



Leitlinie Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Gemäß § 33 ff Unterbringungsgesetz (UbG)

Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen (Verein NAGS-Austria)

Gleichheitsgrundsatz: Um nicht den Lesefluss durch eine ständige Nennung beider Geschlechter zu erschweren, wird entweder eine geschlechtsneutrale Formulierung verwendet oder es wird je nur eines der beiden Geschlechter angegeben. Im letzteren Fall sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

Herausgegeben und überarbeitet von den Mitgliedern des Vereins NAGS-Austria 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Freiheitsbeschränkungen	4
2.1. Arten von Beschränkungen.....	4
2.2. Voraussetzungen für die Anwendung von Beschränkungen.....	5
2.3. Maßnahmen zu berücksichtigende Prinzipien	5
3. Indikationen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen.....	6
3.1. Beispiele für Indikationen zur Anwendung von körpernaher Fixierung	7
3.2. Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen	7
3.3. Sicherheitshinweise zum sachgemäßen Einsatz von Bandagen-systemen.....	8
3.3.1 zwei-Punkt-Fixierung und drei-Punkt-Fixierung.....	9
3.3.2 VierPunkt-Fixierung bei Patienten mit massivem agitiertem Verhalten.....	12
3.3.3 fünfPunkt-Fixierung bei Patienten mit massivem agitiertem Verhalten	13
4. Risikomanagement bei freiheitsbeschränkten MASSNAHMEN	14
4.1. Anordnung und Beendigung	14
4.2. Überwachung.....	14
4.3. Unterbrechen der Freiheitsbeschränkung.....	15
4.4. Nachbesprechung.....	16
5. Meldung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	16
6. Prävention von Aggression und Gewalt.....	16
6.1. Allgemeine Vorsorgemaßnahmen.....	16
6.2. Präventive Maßnahmen.....	17
7. Alle Mitarbeiter kennen den Inhalt der Leitlinie	17
Literatur.....	18

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesamten deutschen Erbländer der Österreichischen Monarchie, JGS Nr. 946/1811, mit Änderungen
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (engl. chronic obstructive pulmonary Disease)
gDfGuK	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege; synonym diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS), diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP), diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester (DPGKS), diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger (DPGKP)
ggf.	gegebenenfalls
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957
UbG	Unterbringungsgesetz (UbG): BGBl 1990/155
z.B.	zum Beispiel

1. EINLEITUNG

Menschen mit psychischen Erkrankungen, bzw. Menschen in psychischen Krisen, sollen in psychiatrischen stationären Einrichtungen nach den aktuellen psychiatrischen Behandlungskonzepten behandelt, gepflegt und begleitet werden. Die Behandlungs- und Pflegekonzepte sind im Austausch mit international anerkannten Experten in einem ständigen Entwicklungsprozess. Somit kann die „state of the art“ Behandlungs- und Pflegequalität gewährleistet werden.

Bei Auftreten von psychischen Erkrankungen und psychischen Krisen kommt es in der Regel krankheitsbedingt zu Kontrollverlust und zu Verhaltensweisen, die für den Betroffenen selbst und für andere Menschen eine Gefahr darstellen können.

Wenn eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Erkrankung eingeschätzt wird und diese nicht durch fachlich kompetentes Handeln vermieden werden kann, sieht die österreichische Gesetzgebung vor, dass auch gegen den Willen des Betroffenen vorübergehend eine Behandlung erfolgen kann und soll¹. Somit besteht in einem stationären Setting die Verpflichtung eine Behandlung (Therapie)² durchzuführen. Bei dieser „Akutbehandlung“ besteht das primäre Ziel die erkrankte Person, und gegebenenfalls gefährdete Mitmenschen vor Schaden zu bewahren. Im Einzelfall kann es notwendig sein, freiheitsbeschränkende Maßnahmen gegen den Willen des Patienten durchzuführen. Dabei hat das Behandlungsteam darauf zu achten, dass die gesetzte Freiheitsbeschränkung zur Gefahrenabwehr unerlässlich und geeignet ist. Auch wird die Anwendung in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr laufend eingeschätzt, sodass die freiheitsbeschränkende Maßnahme nur so lange als notwendig angewendet wird.

Der Leitgedanke „*Größtmögliche Freiheit und Offenheit für psychisch erkrankte Personen*“ steht dabei im Mittelpunkt. Folglich besteht das Bestreben, dass es für die allgemeine psychiatrische Behandlung und Pflege keine geschlossenen Bereiche, sondern ausschließlich offen geführte Stationen gibt.

Zu den gemeinsamen Aufgaben aller Mitarbeiter gehört die Einschätzung und Bewältigung aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Dazu besteht die Voraussetzung, dass potentiell gefährliche Situationen rechtzeitig erkannt werden, um frühzeitig deeskalierend einwirken und eingreifen zu können. Die freiheitsbeschränkende Maßnahme wird umgesetzt, wenn das Team dies als letztmögliche Alternative sieht. Dieser gravierende Eingriff in die Freiheit eines Menschen darf nicht der Entscheidungsgewalt einer einzigen Person obliegen und muss daher eine Teamentscheidung sein.

Ebenso muss beachtet werden, dass durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen die Gefahr ernsthafter sturzbedingter Verletzungen erhöht und die Verhaltensauffälligkeiten verstärkt werden können.

