

Aggressive und gewalttätige Patienten

Fixierung

Deborah Fogel • Tilman Steinert

Lassen sich gewalttätige oder selbstgefährdende Patienten nicht mit anderen Mitteln ruhigstellen, kommt eine vorübergehende Fixierung infrage. Für viele Ärzte stellt dies sowohl ethisch als auch rechtlich eine Grauzone dar. Der folgende Beitrag erklärt, wann eine Fixierung angebracht ist, wie Sie dabei praktisch vorgehen und welche juristischen Gesichtspunkte zu beachten sind.

Definition Als Fixierung bezeichnet man

- ▶ das Festbinden des Patienten mit einem geeigneten Gurtsystem auf einem Krankenhausbett. Dies soll seine Bewegungsfähigkeit deutlich mindern oder fast vollständig unterbinden [1]. Fixierungen im weiteren Sinne sind auch:
 - ▶ Immobilisierung durch Festbinden am Stuhl
 - ▶ Verwendung eines Bettgitters (häufig bei geriatrischen Patienten) [2]

Fixierung an 1–11 Punkten möglich Zwangsmaßnahmen wie die Fixierung sollten immer dem Gebot der Verhältnismäßigkeit gehorchen [3]. Daher gibt es auch mehrere Möglichkeiten:

- ▶ von einer 1-Punkt-Fixierung mit Bauchgurt (bei Sturzgefährdung)
- ▶ bis zur 11-Punkt-Fixierung, welche den Kopf mit einbezieht.
- ▶ Am häufigsten sind jedoch die 4-Punkt-Fixierung mit Festbinden aller Extremitäten
- ▶ und die 5-Punkt-Fixierung mit zusätzlichem Bauchgurt [2].

Die häufig beschriebene Verletzungs- und Strangulationsgefahr bei Fixierung an weniger als 4 Punkten, auf die der Hersteller der Materialien unter Sicherheitsaspekten hinweist, entsteht nicht bei kontinuierlicher Überwachung. Die oft gegebene Empfehlung, „sicherheitshalber“ immer eine 5-Punkt-Fixierung vorzunehmen, kann also nur ein Notbehelf bei Personalmangel sein.

Fixierung mithilfe von Medikamenten Eine „medikamentöse Fixierung“ durch Verabreichung entsprechender sedierender Substanzen ist demgegenüber – anders als in den USA und Großbritannien – in Deutschland begrifflich wenig geläufig. Eine Verordnung sedierender Medikamente

ohne therapeutischen Zweck, ausschließlich zur Immobilisierung, ist allenfalls unter Bedingungen einer Intensivstation vertretbar: mit entsprechender Überwachung zur Gewährleistung der sachgerechten Pflege.

- ▶ Allerdings ist die Grenze zwischen therapeutischer Indikation, erwünschten sedierenden Nebenwirkungen und überwiegender Absicht der „Ruhigstellung“ in der Praxis oft fließend.

In den USA ist die „chemische Fixierung“ durch dämpfende und sedierende Medikamente, die nur zur Minderung von psychomotorischer Aktivität oder Erregung und von Aggression dienen, bereits Gegenstand intensiver wissenschaftlicher und juristischer Diskussion. Auch Amtsgerichte in Deutschland sehen dies zunehmend kritisch. Entsprechende Medikamente und Dosierungen werden immer öfter abgefragt und als richterlich genehmigungspflichtig beurteilt.

Indikationen



Nur als letztes Mittel Grundsätzlich ist die Fixierung nur die Ultima Ratio, wenn alle anderen Deeskalationsstrategien versagen und man keine andere Lösung für das Problem finden kann. Eine zwangsweise Immobilisierung durch vorübergehendes Festhalten, Fixieren oder starke medikamentöse Sedierung ist angezeigt, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt [2, 4]:

- ▶ Medizinische, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen sind nötig, um vital gefährdende Zustände abzuwenden, der Patient ist aber nicht einwilligungsfähig und es gibt keine Alternativen. Beispiel: Ein an Demenz erkrankter Patient mit akuter oberer gastrointestinaler Blutung wehrt sich vehement gegen eine diagnostische und therapeutische Gastroskopie.
- ▶ Selbstbeschädigung mit erheblicher gesundheitlicher Gefährdung. Darunter fällt auch eine Schutzfixierung bei Sturzgefährdung insbesondere bei geriatrischen Patienten.
- ▶ Selbstgefährdung durch psychische Ausnahmezustände. Dies tritt häufig bei Drogenintoxi-

kationen auf, welche mit massiven Ängsten bis hin zur Suizidalität einhergehen können. Auch im postoperativen Delir treten selbstgefährdende Zustände auf, wie das Ziehen von Drainagen oder das Manipulieren an OP-Nähten.

- ▶ Fremdgefährdung durch Aggressivität und Gewalttätigkeit. Dieser Punkt trifft häufig auf alkoholintoxikierte Patienten zu, die in einem Erregungszustand aufgenommen werden.

Diagnostik Für eine korrekte Indikationsstellung sollte der Arzt zunächst unter Berücksichtigung oben genannter Punkte eine strenge Indikationsprüfung vornehmen. Die wichtigsten diagnostischen Maßnahmen [3]:

- ▶ Fremdanamnese (vorbekannte psychiatrische Erkrankung einschl. Sucht?)
- ▶ orientierende Untersuchung und Befunderhebung, v.a. psychopathologische Symptome
- ▶ Bildgebung und Labor sind nachrangig und mangels Kooperation häufig zunächst nicht durchführbar.

