

Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen **Leitlinie**

**Deeskalations- und Sicherheitsmanagement
im Gesundheits- und Sozialbereich**



Alle Informationen zu Trainer*innern, Downloads, Fortbildungen und Kontaktmöglichkeiten finden sich auf unserer Website



nags.at

Leitlinie

Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Die vorliegende Leitlinie ist auf der Webseite des Verein NAGS Austria (Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen) als PDF verfügbar.

Herausgeber*innen der Leitlinie

NAGS-Austria – Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen

3. überarbeitete Fassung, 2023

Autor*innen

HACKL Florian
STEFAN Harald
STEFAN Ilse

Kontakt

nags.austria@gmail.com

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Freiheitsbeschränkungen	7
2.1. Arten von Beschränkungen	8
2.1.1 Definition Schutzfixierung	8
2.2 Voraussetzungen für die Anwendung von Beschränkungen	10
2.3 Maßnahmen zu berücksichtigende Prinzipien	12
2.4 Ziele einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme	14
3. Indikationen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen	15
3.1 Beispiele für Indikationen zur Anwendung von körpernaher Schutzfixierung	16
3.2 Komplikationen freiheitsbeschränkender Maßnahmen	16
3.3 Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen	17
3.3.1 Zwei-punkt Schutzfixierung und drei-Punkt Schutzfixierung.....	21
3.3.2 Vier-punkt Schutzfixierung bei Patient*innen mit massivem agitiertem Verhalten.....	24
3.3.3 Fünf-punkt Schutzfixierung bei Patient*innen mit massivem agitiertem Verhalten.....	26
3.3.4 Sechs-punkt Schutzfixierung bei Patient*innen mit massivem agitiertem Verhalten.....	29
3.3.5 Sieben-punkt Schutzfixierung bei Patient*innen mit massivem agitiertem Verhalten.....	29
4. Risikomanagement bei freiheitsbeschränkten MASSNAHMEN	31
4.1 Anordnung und Beendigung	31
4.2 Überwachung	32
4.3 Durchführung und Dokumentation:.....	33
4.4 Unterbrechen der Freiheitsbeschränkung.....	34
4.4 Nachbesprechung	36
6. Prävention von Aggression und Gewalt	38
6.1. Allgemeine Vorsorgemaßnahmen	38
6.2. Präventive Maßnahmen	39
7. Alle Mitarbeiter*innen kennen den Inhalt der Leitlinie	41
Literatur	42

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 Krankenpfleger*in (DGKP), diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger*in (DPGKP)
ggf.	gegebenenfalls
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957
UbG.	Unterbringungsgesetz (UbG)
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 Expert*innen 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 die*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 der*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 der Patient*innen 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.

¹ UbG.

² Die Begriffe Behandlung und Therapie werden in diesen Leitlinien synonym verwendet

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*innen 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 Verletzungen erhöht und/oder 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

2. FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN

Interventionen mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erfolgen in einer konflikthafter Situation und gefährden deshalb die Wahrung der Menschen und Patient*innenrechte. Bei notwendigen, und nicht durch gelindere Maßnahmen verhinderbaren Freiheitsbeschränkungen sind die Rechte der betroffenen Personen in verbindlicher Orientierung an die juristischen Vorgaben zu wahren.

Die Mitarbeiter*innen 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.

7

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

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind als Ultima Ratio zu sehen, und werden nur auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung gesetzt. Das heißt, die*der behandelnde Ärzt*in hat die Freiheitsbeschränkung „jeweils besonders“ anzuordnen⁴. Alle im Folgenden dargestellten Beschränkungen sind jedenfalls unter Bedachtnahme auf den Einsatz des jeweils gelindesten möglichen Mittels einzusetzen.

³ vgl. §§ 33 ff UbG

⁴ vgl. § 33 (3), UbG

2.1. ARTEN VON BESCHRÄNKUNGEN

Folgende freiheitseinschränkende Maßnahmen können zur Anwendung kommen⁵:

- Bettseitenteile (Steckgitter)
- Fixierung des Körpers am Bett mit Hilfe von Fixiergurten und -systemen⁶
- Beschränkung auf Sitzgelegenheit (z.B. Mobilisationssessel, Rollstuhl)
- Beobachtungsbereiche, z.B. Einzelraumbeschränkung
- Alarmband
- Körperinterventionen (physical interventions)⁷
- Festhalten des Körpers (physikal restraint)
- Privatkleiderentzug
- Verabreichung von Medikation gegen den Willen

2.1.1 DEFINITION SCHUTZFIXIERUNG

Unter dem Begriff „Schutzfixierung“ versteht man in der Regel das Festbinden eines Menschen mit breiten Leder- oder Stoffgurten, liegend am Bett (Bettfixierung).

