

Bericht

Titel	Planungsweise neuer Stationen
Zuständiges Fachgebiet	Psychiatrie
Altersgruppe des Patienten	leer
Geschlecht des Patienten	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart?	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	Nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Was ist passiert?	<p>Wir sind ein psychiatrisches Akutkrankenhaus mit Versorgungsauftrag für den Landkreis. Vor kurzem wurde eine neue geschützte Akutstation speziell für den Kinder- und Jugendbereich eröffnet, die aus bisher anders genutzten Räumlichkeiten hervorgegangen ist.</p> <p>Nun kam es zum wiederholten Male vor, dass eine jugendliche Patientin in ihrem Zimmer in einen Erregungszustand geriet und sich in ihrem Zimmer verbarrikadierte. Die nach innen öffnende Zimmertür wurde von der Patientin durch das Bett blockiert, so dass zunächst kein Zutritt möglich war. Ein Mitarbeiter konnte sich durch einen minimalen Spalt Zutritt verschaffen. Er musste dazu erst einen Kopf durch den Spalt stecken, um das Zimmer einsehen zu können.</p> <p>Kurze Zeit später verbarrikadierte sich eine andere Patientin auf dieselbe Art im Überwachungszimmer. Sie stellte ebenfalls das Bett mit angezogener Bremse von innen vor die Türe und schaltete das Licht aus. Das an den Stationsstützpunkt angrenzende und mit einer Sichtscheibe ausgestattete Überwachungszimmer war dadurch von außen nicht mehr einsehbar. Unterdessen fügte sich die Patientin mit eingeschmuggelten Rasierklingen selbst Schnittverletzungen zu.</p> <p>Folgende Umstände sind zu erwähnen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es findet eine Einfuhrkontrolle auf gefährliche Gegenstände statt. Zudem werden auf konkreten Verdacht hin die Zimmer auf gefährliche Gegenstände durchsucht. 2. Es gab große Anstrengungen, Planungsfehler bereits in der Bauphase zu vermeiden. Die Räumlichkeiten sind auf dem neuesten technischen Stand, so gibt es beispielsweise suizidhemmende Türgriffe. Das Personal wurde früh in die Planungsphase eingebunden und konnte sich mit seiner Expertise einbringen. 3. In jedem Raum existiert eine nicht aufzeichnende Videokamera mit Video-Feed ins Stationszimmer. Gemäß Betriebsvereinbarung darf die Videoüberwachungsanlage nur im Bedarfsfalle eingeschaltet werden, was nur vom Stationszimmer aus möglich ist und mindestens zwei Minuten dauert, bis die Anlage hochgefahren ist. 4. Die Betten müssen mobil sein, weshalb sie mit Rollen ausgestattet sind, die festgestellt werden können. Aber auch mit anderen Mitteln (z. B. Holzkeilen) kann eine nach innen öffnende Zimmertüre verkeilt werden, so dass unter Umständen ein gewaltloser Zutritt überhaupt nicht mehr möglich ist.

Bereits in der Planungsphase wurde angemerkt, dass es ungünstig ist, dass die Türen der Patientenzimmer nach innen aufgehen. Dieser Einwand wurde auch ernst genommen, allerdings stehen bauliche und brandschutztechnische Gegebenheiten einer nach außen öffnenden Türe entgegen. Die Flure sind dafür nicht breit genug. Würden die Türen nach außen hin öffnen, so würden sich gegenüberliegende Zimmertüren beim Öffnen berühren; zudem wäre die Sicht des Personals auf den sensiblen Flurbereich behindert. Im Brandfalle behindern nach außen offenstehende Türen die Fluchtmöglichkeit. Der Einbau von Schiebetüren ist aufgrund der Raumgeometrie (Ecken/Mauervorsprünge) nicht möglich.

Was war das Ergebnis?