Die oben genannten Aufgaben sind von folgenden Beteiligten umzusetzen:

- Multiprofessionelles Team der jeweiligen Station
- Krisenassistenz des Krankenhauses
- Beteiligte Rettung und Polizei
- Security-Dienst des Krankenhauses

¹ UbG

² Die Begriffe Behandlung und Therapie werden in diesen Leitlinien synonym verwendet (vgl. Pschyrembel, 256., neu bearbeitete Auflage, 1990)

2. FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit, bzw. Freiheitsbeschränkungen sind dann erforderlich und geeignet, wenn das Ziel – nämlich Abwehr von Selbst- bzw. und/oder Fremdgefährdung – durch gelindere Maßnahmen nicht erreicht werden kann. Die Mitarbeiter sind sich dessen bewusst, dass die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen einen außerordentlichen Charakter haben und nur aufgrund des Versagens anderer Maßnahmen ergriffen werden.

Bei Eskalationsgefahr sind vom gesamten Team primär personenbezogene Deeskalationsmaßnahmen zu setzen, wie zum Beispiel Krisengespräche, verstärkte individuelle Betreuung, Reizabschirmung, medikamentöse Behandlung, Eröffnung von Rückzugsmöglichkeiten.

Ist ein Patient gemäß dem Unterbringungsgesetz (UbG) „untergebracht“, müssen bei Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen aktuelle, konkrete Hinweise bzw. Risikofaktoren für Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegen³.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden nur auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung gesetzt. Das heißt, der behandelnde Arzt hat die Freiheitsbeschränkung „jeweils besonders“ anzuordnen⁴.

Alle im Folgenden dargestellten Beschränkungen sind jedenfalls unter Bedachtnahme auf den Einsatz des jeweils gelindesten möglichen Mittels einzusetzen.

2.1. ARTEN VON BESCHRÄNKUNGEN

Folgende freiheitseinschränkende Maßnahmen können zur Anwendung kommen⁵:

- (a) Bettseitenteile („Steckgitter“)
- (b) Fixierung des Körpers am Bett mit Hilfe von Fixiergurten und -systemen⁶
- (c) Beschränkung auf Sitzgelegenheit (z.B. Mobilisationssessel, Rollstuhl)
- (d) Beobachtungsbereiche, z.B. Einzelraumbeschränkung
- (e) Alarmband
- (f) Körperinterventionen⁷
- (g) Privatkleiderentzug

Derzeit kann nach aktuellem Stand der Wissenschaft die Frage ob durch die Art der Beschränkung - körpernahe Fixierung mittels Gurten versus Beobachtungsbereich – die psychische Belastung erhöht bzw. verringert wird, noch nicht befriedigend beantwortet werden.

Die Anwendung der genannten möglichen Freiheitsbeschränkungen wird in der Praxis situativ entschieden, wobei das Patientenwohl und mögliche Risiken berücksichtigt werden. Es soll die freiheitsbeschränkende Maßnahme ausgewählt werden, die am wenigsten einschränkend ist und dennoch die größte Sicherheit für den Patienten und Dritte garantiert.

³ vgl. §§ 33 ff UbG

⁴ vgl. § 33 (3), UbG

⁵ Gemäß §§ 33 ff UbG

⁶ vgl. Walter, et al, 2012, S.274. Fixiergurte sind Manschetten aus Textil, die um Körperteile gelegt und verschlossen werden (z.B. durch einen Magnetschlüssel).

vgl. <http://www.segufix.de/segufix/auswahl.htm> Zu beachten ist dazu das Wording der Firma Segufix: „Segufix Systeme für Humane Lagerung und Fixierung“

⁷ vgl. Walter, et al., 2012, S.193ff; Körperinterventionen („physical interventions“) werden als körperliche Deeskalationshandlungen definiert:

1. Handlungen zur Prävention und zum Schutz (Ausweichen und flüchten)
2. Handlungen, um frei zu kommen, notwendige Distanz zu schaffen und ggf. Hilfe zu holen (Befreiungstechniken)
3. Handlungen, wenn ein Eingreifen nicht umgangen werden kann (Kontrolltechniken; Klassische „physical interventions“)

Gemäß §§ 34 ff UbG kommen folgende Beschränkungen „sonstiger Rechte“ hinzu:

- Beschränkung auf das Recht Privatkleidung zu tragen
- Gebrauch persönlicher Gegenstände, z.B. Telefon
- Ausgang ins Freie

Auf Verlangen des Kranken oder seines Vertreters hat das Gericht unverzüglich über die Zulässigkeit einer solchen Beschränkung zu entscheiden.

2.2 VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE ANWENDUNG VON BESCHRÄNKUNGEN

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit (freiheitsbeschränkende Maßnahmen) dürfen nur dann und insoweit gesetzt werden, als sie im Einzelfall zur Abwehr einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung sowie zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung unerlässlich sind und zu ihrem Zweck nicht außer Verhältnis stehen⁸.

Verhältnismäßigkeit bedeutet, dass die Beschränkung der Bewegungsfreiheit im Hinblick auf ihren Zweck, z.B. zur Gefahrenabwehr nicht unangemessen sein darf. Beim Abwägen ist auf die Wahrung der Menschenwürde Bedacht zu nehmen.

Im Allgemeinen darf die Bewegungsfreiheit nur auf mehrere Räume oder auf bestimmte räumliche Bereiche (Areal des Krankenhauses, Pavillon, Stockwerk) beschränkt werden. Für diese Beschränkung bedarf es keiner besonderen (förmlichen) Anordnung⁹.