Grundsätzlich ist diese Maßnahme auch sitzend im Stuhl möglich.

Eine Schutzfixierung kann an unterschiedlich vielen Körperteilen erfolgen.

Auch das körperliche Festhalten eines Menschen ist eine Art der Schutzfixierung „physical restraint“ im Gegensatz zu „mechanical restraint“ mit Gurten. (vgl. Bleijlevens et al. 2016).

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 bzw. eine notwendige Distanz zu schaffen und ggf. Hilfe zu holen (Befreiungstechniken)
3. Handlungen, wenn ein Eingreifen nicht umgangen werden kann (Kontrolltechniken; Klassische „physical interventions“)

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 Patient*innenwohl und mögliche Risiken berücksichtigt werden. Es soll die freiheitsbeschränkende Maßnahme ausgewählt werden, die am wenigsten einschränkend ist und dennoch die größte Sicherheit für die Patient*innen und Dritte garantiert.

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 der*des Kranken oder deren*dessen Vertreter*in hat das Gericht unverzüglich über die Zulässigkeit einer solchen Beschränkung zu entscheiden.

Die Rechte der*des Kranken, mit anderen Personen fernmündlich zu verkehren oder Besuche zu empfangen, dürfen nur dann eingeschränkt werden, wenn ihre Ausübung zu einer ernstlichen und erheblichen (körperlichen) Gefährdung der*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.⁸

⁸ vgl. § 34 Abs 1 und 2 UbG



Bild I Bett mit vorbereiteten Gurtensystem für 4-Punkt Schutzfixierung



Bild II Bett mit vorbereiteten Gurtensystem für 5-Punkt Schutzfixierung



Bild III Bett mit vorbereiteten Gurtensystem für 7-Punkt Schutzfixierung

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 stehen⁹.

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) Anordnung¹⁰.

⁹ vgl. § 33 Abs 1 UbG

¹⁰ vgl. § 33 Abs 2 UbG

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes sind von der*dem behandelnden Ärzt*in (Fachärzt*in) jeweils besonders anzuordnen. Die Anordnung ist in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes zu beurkunden und unverzüglich der*dem Vertreter*in der*des Patient*in mitzuteilen¹¹. 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 der*dem anordnenden Ärzt*in 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.

¹¹ vgl. § 33 Abs 3 UbG

2.3 MAßNAHMEN ZU BERÜCKSICHTIGENDE PRINZIPIEN

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

- die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wurden gewählt, nachdem gelindere Maßnahmen bzw. Alternativen nicht das Auslangen fanden.
- Berücksichtigung gesetzlicher Bestimmungen, insbesondere UbG., Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), ABGB, ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
- Beachtung und Wahrung der Menschenwürde
- Sicherstellung, dass menschliche Grundbedürfnisse in würdiger Weise realisiert werden können (Flüssigkeitsaufnahme, Nahrungsaufnahme, Hygiene, Ausscheidung, zeitliche Orientierung) Wertschätzung und Achtung der zu betreuenden Person
- Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Betreuungspersonen (Pflegerische Intensivbetreuung 1:1) während der Fixierungsmaßnahme, Patient*innenrufanlage in Reichweite, Beachtung von Risiken und Risikomanagement für alle Beteiligten
- Beachtung und Schutz der Intimsphäre, z.B. ist die Verwendung eines Bandage-Systems am Bett in einem Mehrbettzimmer grundsätzlich zu vermeiden.
- Erforderliche medizinische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen, wie z.B. Blutabnahme, Auskultation, EKG, Infusionen, Ernährung und Körperpflege sind zu gewährleisten. Gegebenenfalls auch gegen den Willen der Patient*innen.
- Eine Überwachung der Patient*innen muss bei Durchführung der Maßnahme stets gegeben sein. Es ist zu bedenken, dass durch häufige Fixierungsmaßnahmen die Unruhe und der Freiheitsdrang der Patient*innen gesteigert werden kann, was das Risiko von körperlichen und seelischen Folgeerscheinungen (bis hin zur Traumatisierung) erhöht.