Selbstverletzung der Patientin durch Rasierklingen, akute Eigengefährdung des Personals bei unklarer und unübersichtlicher Gesamtsituation (angespannte Patientin, Kopf durch Türspalt, dunkles Zimmer). Durch den schwierigen Zugang kam es zu Verzögerungen bei der Hilfeleistung.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Nach innen öffnende Zimmertüren können verbarrikiert werden. Fehlende Übersicht in die Patientenzimmer und mangelnde Interventionsmöglichkeiten für hilfeleistendes Personal. Zimmerbeleuchtung nicht vom Stationszimmer aus steuerbar.

Kam der Patient zu Schaden?

leer

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis...

- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
- sonstiges: Gebäudearchitektur

Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr...

monatlich

Wer berichtet?

Pflege-, Praxispersonal

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus

An Maßnahmen wurde bisher eine vom Stationszimmer aus steuer- und dimmbare Zimmerbeleuchtung beauftragt, zudem sind die Steckdosen im Raum vom Stationszimmer aus abschaltbar. Wir prüfen in Abstimmung mit dem Betriebsrat, welche Möglichkeiten es gibt, die Videoüberwachungsanlage im Bedarfsfall unmittelbar in Betrieb nehmen zu können, damit sich das Personal rascher einen Überblick über die Situation verschaffen und schneller zielgerichtet reagieren kann. Darüber hinaus werden bei entsprechender Gefährdung die Bettgestelle aus den Zimmern entfernt, d. h. die Patienten schlafen dann auf der Matratze, was jedoch keine dauerhafte Lösung darstellen kann. Ein Festketten des Bettes an der Wand wurde nicht weiter in Betracht gezogen, da dadurch eine zusätzliche Gefährdung entsteht und gleichzeitig die Grundproblematik nicht gelöst wird: eine nach innen aufgehende Türe kann auch durch andere Maßnahmen blockiert werden.

All diese Maßnahmen können jedoch lediglich einen bereits eingetretenen Schaden minimieren, sie verhindern nicht den Schadenseintritt an sich.

Fachkommentar

Autor: Prof. Dr. Tom Bschor, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik Berlin

Der Fall beschreibt eine typische kritische Situation, wie sie in ähnlicher Weise häufig in akut-psychiatrischen Abteilungen auftritt, sei es im Kinder- und Jugendbereich, sei es im Erwachsenenbereich. Die Gefährdung der Patientinnen wird aus dem detailliert geschilderten Fall genauso deutlich, wie die Not des Personals. Aus dem Bericht wird deutlich, dass sich die Abteilung bereits sehr viele gute Gedanken zur Prävention derartiger Ereignisse gemacht hatte. Bauliche Maßnahmen und standardisierte Behandlungsabläufe helfen, derartige Situation zu vermeiden oder die Risiken zu minimieren. Ein völliges Vermeiden solcher Zuspitzungen wird aber nicht möglich sein. So ist es eine in praktisch allen akut-psychiatrischen Abteilungen gemachte Erfahrung, dass trotz gründlicher Durchsuchung von Patienten, Kleidung, mitgebrachten Behältnissen und Patientenzimmern gefährliche Gegenstände oder Drogen eingeschmuggelt werden. Verschiedene Sicherheitsaspekte stehen teilweise im Konflikt miteinander, zum Beispiel die Verhinderung eines Entweichens mit Fluchtmöglichkeiten im Falle eines Brandes.

Aus der Schilderung des Falls und den bereits durch die Kollegen und Kolleginnen erfolgten Überlegungen wird deutlich, wie idealerweise die bauliche Gestaltung der Station wäre: Nach außen öffnende Türen, Licht in den Patientenzimmern, das (auch) außen einschaltbar ist und eine Videokontrolle, die innerhalb von Sekunden in Betrieb genommen werden kann. Sehr gut verständlich macht der Bericht, dass die Realität einer solchen idealen Gestaltung oft Grenzen setzt. Im geschilderten Fall sind die Flure zu eng, als dass die Türen nach außen öffnen könnten. Akut-psychiatrische Stationen werden oft in Altbauten eingerichtet, z. B. in bislang anderweitig genutzten Stationen.