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes sind vom behandelnden Arzt (Facharzt) jeweils besonders anzuordnen. Die Anordnung ist in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes zu beurkunden und unverzüglich dem Vertreter des Kranken mitzuteilen¹⁰. Für diese besondere Anordnung, das heißt, für die gesetzlich vorgesehene Meldung sowie zur Verlaufskontrolle sind geeignete Formulare zu verwenden:

Diese enthalten:

- Anordnung
- Meldung und zeitlicher Ablauf einer Beschränkung, gemäß § 33 ff UbG
- Unterbrechung einer Beschränkung

Das vollständige Ausfüllen der Formulare dient zur Dokumentation der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen, dem Nachvollziehen der Gründe für die Anordnung und somit auch der eigenen Sicherheit.

Unverzüglich bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Mitteilung ohne Verzögerung, das heißt, so rasch es dem anordnenden Arzt nach den gegebenen Umständen möglich ist, zu erfolgen hat. Ein Zeitraum von mehreren Stunden wird nur unter besonderen Umständen als unverzüglich gewertet und ist nach ständiger Rechtsprechung auch stets besonders zu begründen.

2.3 MAßNAHMEN ZU BERÜCKSICHTIGENDE PRINZIPIEN

Bei der Anordnung und Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sind folgende Kriterien zu beachten:

1. die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wurden gewählt, nachdem prophylaktische Maßnahmen bzw. Alternativen nicht das Auslangen fanden.
2. Berücksichtigung gesetzlicher Bestimmungen, insbesondere UbG, Ärztegesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), ABGB, ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
3. Beachtung der Menschenwürde
4. Wertschätzung und Achtung der zu betreuenden Person
5. Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Betreuungspersonen (Patientenrufanlage, Anwesenheit einer Betreuungsperson)

⁸ vgl. § 33 Abs 1 UbG

⁹ vgl. § 33 Abs 2 UbG

¹⁰ vgl. § 33 Abs 3 UbG

6. Beachtung von Risiken und Risikomanagement für alle Beteiligten.
7. Beachtung und Schutz der Intimsphäre, z.B. ist die Verwendung eines Bandage-Systems am Bett in einem Mehrbettzimmer grundsätzlich zu vermeiden.
8. Erforderliche medizinische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen, wie z.B. Blutabnahme, Auskultation, EKG, Infusionen, Ernährung und Körperpflege sind zu gewährleisten. Gegebenenfalls auch gegen den Willen des Patienten.
9. Eine Überwachung des Patienten muss bei Durchführung der Maßnahme stets gegeben sein. Es ist zu bedenken, dass durch häufige Fixierungsmaßnahmen die Unruhe und der Freiheitsdrang des Patienten gesteigert werden kann, was das Risiko von körperlichen und seelischen Folgeerscheinungen (bis hin zur Traumatisierung) erhöht.
10. Der betroffene Patient ist bei Anwendung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme über Grund, Art und Dauer der Maßnahme aufzuklären.
11. Nachbesprechung: Nach Beendigung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist diese in geeigneter Art und Weise mit dem Patienten zu besprechen. Das Gespräch ist zu dokumentieren.
12. Die Rechte des Kranken, mit anderen Personen fernmündlich zu verkehren oder von ihnen Besuche zu empfangen dürfen nur dann eingeschränkt werden, wenn ihre Ausübung zu einer ernstlichen und erheblichen (körperlichen) Gefährdung des Kranken oder anderer Personen führen würde, oder wenn Rechte anderer Personen auf der Station anders als durch eine Einschränkung nicht geschützt werden können (z.B. Nachtruhe). Die Einschränkung darf nur im unbedingt nötigen Ausmaß unter Ausschöpfung aller möglichen Alternativen, und nur unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs erfolgen.¹¹

3. INDIKATIONEN FÜR FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MAßNAHMEN

Ist aufgrund der Vorgeschichte des Patienten eine Präferenz für eine bestimmte freiheitsbeschränkende Maßnahme bekannt, ist diese nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Häufige Indikationen aus medizinisch-psychiatrischer Sicht:

1. Eingeschätztes hohes Risiko der Selbst und Fremdgefährdung, u.a. Kontrollverlust mit offensichtlicher Gewaltbereitschaft
2. Stark erregte bzw. gewaltbereite Patienten bis zum Wirkungseintritt der verabreichten medikamentösen Therapie
3. Wenn Punkt 1. und/oder Punkt 2. mit stark erregtem Verhalten einhergehen, werden freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Regel von medikamentöser Therapie unterstützt (Ausnahme: Kontraindikation aus somatischen Gründen)
4. Anhaltende offensichtliche Gewaltbereitschaft, obwohl bereits die zur Verfügung stehenden Deeskalationsmaßnahmen gesetzt wurden
5. Erkennbare Absicht zur Selbstschädigung
6. Brandstiftung mit Wiederholungsgefahr und dadurch anhaltende Gefährdung auch anderer Personen
7. Patienten mit delirantem Bild mit eingeschätzter hoher Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Gewaltbereitschaft), und bei denen beidseits hochgezogene Seitenteile ein erhöhtes Verletzungsrisiko darstellen.
8. Bei Patienten mit hohem Gesundheitsrisiko, wie z.B. COPD, Pneumonie, Schlafapnoe, erhebliche Adipositas, ist die Anwendung der körpernahen Fixierung (Bandagen-Systeme) sehr kritisch abzuwägen.