- Die betroffenen Patient*innen sind bei Anwendung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme über Grund, Art und Dauer der Maßnahme aufzuklären.
- Nachbesprechung: Nach Beendigung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist diese in geeigneter Art und Weise mit den Patient*innen zu besprechen. Das Gespräch ist zu dokumentieren.



Bild IV 1:1 Betreuung durch Gesundheitspersonal während der Schutzfixierung

2.4 ZIELE EINER FREIHEITSBESCHRÄNKENDEN MAßNAHME

- Abwendung von akuter und erheblicher Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- Herstellung bzw. Wiederherstellung von Sicherheit für alle Beteiligten (Patient*innen selbst, Mitarbeiter*innen, Mitpatient*innen)
- Die freiheitsbeschränkende Maßnahme ist, wenn gelindere Mittel nicht wirken, immer „Mittel zum Zweck“ um mit der*den Betroffenen in Kontakt zu treten, in Kontakt zu bleiben bzw. den Kontakt wiederherzustellen

3. INDIKATIONEN FÜR FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MAßNAHMEN

Ist aufgrund der Vorgeschichte der Patient*innen eine Präferenz für eine bestimmte freiheitsbeschränkende Maßnahme bekannt, ist diese nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Häufige Indikationen aus medizinisch-psychiatrischer Sicht für eine freiheitsbeschränkende Maßnahme:

- Sexuelle oder körperliche Übergriffe gegen Mitpatient*innen und Mitarbeiter*innen
- Eingeschätztes hohes Risiko der Selbst- und Fremdgefährdung, u.a. Kontrollverlust mit offensichtlicher Gewaltbereitschaft
- Stark erregte bzw. gewaltbereite Patient*innen bis zum Wirkungseintritt der verabreichten medikamentösen Therapie
- 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)
- Anhaltende offensichtliche Gewaltbereitschaft, obwohl bereits die zur Verfügung stehenden Deeskalationsmaßnahmen gesetzt wurden
- Erkennbare Absicht zur Selbstschädigung
- Brandstiftung mit Wiederholungsgefahr und dadurch anhaltende Gefährdung auch anderer Personen
- Patient*innen mit hyperdeliranten Zustandsbild („agitiertes Verhalten“) mit eingeschätzter hoher Selbst- und Fremdgefährdung, wo beidseits hochgezogene Seitenteile keinen ausreichenden Schutz bieten.

3.1 BEISPIELE FÜR INDIKATIONEN ZUR ANWENDUNG VON KÖRPERNAHER SCHUTZFIXIERUNG

Gewaltbereite bzw. 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:

- Patient*innen beim Versuch einer Selbstverletzung oder akut zu erwartendes Selbstverletzungsrisiko während einer Versorgung
- Patient*innen, 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 KOMPLIKATIONEN FREIHEITSBESCHRÄNKENDER MAßNAHMEN

Bei Patient*innen, welche an COPD, Pneumonie, Schlafapnoe, erheblicher Adipositas leiden kann die Anwendung von Bandagen Systemen, im Sinne einer körpernahen Schutzfixierung, mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden. Hier kann es mitunter in weiterer Folge zu Komplikationen kommen. Hier ist eine erhöhte Vorsicht im Mittel der Wahl – sowie in der Durchführung notwendig.

3.3 DURCHFÜHRUNG FREIHEITSBESCHRÄNKENDER MAßNAHMEN

Einer menschenwürdigen Gestaltung der Maßnahme ist ein hoher Stellenwert einzuräumen, dies betrifft insbesondere das „Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person“

- Wertschätzung der Bedürfnisse der Patient*innen
- Umfassende und verständliche Information an die Patient*innen (Grund und voraussichtliche Dauer der Fixierungsmaßnahme)
- Bei der Patient*innenrufanlage ist auf eine gefahrlose Erreichbarkeit zu achten (z.B. gekürzte Kabelverbindung, kabellose Funkverbindung, ...)
- Die Patient*innen sind 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 die*der Fachärzt*in zu verständigen
- Zur Dokumentation der Sedierungstiefe empfiehlt sich die RASS-Skala (Richmond Agitation-Sedation Scale)
- Die Ergebnisse der kontinuierlichen bzw. episodischen Überwachung (als Teil der Patient*innenbegleitung) werden in der Krankengeschichte dokumentiert.

