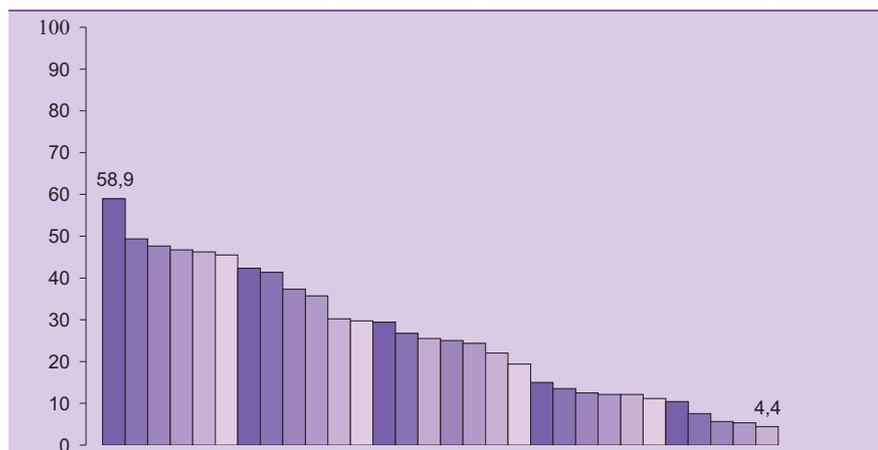
Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) bei Alten- und Pflegeheimbewohnern werden kontrovers diskutiert. Experten fordern als Qualitätsstandard eine FEM-freie Pflege. In einer aktuellen Studie mit 2.367 Bewohnern aus 30 Hamburger Pflegeheimen wurde die Häufigkeit von mechanischen FEM an einem Stichtag durch direkte Beobachtung erfasst, außerdem die verordneten psychotropen Medikamente. Anschließend wurde die Anwendung von FEM prospektiv über 12 Monate dokumentiert. Am Stichtag hatten 26,2% der Bewohner mindestens eine FEM, im Verlauf der prospektiven Erhebung waren es 39,8%. Zwischen den Einrichtungen fanden sich ausgeprägte Unterschiede. 52,4% der Bewohner erhielten mindestens ein psychotrop wirkendes Medikament. Eine höhere Pflegestufe, kognitive Beeinträchtigungen sowie Stürze in der Vorgeschichte waren mit der Anwendung von FEM assoziiert. Die Ergebnisse verdeutlichen den Stellenwert von Interventionen, um FEM zu reduzieren.

Schlüsselwörter: *Freiheitsentziehende Maßnahmen, Fixierung, Altenpflege*

Tabelle 4: Psychotrope Medikation. Die Werte sind Cluster-adjustierte Prozentzahlen (95 Prozent Konfidenzintervalle) wenn nicht anders angegeben

Querschnittstudie (n = 2,367)	
Bewohner mit ≥ 1 verordneten Medikation	52,4 (48,7–56,1)
Bewohner mit ≥ 1 ...	
Antipsychotikum (z. B. Melperon, Haldol, Risperdal)	28,4 (24,2–32,7)
atypisch (z. B. Risperdal)	10,7 (8,5–13)
Anxiolytikum (z. B. Tavor, Oxazepam)	12,9 (10,6–15,1)
Hypnotikum (z. B. Stilnox, Zopiclon)	10,7 (8,9–12,5)
Antidepressivum (z. B. Zoloft, Thombran, Remergil)	20,1 (17,9–22,3)
Bewohner mit ≥ 2 verordneten Medikationen	20,3 (17–23,6)
Mittlere Verordnungszahl für...	
alle Bewohner (Bereich)	0,8 (0–5)
Bewohner mit psychotroper Medikation (Bereich)	1,5 (1–5)

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



Juristische Legitimation

Die dokumentierte Legitimation der Maßnahmen entsprach bei über der Hälfte der Bewohner den gesetzlichen Vorgaben: bei 42,9 Prozent der Bewohner mit FEM lag eine richterliche Genehmigung vor, bei 10,9 Prozent eine schriftliche Erklärung des Bewohners. Bei den

übrigen Bewohnern war der Bewohnerwunsch nach Angaben der Pflegenden mündlich geäußert worden (10,1 Prozent) oder es handelte sich um Entscheidungen der Pflegenden (14,1 Prozent), des Betreuers ohne richterliche Genehmigung (15,7 Prozent), der Angehörigen (3,3 Prozent) oder des Arztes (3,1 Prozent).