¹¹ vgl. § 34 Abs 1 und 2 UbG

3.1 BEISPIELE FÜR INDIKATIONEN ZUR ANWENDUNG VON KÖRPERNAHER FIXIERUNG

Gewaltbereite/gewalttätige Personen können als Ultima-Ratio-Maßnahme an eine Unterlage (in der Regel ein Bett) fixiert werden, sodass die Bewegungsfreiheit so weit eingeschränkt wird, dass niemand verletzt werden kann.

Indikationen:

1. Patienten beim Versuch einer Selbstverletzung oder akut zu erwartendes Selbstverletzungsrisiko während einer Versorgung
2. Patienten, die eine anhaltende Gewaltbereitschaft zeigen, insbesondere bei Durchführung von medizinischen, diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen (trotz dem Einsatz mehrerer Betreuungspersonen) und ein hohes Risiko einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht.

3.2 DURCHFÜHRUNG FREIHEITSBESCHRÄNKENDER MAßNAHMEN

Die von der WHO veröffentlichten Aspekte zur „Gesundheitsförderung und zum Für-einander-Sorge tragen“ sind unbedingt zu beachten:

- Wertschätzung der Bedürfnisse des Patienten
- Umfassende und verständliche Information an den Patienten
- Trinkflasche und Harnflasche/Bettpfanne sind bereit zu stellen.
- Bei der Patientenrufanlage ist auf eine gefahrlose Erreichbarkeit zu achten (z.B. gekürzte Kabelverbindung, kabellose Funkverbindung, ...)
- Der Patient ist in kurzen Intervallen – gemäß der ärztlichen Anordnung – unter Einschätzung von Risiken zu beobachten und zu kontrollieren; dies gilt auch für die Kontrolle der Vitalzeichen (mit oder ohne Pulsoxymetrie bzw. Monitoring). Bei unklarer Veränderung des Zustandsbildes bzw. der Vitalzeichen ist jedenfalls der Facharzt zu verständigen
- Die Ergebnisse der kontinuierlichen bzw. episodischen Überwachung (als Teil der Patientenbegleitung) werden in der Krankengeschichte dokumentiert.
- Bei jeglichen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sind die Risikogeneignetheit und die Kooperation des Patienten einzuschätzen. Beim Öffnen einer Netzseite sind mindestens zwei Betreuungspersonen anwesend
- Ggf. Videoüberwachung zusätzlich einsetzen ¹²

¹² Der Einsatz ist in den Strukturstandards geregelt und mit der Patientenvertretung abgestimmt. Grundsätzlich ist der Schutz der Persönlichkeitsrechte (§ 16 ABGB) zu wahren. Stellungnahme zum Einsatz einer Videoüberwachung aus pflegerischer Sicht von Mag. PhDr. Otto Helmut Schrenk, September 2012. Gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz hat der gDfGuK einerseits eigenverantwortlich und ebenfalls im Sinne des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches die systematische Beobachtung der Kranken inne. Somit kann aus der Sicht des Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege eine systematische Videoüberwachung nur dann zulässig sein, wenn eine Überwachung durch physische Personen gar nicht möglich ist, bzw. es treten auf Grund der Intensität und Dauer, verbunden mit einem hohen Sicherheitsrisiko (z.B. Forensische Psychiatrie) ohne Videoeinsatz nicht mehr vertretbare Kosten auf. Die Tatsache, dass eine Überwachung durch physische Personen etwas teurer ist als Videoüberwachung, rechtfertigt den Einsatz nicht. Gewisse Mehrkosten sind zumutbar.

vgl. OGH-Entscheidung 8Ob108/05y: Die systematische Videoüberwachung unterscheidet sich von der Beobachtung mit dem bloßen Auge dadurch, dass eine Videokamera im Unterschied zu einem menschlichen Beobachter in der Lage ist, ein komplettes Gesamtbild der aufgenommenen Personen zu erstellen, wobei die gemachten Aufzeichnungen zeitlich nahezu unbegrenzt aufbewahrt werden können

3.3 SICHERHEITSHINWEISE ZUM SACHGEMÄßEN EINSATZ VON BANDAGEN-SYSTEMEN

Rechtsgrundlage für den Einsatz von Fixiergurten ist das Medizinproduktegesetz (MPG). Es sind ausschließlich handelsübliche, nach dem MPG autorisierte Fixiervorrichtungen zu verwenden. Die Anwender müssen die gesetzlich geforderte Unterweisung nachweisen können. Dadurch soll eine sachgemäße Anordnung und Verwendung des jeweiligen Produktes sichergestellt werden.

Die Anwendung dieser Fixiervorrichtungen ist in den Handbüchern und Bedienungsrichtlinien zum jeweiligen Produkt geregelt. Diese (aktuellen) Unterlagen der jeweiligen Herstellerfirmen sind im Anwendungsbereich für das gesamte Behandlungsteam gut zugänglich aufzulegen.

Durch unsachgemäße Handhabung von Gurten kann es zu seitlichem Hinausgleiten aus dem Bett kommen, wodurch sich der Patient erheblich verletzen kann.¹³ Im agitierten (leiblich unruhigen, erregten)¹⁴ Zustand können durch Drehen um die Körperachse oder durch Hinausgleiten über die Bettkante unter anderem Verletzungen im Wirbelsäulenbereich oder an den Extremitäten auftreten. Die Verletzungsgefahr kann durch die einsetzende Wirkung der medikamentösen Therapie verstärkt werden.