Bei jeglichen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sind die Risikogeneignetheit und die Kooperation der Patient*innen einzuschätzen. Beim Öffnen eines Fixiergurtes sind mindestens zwei Betreuungspersonen anwesend.

3.2.1 VIDEOÜBERWACHUNG

Grundsätzlich ist der Schutz der Persönlichkeitsrechte (§ 16 ABGB) zu wahren. Zu unterscheiden ist in Bezug auf Videoüberwachung mit und ohne Aufzeichnung. Die entsprechenden Gesetze sind zu berücksichtigen.

Eine Videoüberwachung ohne Aufzeichnung ermöglicht eine visuelle Kontrolle, ohne direkte Anwesenheit des Personals in unmittelbarer Umgebung z.B. vom Stationsstützpunkt. Eine Videoüberwachung ersetzt jedoch nicht die persönliche Kontaktaufnahme zur Kontrolle und Überprüfung des Gesundheitszustandes von Personen während einer freiheitsbeschränkten Maßnahme. Der Einsatz einer Videoüberwachung ist stets individuell zu entscheiden.

Kennzeichnungspflicht

In Bereichen wo Videoüberwachung stattfindet, ist vor Betreten des Bereiches auf diesen Umstand deutlich sichtbar hinzuweisen.

3.4 SICHERHEITSHINWEISE ZUM SACHGEMÄSSEN EINSATZ VON BANDAGEN-SYSTEMEN

Rechtsgrundlage für den Einsatz von Fixiergurten ist das Unterbringungsgesetz (UbG.) sowie das Medizinproduktegesetz (MPG). Es sind ausschließlich handelsübliche, nach dem MPG autorisierte Fixiervorrichtungen zu verwenden. Die Anwender*innen müssen die gesetzlich geforderte Einschulung 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 Patient*innen erheblich verletzen können.¹² Im agitierten (*Zustand psychomotorischer Unruhe, welcher sich durch eine unkontrollierte, nicht zielgerichtete muskuläre Aktivität in Form eines gesteigerten Bewegungsdranges oder als Gefühl des „Getriebenseins“ äußert.*)¹³ 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.

¹³ vgl. Pschyrembel, online, aufgerufen am 18.07.2023.



Bild V Unsachgemäße Schutzfixierung



Bild VI Unsachgemäße Schutzfixierung bei hochgezogenen Bettseitenteilen

In der Abb. V ist zu sehen, dass bei fehlenden hochgezogenen Seitenteilen die fixierte Person seitlich aus dem Bett gleiten kann. Diese Gefahr würde ebenfalls beim Hochziehen von nicht durchgängigen Seitenteilen bestehen (Abb. VI).

Durch die sachgemäße Anwendung der Fixiervorrichtungen (Gurte) wird eine mögliche körperliche Schädigung (wie beispielsweise: Nervenschäden, Luxationen, Haut- und Dekubitalschäden, Kompartment-Syndrom mit sekundärer Nierenschädigung) verhindert.

Fixierte Patient*innen sind regelmäßig - mindestens alle zwei Stunden - umzulagern. Der korrekte Sitz des Fixiersystems an den jeweiligen Extremitäten ist kontinuierlich zu überprüfen, um so einer möglichen Minderdurchblutung entgegenzuwirken. Er ist darüber hinaus entsprechend der jeweiligen ärztlichen Anordnung zu überwachen. Bei aggressiven, agitierten Patient*innen bzw. bei Aspirationsgefahr sind Art und zeitliche Intervalle der Überwachung zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonen konkret zu vereinbaren, und die Anordnung von der* vom Ärzt*in gesondert zu dokumentieren.

3.3.1 ZWEI-PUNKT SCHUTZFIXIERUNG UND DREI-PUNKT SCHUTZFIXIERUNG

Wenn zwei Extremitäten auf einer Unterlage (z.B. Bett) fixiert werden, spricht man von einer Zwei-Punkt Schutzfixierung, bei drei Extremitäten von einer Drei-Punkt Schutzfixierung.