Bei Patienten, bei denen die Gefahr des Verbarrikadierens absehbar ist, kann, wie im Fall geschildert, das Bettgestell entfernt und nur die Matratze zur Verfügung gestellt werden. Richtig ist, dass aber auch auf andere Weise Türen blockiert werden können, zum Beispiel mit einem Keil. Auf der berichtenden Station wäre es sicher prinzipiell mit großem Aufwand möglich, die Licht- und Videoanlage so zu verändern, dass sie den genannten Anforderungen entspricht. Bezüglich der Türen ließe sich vermutlich prinzipiell eine Speziallösung konstruieren, nach der die Türen grundsätzlich weiterhin nach innen öffnen, im Notfall aber mit einem Schlüssel vom Personal auch nach außen geöffnet werden können. In der Realität setzen die vorhandenen Investitionsmittel solchen aufwändigen Umbauten leider häufig Grenzen. Bei Geschäftsführungen stoßen derartige Wünsche, die keinerlei Einnahmeerhöhung nach sich ziehen, nicht immer auf Gegenliebe. Die Bundesländer kommen schon seit vielen Jahren ihrer gesetzlichen Investitionspolitik in den Krankenhausbau nur teilweise nach.

Die größte Sicherheit für sehr stark gefährdete Patienten bietet als ultima ratio die Fixierung mit 24-Stunden-1:1-Überwachung. Zur Abwendung einer akut-bedrohlichen Selbst- oder Fremdschädigung darf auch von diesem Mittel nicht zurückgeschreckt werden. Allerdings stellt eine solche Situation für die Patientinnen und Patienten, aber auch für das Personal eine schwere Belastung dar. Die strikte Einhaltung der engen gesetzlichen und richterlichen Vorgaben ist selbstverständlich, die sehr sorgfältige ethische Abwägung vor der Entscheidung zu einer Fixierung ebenfalls.

CIRS-Team des Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland:

Zu dieser Thematik "aggressive Patienten" wurden bereits "Fälle des Monats" veröffentlicht, die sich damit auseinandergesetzt haben. Einzusehen unter:

- www.kh-cirs.de/faelle/juli17.pdf
- www.kh-cirs.de/faelle/oktober16.pdf

Es wurde eine S3 Leitlinie (Langversion – Fassung vom 10.09.2018): "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" [1] veröffentlicht.

Ein Punkt in Bezug auf Maßnahmen zur Deeskalation soll ergänzend erwähnt werden:

"Das Ziel der Deeskalation in psychiatrischen Einrichtungen ist die Vermeidung aggressiver Auseinandersetzungen zwischen Mitarbeitenden und psychisch erkrankten Menschen. Zentrales Medium zur Reduktion aggressiver Spannungen ist dabei das Verhalten der Mitarbeitenden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Mitarbeitende entstehende Aggressionen aktiv befördern. Die meisten Situationen entstehen unter erheblichem subjektivem Stress und Druck. Eine der relevanten Interventionen besteht daher im Stressmanagement der Mitarbeitenden." [1]

Bezugnehmend auf Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen geben die Experten folgende Empfehlung ab:

"Expertenkonsens

Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende (Zwangs-)Maßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben und akute Gefahr zum unmittelbaren Eingreifen nötig ist. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen Zweck und Risiken der freiheitsbeschränkenden bzw. -entziehenden Maßnahmen muss sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer soll so kurz als möglich gehalten, die Möglichkeit einer Beendigung soll regelmäßig geprüft werden. Die Entscheidung über die Beendigung einer Maßnahme sollte interprofessionell getroffen werden und kann auf entsprechend qualifizierte Mitarbeitende aus der Pflege delegiert werden." [1]

Literatur

1. S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen". (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). AWMF-Register Nr. 038-022.
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-022.html.