Abb. 1a und 1b: Unsachgemäße Vierpunkt-Fixierung



Fotos: H. Stefan

In den Abb. 1a und 1b ist zu sehen, dass bei fehlenden hochgezogenen Seitenteilen die fixierte Person seitlich aus dem Bett gleiten kann. Diese Gefahr bestehe ebenfalls bei dem Hochziehen nur eines „halben“ Seitenteils.

Die sachgemäße Anwendung der Fixiervorrichtungen (Gurte) soll mögliche Schädigungen wie z.B. Nervenschäden, Luxationen, Haut- und Dekubitalschäden oder das Kompartment-Syndrom mit sekundärer Nierenschädigung verhindern.

Ein fixierter Patient ist regelmäßig - mindestens alle zwei Stunden - umzulagern. Er ist darüber hinaus entsprechend der jeweiligen ärztlichen Anordnung zu überwachen. Bei einem aggressiven, agitierten Patienten bzw. bei Aspirationsgefahr sind Art und zeitliche Intervalle der Überwachung zwischen Arzt und Pflegeperson konkret zu vereinbaren, und die Anordnung vom Arzt gesondert zu dokumentieren.

¹³ vgl. Gutachten „Überprüfung der Patientengefährdung durch die Verwendung des Bandagen Systems SEGUFIX® 2001 M“ erstellt durch Prof. Dr. Ing. U. Boenick, TU Berlin; <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lagets/allgemein/bettengurta.pdf>.

¹⁴ vgl. Psyhyrembel, 256., neu bearbeitete Auflage 1990, WdeG.

Abb. 2: Sachgemäße Vierpunkt-Fixierung



Fotos: H. Stefan

In Abb. 2 ist die richtige Vierpunkt-Fixierung zu sehen. Bei den beidseits hochgezogenen Seitenteilen sind ebenfalls die seitlichen Ausstiegsöffnungen verschlossen.

3.3.1 ZWEI-PUNKT-FIXIERUNG UND DREI-PUNKT-FIXIERUNG

Wenn zwei Extremitäten auf einer Unterlage (z.B. Bett) fixiert werden, spricht man von einer Zweipunkt-Fixierung, bei drei Extremitäten von einer Dreipunkt-Fixierung. Beidseits hochgezogene Seitenteile sind obligat.

Bei Patienten mit delirantem Geschehen („agitiertes Verhalten“) ist eine Zwei- und Dreipunkt-Fixierung kontraindiziert, daher wird diese Fixierungsart im Psychiatrischen Bereich kaum angewendet.

Erforderliche Überwachungs- und Sicherheitsmaßnahmen:

- Beidseits hochgestellte Seitenteile mit verschlossenem Ausstiegsspalt
- Bereitstellen des Senders der Patienten-Rufanlage in Reichweite einer Hand
- Überwachung der Vitalzeichen
- kontinuierliche bzw. episodische Monitorüberwachung, inklusive Pulsoxymetrie (laut ärztlicher Anordnung)

Abb. 3a , 3b und 3c: Sachgemäße Zweipunkt-Fixierung



Foto: H. Stefan

Die im Bett fixierte Person ist richtig an beiden Unterarmen fixiert.



Foto: H. Stefan

Die im Bett liegende Person ist richtig Zweipunkt-fixiert (ein Unterarm, ein Unterschenkel)



Foto: H. Stefan

In Abb. 3c ist gut zu erkennen, dass die im Bett fixierte Person richtig fixiert ist, und sie kann bequem die Seitenlage einnehmen.

Mit Hilfe der Abb. 4a-c werden unsachgemäße Zweipunkt-Fixierungen und deren mögliche Folgen dargestellt.

Abb. 4a: Unsachgemäße Zweipunkt-Fixierung – durchgängiges Seitenteil fehlt



Foto: H. Stefan

Abb. 4b: Unsachgemäße Zweipunkt-Fixierung – die Öffnung zwischen den Seitenteilen ist nicht geschlossen



Foto: H. Stefan

In der Abbildung 4b ist zu erkennen, dass geteilte Seitenteile mit einem Ausstiegspalt – obwohl sie hochgezogen sind - ein hohes Verletzungsrisiko darstellen.

Abb. 4c: Unsachgemäße Zweipunkt-Fixierung – beidseits hochgezogene Seitenteile fehlen



Foto: H. Stefan

3.3.2 VIERPUNKT-FIXIERUNG BEI PATIENTEN MIT MASSIVEM AGITIERTEM VERHALTEN

Bei der Vierpunkt-Fixierung ist das Fixieren direkt oberhalb beider Hand- und Fußgelenke an einer Unterlage gemeint.

Bei einer Vierpunkt-Fixierung sind beidseits hochgezogene Seitenteile (mit verschlossenem Ausstiegsspalt) obligat.

Abb. 5 Sachgemäße Vierpunkt-Fixierung



Foto: H. Stefan

Abb. 6: Unsachgemäße Vierpunkt-Fixierung – fehlendes oberes Seitenteil



Foto: H. Stefan

Abb. 7: Unsachgemäße Vierpunkt-Fixierung – offener Ausstiegsspalt



Foto: H. Stefan

Die Abb. 7 zeigt, dass geteilte Seitenteile mit einem offenen Ausstiegsspalt – obwohl sie hochgezogen sind - ein hohes Verletzungsrisiko darstellen.

3.3.3 FÜNF-PUNKT-FIXIERUNG BEI PATIENTEN MIT MASSIVEM AGITIERTEM VERHALTEN

Bei der Fünfpunkt-Fixierung wird wie bei der Vierpunkt-Fixierung vorgegangen und zusätzlich wird ein Bauchgurt oder ein Schulter-Brustgurt angelegt. Der Schulter-Brustgurt wird jedoch aufgrund des hohen Verletzungsrisikos (z.B. Brustkorbkompensation, Strangulation) von den Autoren nicht empfohlen.