Durchgängige, hochgestellte Seitenteile sind in jedem Fall gesetzlich vorgeschrieben. Bei Patient*innen mit einem stark agitiertem Verhalten ist eine Zwei- und Drei-Punkt Schutzfixierung kontraindiziert.

Erforderliche Überwachungs- und Sicherheitsmaßnahmen:

- Durchgängig hochgestellte Bettseiteinteile an beiden Seiten
- Bereitlegen des Senders des Patient*innenrufsystems in Greifnähe
- Überwachung der Vitalzeichen
- kontinuierliche bzw. episodische Monitorüberwachung, inklusive Pulsoxymetrie (laut ärztlicher Anordnung)



Bild VI Sachgemäße Vier-Punkt Schutzfixierung



Bild VII Die im Bett liegende Person ist richtig Zwei-Punkt schutzfixiert (ein Arm, ein Unterschenkel)



Bild VIII Die im Bett fixierte Person ist richtig fixiert, sie kann bequem die Seitenlage einnehmen.

Mit Hilfe der folgenden Abbildungen werden unsachgemäße Zwei – Punkt Schutzfixierung und deren mögliche Folgen dargestellt.



Bild IX Unsachgemäße Zwei-Punkt Schutzfixierung – durchgängiges Seitenteil fehlt



*Bild X Agitierte Patient*innen sind unbeaufsichtigt und klettern über die geschlossenen Bettseitenteile*

3.3.2 VIER-PUNKT SCHUTZFIXIERUNG BEI PATIENT*INNEN MIT MASSIVEM AGITIERTEM VERHALTEN

Bei der Vier-Punkt Schutzfixierung ist das Fixieren direkt oberhalb beider Hand- und Fußgelenke an einer Unterlage gemeint.

Bei einer Vier-Punkt Schutzfixierung sind beidseits hochgezogene, durchgängige Seitenteile notwendig.



Bild XI Sachgemäße Vier-Punkt Schutzfixierung



Bild XII Agitierter Patient, in Vier-Punkt Schutzfixierung



Bild XIII UnsachgemäÙe Vier-Punkt-Schutzfixierung – fehlende Seitenteile



Bild XIV Unsachgemäße Vier-Punkt Schutzfixierung – keine durchgängigen Seitenteile, dadurch offener Ausstiegspalt

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

3.3.3 FÜNF-PUNKT SCHUTZFIXIERUNG BEI PATIENT*INNEN MIT MASSIVEM AGITIERTEM VERHALTEN

Bei der Fünf-Punkt Schutzfixierung wird wie bei der Vier-Punkt Schutzfixierung vorgegangen, zusätzlich wird ein Bauchgurt oder ein Schulter-Brustgurt angelegt. Der Schulter-Brustgurt wird jedoch aufgrund des hohen Verletzungsrisikos (z.B. Brustkorbkompression, Strangulation) von den Autor*innen nicht empfohlen.

26

Erforderliche Überwachungs- und Sicherheitsmaßnahmen bei der Fünf-Punkt Schutzfixierung:

- Durchgängig hochgestellte Bettseiteinteile an beiden Seiten
- Bereitlegen des Senders des Patient*innenrufsystems in Greifnähe
- Überwachung der Vitalzeichen (kontinuierliche bzw. episodische Monitorüberwachung, inklusive Pulsoxymetrie laut ärztlicher Anordnung)

Auch bei sachgemäßer Durchführung von Fünf-Punkt Schutzfixierungen 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 der Patient*innen und Abdrücken des Kehlkopfes oder der Carotis, sowie das Risiko der Minimierung der Brustkorbexkursion durch Druck des Gurtes auf den Brustkorb und daraus resultierende Atemstörung



Bild XV Sachgemäße Fünf-Punkt Schutzfixierung



*Bild XVI Sachgemäße Fünf-Punkt Schutzfixierung
mit angebrachten Seitenteilschutz aus Schaumstoff*

3.3.4 SECHS-PUNKT SCHUTZFIXIERUNG BEI PATIENT*INNEN MIT MASSIVEM AGITIERTEM VERHALTEN

Bei der Sechs-Punkt Schutzfixierung wird wie bei der Vier-Punkt Schutzfixierung vorgegangen, zusätzlich wird ein Fixiersystem an beiden Oberschenkeln angelegt.