Prospektive Erhebung (Inzidenz)

Während der 12-monatigen Beobachtungszeit wurde bei 39,8 Prozent der Bewohner mindestens einmal eine FEM angewandt. Auch hier stellten Bettgitter mit 38,5 Prozent die häufigste Maßnahme dar. Stecktische mit 9,9 und Gurte mit 8,9 Prozent fanden sich ebenfalls häufiger als in der Stichtagerhebung (Tab. 3). Bettgitter wurden kontinuierlicher eingesetzt als andere FEM. Bei Bewohner mit Bettgittern wurden diese an 70,4 Prozent (95 Prozent Konfidenzintervall 65,9 bis 74,8) der Beobachtungstage angewandt, bei den Gurten waren es 33,8 Prozent (24,3 bis 43,2), bei den Stecktischen 22,9 Prozent (16,1 bis 29,7) der Tage.

Psychotrope Medikation

Die Cluster-adjustierte Prävalenz von Bewohnern mit mindestens einem ihnen verordneten psychotrop wirksamen Medikament betrug 52,4 Prozent, wobei Antipsychotika bei 28,4 Prozent der Bewohner am häufigsten verordnet wurden (Tab. 4). Wie bei den mechanischen FEM fanden sich auch bei den verordneten psychotropen Medikationen ausgeprägte Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Die Häufigkeit variierte hier zwischen 27,8 und 83,3 Prozent.

Assoziationsanalyse

Mittels einer multiplen logistischen Regressionsanalyse wurden Einrichtungs- und Bewohnermerkmalen identifiziert, die in Zusammenhang mit der Anwendung von FEM stehen. Sowohl für die Stichtaguntersuchung als auch für die 12-monatige Beobachtungszeit erwiesen sich eine höhere Pflegestufe, kognitive Beeinträchtigung und eine Fraktur in den 12 Monaten vor Studienbeginn als Merkmale, die statistisch signifikant mit der Anwendung von FEM assoziiert waren. Einrichtungsmerkmale wie Fachkraftquote oder Personalschlüssel (Pflegende pro Bewohner) waren nicht statistisch signifikant mit der Anwendung von FEM assoziiert.

Diskussion

Mit der vorliegenden Erhebung wurde erstmals in einer großen Population von fast 2400 Bewohnern aus 30 Alten- und Pflegeheimen die Häufigkeit von FEM durch direkte Beobachtung bestimmt sowie die in einem relevanten Zeitraum neu hinzukommenden Maßnahmen und die Kontinuität der Anwendung von FEM. Die Stichprobe bestand aus einer

repräsentativen Auswahl Hamburger Alten- und Pflegeheime. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse auch auf andere Regionen Deutschlands übertragbar sind. Die Studie zeigt, dass mechanische FEM in Deutschland routinemäßig angewendet werden. In der Stichtagserhebung zeigte sich, dass ein Viertel der Bewohner mindestens einmal an diesem Tag eine mechanische FEM erhalten hat. Während Gurte und Stecktische hier eher selten waren, wurde während der 12-monatigen Beobachtungszeit bei circa einem von zehn Bewohnern mindestens einmal ein Gurt und/oder ein Stuhl mit Stecktisch angewendet. Hieran zeigt sich die Bedeutung der prospektiven Dokumentation zusätzlich zur Erhebung der Häufigkeit an einem Stichtag. Die Ergebnisse zur Verordnung psychotroper Medikamente mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung sind vergleichbar mit anderen Untersuchungen aus Deutschland (Molter-Bock et al. 2006). Auf eine eingehende Diskussion der Ergebnisse wird an dieser Stelle verzichtet. Die großen Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung von FEM zwischen den Einrichtungen sind nicht durch Bewohner- oder Einrichtungsmerkmale erklärbar. Sie verdeutlichen den Stellenwert von Ansätzen zur Vermeidung und Reduktion von FEM. Aktuell gibt es hierzu eine Reihe von lokalen und überregionalen Ansätzen, von denen das Projekt „Redufix Praxis“ sicher zurzeit das bekannteste ist. Leider wird dieses ambitionierte Projekt nicht angemessen begleitet evaluiert. So wird auch zukünftig unklar bleiben, ob das aus mehreren, zum Teil aufwändigen Komponenten bestehende Programm den Aufwand an Zeit und Geld lohnt und tatsächlich in der Lage ist, erfolgreich FEM zu reduzieren. Die dem Projekt zugrunde liegende kontrollierte Studie wurde bislang nicht in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift publiziert. Die verfügbare vorläufige Auswertung der Ergebnisse lässt auf einen zweifelhaften Nutzen, zumindest auf die fehlende nachhaltige Wirksamkeit des Redufix-Ansatzes schließen (Koczy 2006, Projektgruppe Redufix 2007).

Unsere hier berichtete epidemiologische Studie und das Fehlen von überzeugenden Konzepten zur Reduktion von FEM war für unsere Arbeitsgruppe der Anlass zu einem weiteren Projekt, der Entwicklung und Evaluation einer Evidenz-basierten Praxisleitlinie zur Vermeidung von FEM in Pflegeheimen, ge-

Literatur



BAYRISCHER LANDESPFLEGEAUSSCHUSS (2006) *Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege*. <http://www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/fem-leitfaden.pdf>, letzter Zugriff am 1. September 2008.

BAYRISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE UND FRAUEN (2007) *Dokumentation des Landeswettbewerbs „FreiMut“ Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege*. <http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftfm-doku-freimut.pdf>, letzter Zugriff am 1. September 2008.

BREITSCHIEDL M. (2005) *Abgezockt und totgepflegt*. Econ, Berlin.

CAPEZUTI E. ET AL. (2007) *Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes*. *Journal of the American Geriatrics Society* 55, 334–341.

CASTLE N. & MOR V. (1998) *Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform act of 1987*. *Medical care research and review* 55, 139–170.

DE VRIES O., LIGTHART G., NIKOLAUS T., ON BEHALF OF THE PARTICIPANTS OF THE EUROPEAN ACADEMY OF MEDICINE OF AGEING-COURSE III (2004) *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 59, M922–923.

EVANS D., WOOD J., LAMBERT L., FITZGERALD M. (2002) *Physical Restraint in Acute and Residential Care*. The Joanna Briggs Institute, Adelaide.

EVANS L. & COTTER V. (2008) *Avoiding restraints in patients with dementia*. *American Journal of Nursing* 108, 40–49.

FLAHERTY J. (2004) *Zero Tolerance for physical restraints: difficult but not impossible*. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 59, M919–920.

FUSSEK C. & LOERZER S. (2004) *Alt und abgehoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen*. Herder, Freiburg.

HAMERS J. & HUIZING A. (2005) *Why do we use physical restraints in the elderly?* *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie* 38, 19–25.

HARDINGHAUS B. (2006) *Der freie Wille*. <http://wissen.spiegel.de/wissen/dokument/dokument-druck.html?id=49976942&top=SPIEGEL>, letzter Zugriff am 1. September 2008.

HOFFMANN B. & KLIE T. (2004) *Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis*. C.F. Müller, Heidelberg.

KOCZY P. (2006) *Ergebnisse des Modellvorhabens*. http://www.efh-freiburg.de/Dokumente/agp/05_Koczy.pdf, letzter Zugriff am 1. September 2008.

KÖPKE S., MEYER G., HAUT A., GERLACH A. (2008) *Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102, 45–53.

LJUNGGREN G., PHILLIPS C., SGADARI A. (1997) *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries*. *Age and Ageing* 26, 43–47.

LOERZER S. (2007) *„Die Alten warten niedergebunden auf den Tod“*. <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/artikel/326/107219>, letzter Zugriff am 1. September 2008.

MEYER G. & KÖPKE S. (2008) *Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie*. In: Schaeffer D., Behrens J., Görres S. (Hrsg.) *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*. Juventa, Weinheim, S. 333–349.

MEYER G., KÖPKE S., HAASTERT B., MÜHLHAUSER I. (2008) *Restraint use among nursing home residents: cross-sectional and prospective cohort study*. *Journal of Clinical Nursing* (im Druck).

MOLTER-BOCK E., HASFORD J., PFUNDSTEIN T. (2006) *Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, 336–343.

PFUNDSTEIN T. (2004) *Pflege ohne Gewalt?* http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020301_16_abschlussbericht.pdf, letzter Zugriff am 1. September 2008.

PROJEKTGRUPPE REDUFIX (HRSG.) (2007) *Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert?* Vincentz, Hannover.

REPORT MAINZ (2004) *Festgebunden, ruhiggestellt - Das Elend alter Menschen im Heim*. Sendung vom 29. März 2004.

WEYERER S., SCHÄUPELE M., HENDLMEIER I. (2005) *Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 85–94.

fördert vom BMBF (Köpke et al. 2008). Eine multidisziplinär besetzte Gruppe hat eine Leitlinie erarbeitet, die im Laufe des nächsten Jahres in einer randomisiert-kontrollierten Studie in circa 40 Alten- und Pflegeheimen auf ihre Wirksamkeit, das heißt die Reduktion und Vermeidung von FEM, überprüft wird. <<

Wir bedanken uns bei allen beteiligten Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen, die uns bereitwillig ihre Türen geöffnet haben und das Engagement hatten, 12 Monate mit uns zusammenzuarbeiten.

Autorenkontakt:

Dr. phil. Sascha Köpke, Wiss. Mitarbeiter, Gesundheitswissenschaften, Universität Hamburg. **Kontakt:** Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg. E-Mail: sascha.koepke@uni-hamburg.de.
Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, Professorin für Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten/Herdecke. **Kontakt:** Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft. Stockumer Straße 12, 58453 Witten. E-Mail: Gabriele.Meyer@uni-wh.de.