Erforderliche Überwachungs- und Sicherheitsmaßnahmen bei der Fünfpunkt-Fixierung:

- Bereitstellen des Senders der Patienten-Rufanlage in Reichweite einer Hand
- Überwachung der Vitalzeichen
- kontinuierliche bzw. episodische Monitorüberwachung, inklusive Pulsoxymetrie (laut ärztlicher Anordnung)

Auch bei sachgemäßer Durchführung von Fünfpunkt-Fixierungen sind folgende Risiken möglich:

- Generell: Risiko von Erbrechen mit Aspiration bzw. Bolusgefahr durch eingedickten Schleim
- Bei der Anwendung eines Leibgurtes: Risiko der Selbstbeschädigung im Kopfbereich durch Aufrichten bzw. Herumschlagen
- Bei der Anwendung eines Schulter-Brustgurtes:
 - Risiko der Strangulation durch Hinunterrutschen des Patienten und Abdrücken des Kehlkopfes oder der Carotis, sowie
 - Risiko der Minimierung der Brustkorbexkursion durch Druck des Gurtes auf den Brustkorb und daraus resultierende Atemstörung

4. RISIKOMANAGEMENT BEI FREIHEITBESCHRÄNKTEN MASSNAHMEN

4.1 ANORDNUNG UND BEENDIGUNG

Die Anordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme wird vom anordnenden Facharzt im Formular „Anordnung, Meldung und zeitlicher Ablauf einer Beschränkung nach § 33 ff UbG“ festgehalten:

Sie enthält

- die Beschränkungsart,
- deren Begründung und
- die Zeitdauer

Die Anordnung zur Beendigung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist vom Facharzt zu dokumentieren und ist Teil der Krankengeschichte.

Eine Neubeurteilung der jeweiligen freiheitsbeschränkenden Maßnahme hat durch den zuständigen Facharzt jedenfalls dann zu erfolgen, wenn aufgrund des klinischen Zustandsbildes des Patienten eine Änderung zu erwarten ist, die eine Beendigung der jeweiligen freiheitsbeschränkenden Maßnahme zulassen könnte.

Grundsätzlich sind alle Teammitglieder verpflichtet, Informationen, die zur Aufhebung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme führen könnten, unverzüglich dem zuständigen Facharzt mitzuteilen. Dieser hat aufgrund seiner fachlichen Bewertung eine Entscheidung über die Fortführung oder die Aufhebung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme zu treffen. Gegebenenfalls erfolgt im Sinne des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches die Anordnung an den gDfGuK die Freiheitsbeschränkung zu beenden.

4.2 ÜBERWACHUNG

Grundsätzlich ist jede Freiheitsbeschränkung mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden. Folglich ist eine zielgerichtete Überwachung/Observanz neben dem Einsatz eines medizinischen Equipments erforderlich. Die Dokumentation des Einsatzes der freiheitsbeschränkenden Maßnahme muss ausführlich und systematisch erfolgen.

Durchführung und Dokumentation:

- 1) Der Überwachungsprozess wird in einem eigenen „Monitierungsblatt“ dargestellt. Aus den Rubriken des Dokumentes können medizinische Indikationen und Anordnungen nachvollzogen werden. Die zu dokumentierenden Beobachtungsintervalle richten sich nach der ärztlichen Anordnung und nach dem Zustandsbild des Patienten.
- 2) Wenn ein freiheitsbeschränkter Patient (z.B. mit Bandagen-System) mit Psychopharmaka behandelt ist, wird laufend eine Einschätzung der Sedierungstiefe durchgeführt und zeitnah dokumentiert. Erkennbar schlafende und physiologisch atmende Patienten sind nicht zu wecken. Für die Dokumentation wird die RASS-Skala¹⁵ empfohlen.
- 3) In der Regel sind bei Veränderungen des Zustandsbildes die entsprechenden Parameter auch zwischen den ärztlich angeordneten Intervallen zu überprüfen, um mögliche Gesundheitsrisiken zeitnahe zu erfassen. Gegebenenfalls wird mit dem Arzt Kontakt aufgenommen und eine Begutachtung des Patienten vorgeschlagen.
- 4) Wenn der Patient mit Hilfe eines Bandagen-Systems fixiert ist, ist dieses in regelmäßigen Abständen auf exakte Lage zu überprüfen.
- 5) Die Wahrung der Menschenwürde ist durch Achtung der Intimsphäre und Deckung der menschlichen Grundbedürfnisse zu sichern.
- 6) Monitore und Videosysteme können zur weiteren Erhöhung der Patientensicherheit und zur Hilfestellung der Betreuungspersonen eingesetzt werden. Dabei wird beim Einsatz der technischen Hilfsmittel (Überwachungssysteme) immer der Kontakt mit dem Patienten aufrechterhalten.
- 7) Ein Monitoring bietet bei sedierten und in der Freiheit eingeschränkten Patienten eine höhere Sicherheit, da z.B. veränderte Vitalparameter rasch erfasst werden können, und somit medizinische Therapiemaßnahmen zeitnah eingeleitet werden können.
- 8) Die Entscheidung für eine Videoüberwachung (siehe auch Fußnote 13) sollte interdisziplinär gemeinsam vom gDfGuK und dem behandelnden Arzt (Facharzt) getroffen werden (Visite, Fallbesprechung). Die Begründung für diese Entscheidung wird in der Patientenakte dokumentiert.
- 9) Grundsätzlich ist bei allen genannten Maßnahmen auf Wahrung der Intimsphäre des Patienten zu achten.