Erforderliche Überwachungs- und Sicherheitsmaßnahmen bei der Sechs-Punkt Schutzfixierung:

- Durchgängig hochgestellte Bettseiteinteile an beiden Seiten
- Bereitlegen des Senders des Patient*innenrufsystems in Greifnähe
- Überwachung der Vitalzeichen
- kontinuierliche bzw. episodische Monitorüberwachung, inklusive Pulsoxymetrie (laut ärztlicher Anordnung)

3.3.5 SIEBEN-PUNKT SCHUTZFIXIERUNG BEI PATIENT*INNEN MIT MASSIVEM AGITIERTEM VERHALTEN

Bei der Sieben-Punkt Schutzfixierung wird wie bei der Fünf-Punkt Schutzfixierung vorgegangen, zusätzlich wird ein Fixiersystem an beiden Oberschenkeln angelegt.

Erforderliche Überwachungs- und Sicherheitsmaßnahmen bei der Sieben-Punkt Schutzfixierung:

- Durchgängig hochgestellte Bettseiteinteile an beiden Seiten
- Bereitlegen des Senders des Patient*innenrufsystems in Greifnähe
- Überwachung der Vitalzeichen
- kontinuierliche bzw. episodische Monitorüberwachung, inklusive Pulsoxymetrie (laut ärztlicher Anordnung)



*Bild XVII Korrekte Platzierung des Senders der Patient*innenrufanlage*



*Bild XVIII Falsche Platzierung des Senders der Patient*innenrufanlage
Sender kann nicht erreicht werden*

4. RISIKOMANAGEMENT BEI FREIHEITBESCHRÄNKTEN MASSNAHMEN

4.1 ANORDNUNG UND BEENDIGUNG

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

Sie enthält:

- die Beschränkungsart
- deren Begründung
- der Beginn bzw. Beendigungszeitpunkt

Die Anordnung zur Beendigung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist von der*vom Fachärzt*in zu dokumentieren und ist Teil der Krankenakte.

31

Eine Neubeurteilung der jeweiligen freiheitsbeschränkenden Maßnahme hat durch die*den zuständigen Fachärzt*in jedenfalls dann zu erfolgen, wenn aufgrund des klinischen Zustandsbildes der Patient*innen 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 der*dem zuständigen Fachärzt*in mitzuteilen. Diese*r hat aufgrund ihrer*seiner fachlichen Bewertung eine Entscheidung über die Fortführung oder die Aufhebung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme zu treffen. Gegebenenfalls erfolgt 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, unmissverständlich und systematisch erfolgen.



Bild XIX EarlySense® - Beispiel eines Gerätes zur kontaktlosen Überwachung der Vitalzeichen

4.3 DURCHFÜHRUNG UND DOKUMENTATION:

- 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 der Patient*innen.
- Wenn freiheitsbeschränkte Patient*innen (z.B. mit Bandagen-System) mit Psychopharmaka behandelt sind, wird laufend eine Einschätzung der Sedierungstiefe durchgeführt und zeitnah dokumentiert. Erkennbar schlafende und physiologisch atmende Patient*innen sind nicht zu wecken. Für die Dokumentation wird die RASS-Skala¹⁴ empfohlen.
- 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 der*dem Ärzt*in Kontakt aufgenommen und eine Begutachtung der Patient*innen vorgeschlagen.
- Wenn die Patient*innen mit Hilfe eines Bandagen-Systems fixiert sind, ist dieses in regelmäßigen Abständen auf exakte Lage zu überprüfen, um so einer Minderdurchblutung der jeweiligen Extremitäten entgegenzuwirken.
- Die Wahrung der Menschenwürde ist durch Achtung der Intimsphäre und Deckung der menschlichen Grundbedürfnisse zu sichern.
- Monitore und Videosysteme können zur weiteren Erhöhung der Patient*innensicherheit und zur Hilfestellung der Betreuungspersonen eingesetzt werden. Dabei wird beim Einsatz der technischen Hilfsmittel (Überwachungssysteme) immer der Kontakt mit den Patient*innen aufrechterhalten.
- Ein Monitoring bietet bei sedierten und in der Freiheit eingeschränkte Patient*innen eine höhere Sicherheit, da z.B. veränderte Vitalparameter rasch erfasst werden können, und somit medizinische Therapiemaßnahmen zeitnah eingeleitet werden können.
- Die Entscheidung für eine Videoüberwachung (siehe auch Fußnote ¹³) sollte interdisziplinär gemeinsam vom gDfGuK und der*dem behandelndem Ärzt*in

¹⁴ RASS-Skala = Richmond Agitation Sedation Scale

(Fachärzt*in) getroffen werden (Visite, Fallbesprechung). Die Begründung für diese Entscheidung wird in der Krankenakte dokumentiert.

- Grundsätzlich ist bei allen genannten Maßnahmen auf Wahrung der Intimsphäre der Patient*innen zu achten.

4.4 UNTERBRECHEN DER FREIHEITSBESCHRÄNKUNG

Im Rahmen von Pflege- und Therapiemaßnahmen wird es notwendig sein, intermittierend die Freiheitsbeschränkung (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 werden die Patien*innen verbal auf Kooperationsverhalten angesprochen. 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 der*des zuständigen Ärzt*in (Fachärzt*in) vorliegt.

- Die Unterbrechung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist vom gDfGuK zu dokumentieren. Dabei werden Grund, Zeitdauer und Patient*innenverhalten beschrieben.
- Der Unterbrechungsgrund ist vom gDfGuK nachvollziehbar zu dokumentieren.

4.4 NACHBESPRECHUNG

Die größtenteils negativen subjektiven Erfahrungen der von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Menschen, die die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen häufig als unnötig, ungerechtfertigt, bestrafend und traumatisierend erleben, können vermutlich nicht immer verhindert werden.

Umso wichtiger ist es, nach Beendigung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme und, sobald es der Zustand der Patient*innen erlaubt - eine Nachbesprechung mit diesen durchzuführen.

Der Nachbesprechung, insbesondere nach einer körpernahen Fixierung mittels Bandagensystem, muss ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme für die betroffene Person eine Traumatisierung darstellen kann. Eine derartige Nachbesprechung kann und muss für alle am Geschehen Beteiligten (Patient*innen wie Mitarbeiter*innen) Klarheit schaffen.

Inhaltliche Schwerpunkte

- Vermittlung von Sicherheit
- Austausch der unterschiedlichen Sichtweisen
- Erklärung, warum das Vorgehen notwendig war
- Absprache zur zukünftigen Vermeidung derartiger Eskalationen
- Besprechen von etwaigen Erinnerungslücken der betroffenen Person

Im Rahmen der Nachbesprechung können und sollen Strategien erarbeitet werden, um den ursächlichen Grund der Selbst- und/oder Fremdgefährdung entgegenzuwirken. Dadurch kann es zu einer möglichen Verhinderung von weiteren aggressiven Übergriffen bzw. dadurch resultierenden freiheitsbeschränkenden

Maßnahmen kommen. Die Nachbesprechung soll unter Berücksichtigung der Tatsache, dass viele Patient*innen durch die Verabreichung von Benzodiazepinen Erinnerungslücken von bis zu drei Tagen aufweisen können, zeitnah erfolgen.

Der optimale Zeitpunkt zur Durchführung der Nachbesprechung ist mit den Patient*innen individuell zu vereinbaren.

Für den Fall, dass andere Patient*innen während eines Aggressionsereignisses anwesend waren bzw. die Durchführung einer Zwangsmaßnahme beobachteten, soll mit diesen ebenso eine Nachbesprechung zu erfolgen.

Ziele der Nachbesprechung

- Patient*innen bei der Verarbeitung der Zwangsmaßnahme unterstützen
- Gelegenheit geben, selbst Stellung zu nehmen, die eigene Sichtweise darzulegen
- Gemeinsam Strategien erarbeiten, um in Zukunft eine Zwangsmaßnahme nach Möglichkeit zu verhindern
- Alternativen erarbeiten und diese in der Patient*innenakte dokumentieren
- Aufzeigen der Gründe, warum die freiheitsbeschränkende Maßnahme angeordnet werden musste
- die Darlegung der Begründung, warum die Maßnahme wieder beendet werden konnte

Die durchgeführte Nachbesprechung sowie deren Fazit, ist in der Patient*innenakte zu dokumentieren. Wenn die Patient*innen eine Präferenz für eine Beschränkungsart äußern, ist diese zu dokumentieren.