4.3 UNTERBRECHEN DER FREIHEITSBESCHRÄNKUNG

Im Rahmen von Pflege- und Therapiemaßnahmen wird es notwendig sein, intermittierend die Freiheitsbeschränkung (das Bandagen-System) zu lösen, wie zum Beispiel bei der Befriedigung essentieller Grundbedürfnisse, oder bei einem Verbandwechsel.

- Eine Unterbrechung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme erfolgt unter der Aufsicht des gDfGuK. Ihm obliegt die Durchführungsverantwortung, das heißt, der gDfGuK ist für die richtige Anwendung der Techniken und der Sicherheitsmaßnahmen zuständig.
- Bevor eine freiheitsbeschränkende Maßnahme (intermittierend) unterbrochen wird, sind geeignete Vorkehrungen zu treffen, wie z.B. mindestens eine weitere Betreuungsperson hinzuziehen, um das nach wie vor bestehende Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung zu minimieren.
- Während der Unterbrechung wird der Patient verbal auf Kooperationsverhalten angesprochen, und die Pflegehandlungen werden zügig durchgeführt. Dabei wird laufend das Verhalten beobachtet und Anzeichen einer Risikoerhöhung eingeschätzt. Nach Beendigung der Pflegehandlungen bzw. der therapeutischen Maßnahmen sind die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sofort wieder anzuwenden, wenn keine andere Anordnung des zuständigen Arztes (Facharztes) vorliegt.

¹⁵ RASS-Skala = Richmond Agitation Sedation Scale

- Die Unterbrechung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist vom gDfGuK zu dokumentieren. Dabei werden der Grund, die Zeitdauer und das Patientenverhalten beschrieben.
- Der Unterbrechungsgrund ist vom gDfGuK nachvollziehbar zu dokumentieren.

4.4 NACHBESPRECHUNG

Nach Beendigung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist, sobald es der Zustand des Patienten erlaubt, eine Nachbesprechung mit diesem durchzuführen.

Ziele

- das Aufzeigen der Gründe, warum die freiheitsbeschränkende Maßnahme angeordnet werden musste
- die Darlegung der Begründung, warum die Maßnahme wieder beendet werden konnte
- Reflexion: Der Patient wird bei der Verarbeitung unterstützt, dabei wird ihm Gelegenheit gegeben, zur freiheitsbeschränkenden Maßnahme Stellung zu beziehen, und er kann seinen Gefühlen Ausdruck verleihen

Das Nachgespräch mit dem Ergebnis wird in der Krankengeschichte vermerkt. Wenn der Patient eine Präferenz für eine Beschränkungsart äußert, ist diese zu dokumentieren.

5. MELDUNG VON FREIHEITSBESCHRÄNKENDEN MAßNAHMEN

Im Allgemeinen darf die Bewegungsfreiheit des Kranken nur auf mehrere Räume, oder auf bestimmte räumliche Bereiche beschränkt werden. Diese Beschränkungen bedürfen keiner besonderen Anordnung, das heißt, es ist keine weitere Förmlichkeit nötig¹⁶.

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes sind vom behandelnden Facharzt jeweils besonders anzuordnen. Diese Anordnung wird in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes dokumentiert und unverzüglich dem Vertreter des Kranken mitgeteilt¹⁷.

6. PRÄVENTION VON AGGRESSION UND GEWALT

6.1. ALLGEMEINE VORSORGEMAßNAHMEN

- Absolvierung eines fünftägigen Basistrainings über Deeskalations- und Sicherheitsmanagement. Alle Teammitglieder in direktem Patientenkontakt sollen das genannte Training ehebaldig absolvieren (innerhalb eines Jahres nach Dienstantritt in einer psychiatrischen Abteilung, wenn kein Nachweis einer absolvierten gleichwertigen Schulung vorliegt)
- Alle Teammitglieder absolvieren ein regelmäßiges Training der Sicherheitstechniken (mindestens einmal jährlich)
- Deeskalierende Gesprächsführung bzw. Kommunikationsschulungen
- Gestaltung einer freundlichen, beruhigenden Umgebung

¹⁷ vgl. § 33 Abs 3 UbG: Die Meldung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme erfolgt unverzüglich (ohne Verzögerung), also so rasch es dem Arzt nach den gegebenen Umständen möglich ist. Zur Meldung an die Patientenrechtsanwaltschaft wird das Formular „Anordnung, Meldung und zeitlicher Verlauf einer Beschränkung nach § 33 ff UbG“ verwendet. Die Praxis zeigt, dass das genannte Formular – im Sinne der klaren Nachvollziehbarkeit – vom anordnenden Facharzt ausgefüllt wird.

- Patienteninformation bzw. Therapievertrag, Stationsordnung
- Vereinbarte Teamvorgaben für das Einschätzen von Risiken, wie zum Beispiel Anleitung zur Verwendung von Risikoeinschätzungsskalen
- Verstärkte Beachtung von Sicherheitsregeln, wie z.B. Freihalten von Fluchtwegen, Verwahrung potentiell gefährlicher Gegenstände, regelmäßige Überprüfung des Sicherheitssystems (technische Alarmsysteme)
- Reflexion zum Selbstschutz in eskalierenden Situationen¹⁸
- Laufende Überprüfung, bzw. Adaptierung des Sicherheitsmanagement-Konzeptes

6.2. PRÄVENTIVE MAßNAHMEN

Grundsätzlich ist es oberstes Ziel, Freiheitsbeschränkungen durch fachlich kompetentes Handeln zu vermeiden, im Falle von herausforderndem und selbstgefährdendem Verhalten systematische Ursachenforschung zu betreiben und weiteren Eskalationen professionell vorzubeugen.

- 1) Im klinischen Bereich ist eine kurzfristige Vorhersage¹⁹ eines möglichen aggressiven, gewaltbereiten Verhaltens - insbesondere bei Patienten, die nicht freiwillig aufgenommen wurden – indiziert. Dazu eignet sich die Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH²⁰).
- 2) Vor der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sind die Patienten auf potenziell gefährliche Gegenstände (z.B. Feuerzeuge, Kugelschreiber, Rasierklingen; Gürtel, Strümpfe, Schuhbänder), Behelfe (z.B. Brille, Gebiss, Hörgerät), Medikamente, Drogen und sonstige zur Fremd- und/oder Selbstverletzung potenziell geeignete Sachen zu kontrollieren. Diese Dinge sind für den Patienten zu verwahren.
- 3) Eine wiederholte oder neuerliche Durchführung von Maßnahmen zur Beschränkung der Bewegungsfreiheit erfordert in jedem Fall eine neuerliche Suche nach möglichen gefährlichen Gegenständen (siehe Punkt 2).
- 4) Wird eine Vierpunktfixierung angewendet, werden bei üblichen Krankenhausbetten **durchgängige** Seitenteile beidseits hochgezogen, um Verletzungen zu vermeiden.
- 5) Freiheitsbeschränkte Patienten (z.B. körpernahe Fixierung mit Hilfe eines Bandagen-Systems im Bett) werden von einer Betreuungsperson so lange (dauer-) begleitet²¹, bis sie eingeschlafen sind.
- 6) Wenn ein Patient den Wunsch äußert, er wolle nicht andauernd eine Person in seiner Nähe haben, wird eine Risikoeinschätzung vorgenommen, bevor das Bedürfnis berücksichtigt wird
- 7) Sollte der Erregungszustand durch die unmittelbare Nähe einer Begleitperson sich steigern, wird die dauernde Krankenbeobachtung phasenweise unterbrochen, und ggf. werden zusätzlich Hilfsmittel (z. B. Videoüberwachung) eingesetzt. Im Allgemeinen ist die Anwesenheit einer Person sinnvoll und wichtig, um dem Patienten eine Gesprächsmöglichkeit zu bieten.

7. ALLE MITARBEITER KENNEN DEN INHALT DER LEITLINIE

Im Sinne des Sicherheitsmanagements ist eine schriftliche Version dieser Leitlinie sichtbar an einen zugänglichen Ort aufzulegen. Es sollen alle Mitarbeiter – auch jene ohne EDV-Möglichkeit – in die Leitlinie Einsicht nehmen können.

¹⁸ Vgl. Walter, et al., 2012, S.194: Ausweichen und Flüchten, Befreiungstechniken, Kontrolltechniken

¹⁹ In der Regel innerhalb der ersten drei Tage.

²⁰ Die norwegische Originalfassung enthält nur die Beurteilung der 6 Verhaltensweisen, die modifizierte Schweizer Fassung (BVC-CH) zusätzlich die subjektive Risikoeinschätzung mit dem Schieber, die Angaben zur Interpretation des Resultats und die Liste mit möglichen gewaltpräventiven Maßnahmen.

²¹ „Kontinuierliche Einzelbetreuung“ vgl. http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Praxisempfehlung_Intensivbetreuungen.pdf

LITERATUR

Boenick, U. (2001). Gutachten „Überprüfung der Patientengefährdung durch die Verwendung des Bandagen Systems SEGUFIX® 2201 M“ erstellt durch Prof. Dr. Ing. U. Boenick, TU Berlin; siehe dazu: http://www.carelounge.de/autoren/Henke_Bettseitenschutz.pdf und http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/fixierungssysteme_Stellungnahme_Uni-Witten.html [2015 06 06]

Behavioral Restraint on DMH-Licensed Inpatient Psychiatric Units and the Psychiatric Emergency Service, Cambridge health alliance, Date of Most Recent Review/Revision to the Policy: 2/08.

Leitlinie für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen, ZfP Weissenau, Abteilungen Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Sektor Allgäu, Ravensburg und Bodenseekreis; 7. überarbeitete Fassung, Stand 2/2006

Leitlinien zum Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten, Klinikum Stadt Hanau Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 4/2005

Leitlinie Zwangsbehandlung von Patienten, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Direktion Pflege und Pädagogik, PV: Direktor Pflege und Pädagogik, 9/2007

Pschyrembel (1990). Klinisches Wörterbuch. 256. Neu bearbeitete Auflage. Berlin: De Gruyter

Schädle-Deininger, H.; Villinger, U. (1997). Praktische Psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Walter, G.; Nau, J.; Oud, N. (Hrsg.) (2012). Aggression und Aggressionsmanagement Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber

Internet

http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Praxisempfehlung_Intensivbetreuungen.pdf : DFPP -Praxisempfehlung Intensivbetreuungen [2015 06 06]

<http://www.segufix.de/segufix/auswahl.htm> [2012 09 17]