6. PRÄVENTION VON AGGRESSION UND GEWALT

6.1. ALLGEMEINE VORSORGE MAßNAHMEN

- Absolvierung eines fünftägigen Basistrainings über Deeskalations- und Sicherheitsmanagement. Alle Teammitglieder in direktem Patient*innenkontakt 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)
- Schulungen in deeskalierender Gesprächsführung bzw. Kommunikationstechniken
- Gestaltung einer freundlichen, beruhigenden Umgebung
- Patient*inneninformation bzw. Therapievertrag, Stationsordnung
- Durchführen von Assessments, wie zum Beispiel 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 Situationen¹⁵
- Laufende Überprüfung, bzw. Adaptierung des Sicherheitsmanagement-Konzeptes

¹⁵ Vgl. Walter, et al., 2012, S.194: Ausweichen und Flüchten, Befreiungstechniken, Kontrolltechniken

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.

- Im klinischen Bereich ist eine kurzfristige Vorhersage¹⁶ eines möglichen aggressiven, gewaltbereiten Verhaltens, insbesondere bei Patient*innen, die nicht freiwillig aufgenommen wurden, indiziert. Dazu eignet sich die Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH¹⁷).
- Vor der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sind die Patient*innen 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 die Patient*innen zu verwahren.
- Eine wiederholte oder neuerliche Durchführung von Maßnahmen zur Beschränkung der Bewegungsfreiheit erfordert in jedem Fall eine neuerliche Suche nach möglichen gefährlichen Gegenständen (siehe oben).
- Wird eine Vier-Punkt Schutzfixierung angewendet, werden bei üblichen Krankenhausbetten durchgängige Seitenteile beidseits hochgezogen, um Verletzungen zu vermeiden.
- Freiheitsbeschränkte Patient*innen (z.B. körpernahe Fixierung mit Hilfe eines Bandagen-Systems im Bett) werden von einer Betreuungsperson so lange (dauer-) begleitet, bis sie eingeschlafen sind.
- Wenn die Patient*innen den Wunsch äußern, nicht andauernd eine Person in der Nähe zu haben, wird eine Risikoeinschätzung vorgenommen, bevor das Bedürfnis berücksichtigt wird. Eine kontinuierliche persönliche Kontaktaufnahme in regelmäßigen Abständen ist trotzdem indiziert.

¹⁶ In der Regel innerhalb der ersten drei Tage.

¹⁷ 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.

- 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 den Patient*innen eine Gesprächsmöglichkeit zu bieten und Sicherheit zu geben.

7. ALLE MITARBEITER*INNEN KENNEN DEN INHALT DER LEITLINIE

Der Verein NAGS-Austria empfiehlt, im Sinne des Sicherheitsmanagements, eine schriftliche Version dieser Leitlinie sichtbar an einen zugänglichen Ort aufzulegen, damit alle Mitarbeiter*innen, auch jene ohne EDV-Zugang, jederzeit Einsicht in diese Leitlinie nehmen können.

LITERATUR

Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (AFG-PsyP) des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) (Hrsg.). (2019, 1. Aufl). Intensivbetreuungen erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung: Empfehlungen, Bern

Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch kranker Personen in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), Fassung vom 01.Juli 2023

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>, abgerufen im Internet am 19.07.2023

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP.eV.), (2016), Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der akutpsychiatrischen stationären Versorgung, Ulm

42

Hemkendreis, B., Löhr, M.; Schulz, M., Nienaber, A.,; Praxisempfehlung Intensivbetreuungen. Ein erster Schritt in die richtige Richtung. Erstveröffentlicht in: Psych Pflege 2013; 19: 90-92. Stuttgart, New York.

Nau, J., Walter, G., Oud, N., (Hrsg.), (2019), Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement – Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2.Auflage, Hogrefe Verlag, Bern

Sauter, D., Mayer, M., Walter, G., Steiner, T., (2020), Prävention von Zwang und Gewalt in Psychiatrische Pflege (2020), S. 27-31, Hogrefe Verlag

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), (2015), Medizin-ethische Richtlinien – Zwangsmaßnahmen in der Medizin, Bern

Steinert, T., (2018), S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)



Verein NAGS Austria

Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich



Alle Informationen zu Trainer*innen, Downloads, Fortbildungen und Kontaktmöglichkeiten finden sich auf unserer Website



nags.at