Achten Sie dabei besonders auf vitale Störungen, die lebensbedrohlich sein können und schneller medizinischer Intervention bedürfen.

Alternativen zur Fixierung

Deeskalation Zur konkreten Festlegung einer Indikation für Fixierung oder andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen muss der Arzt zunächst versuchen, auf anderen Wegen zu deeskalieren. Er kann auch in Betracht ziehen, den Patienten – bei nicht akutem Behandlungsbedarf – zu entlassen oder die Polizei hinzuzuziehen. Wenn die Situation nicht akut bedrohlich ist, sollte man zunächst versuchen, Kontakt in Form eines freundlichen, ruhigen Gesprächs in reizarmer Umgebung aufzunehmen – bei erkennbarer aggressiver Anspannung allerdings nie allein unter 4 Augen!

- Grundsätze für die Deeskalation [5]:
- ▶ sich Zeit nehmen
 - ▶ Beziehung herstellen
 - ▶ Brücken bauen
 - ▶ sachlich und respektvoll bleiben
 - ▶ sich nicht provozieren lassen

Bei Gereiztheit und verbaler Aggression ohne Tätlichkeiten kann es schon ausreichen, den Patienten vorübergehend durch eine bestimmte Person einzeln betreuen zu lassen und damit die Situation zu deeskalieren. Hier können Angehörige mit einbezogen werden. Falls nicht die Fremd-, sondern die Selbstgefährdung im Vordergrund steht (z.B. durch Sturz, Entfernen von Zugängen etc.), sollte man auch weniger eingreifende mecha-

nische Maßnahmen sowie intelligent angewandte Technik in Betracht ziehen.

Handschuhe Eine mechanische Maßnahme sind z.B. Fingerkontrollhandschuhe: Sie verhindern, dass der Patient an Kathetern, Sonden oder Zugängen manipuliert oder diese entfernt. Häufig sind sie sinnvoll bei deliranten oder bewusstseinsgeminderten Patienten.

Schutz gegen Stürze aus dem Bett Auch Stürze können evtl. durch geeignete mechanische Hilfsmittel vermieden werden, so z. B.:

- ▶ höhenverstellbares Bett in Tiefstellung mit Matratze vor dem Bett
- ▶ geteilte Bettgitter mit Aussteigemöglichkeit
- ▶ Klingelmatte mit Berührungssensor vor dem Bett. Sobald der Patient sich anschickt, das Bett zu verlassen – typischerweise des Nachts auf der Suche nach der Toilette – ertönt ein Alarm im Stationszimmer.
- ▶ Denselben Zweck erfüllt ein als Lichtschranke fungierender fotoelektrischer Alarmgeber über einem Bettgitter.

Medikamente Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, sollte der Arzt eine medikamentöse Intervention in Erwägung ziehen (siehe auch Beitrag von Messer et al., S. 20). Gerade in aggressiv aufgeladenen Situationen verlangt dies allerdings viel Fingerspitzengefühl, um vom Patienten akzeptiert zu werden.

Praxistipp Folgende Medikamente werden parenteral empfohlen [2]:

- ▶ Haloperidol 5–10 mg i. m. (i. v.-Gabe nur im Notfall und unter Monitorkontrolle)
- ▶ Lorazepam 0,02–0,05 mg/kg i. v. oder i. m.
- ▶ Flunitrazepam 1–2 mg i. v. oder i. m.
- ▶ Midazolam 0,03–0,3 mg/kg in Schritten von 1–2,5 mg über 30 s alle 2 min i. v.

- ▶ Bei psychoreaktiven Erregungszuständen sind meist Benzodiazepine Mittel der 1. Wahl.
- ▶ Bei psychotischen Erkrankungen sind gleichermaßen Antipsychotika geeignet – hier wird man den Patienten aber ohnehin rasch in eine psychiatrische Klinik verlegen.
- ▶ Bei primär organischer Ursache (Hypoglykämie, postoperatives Delir etc.) ist die kausale Therapie wichtig! Vorübergehend kann eine Sedierung mit z. B. Haloperidol erfolgen.

Bei unklarer Ursache (cave: Verschleierung von Ursachen!) und Intoxikationen sollte man eine medikamentöse Therapie zurückhaltend handhaben und nur bei absolut zwingendem Handlungsbedarf anwenden. In diesem Falle gilt Haloperidol als vergleichsweise sicher.

Festhalten oder Isolieren Als weiteren Schritt kann man versuchen, allein durch Festhalten die gewünschte Wirkung zu erzielen [2]: In England z. B. sind Fixierungen gesetzlich verboten. Bei vorliegender Indikation halten dort zunächst mehrere Personen den Patienten fest.

In psychiatrischen Kliniken ist als Alternative zur Fixierung auch eine Isolierung möglich. Dabei schließt man den Patienten mit einer Matratze in einen ansonsten leeren Raum ein. In somatischen Kliniken dürfte dies allerdings kaum in Frage kommen: Es fehlen Überwachungsmöglichkeiten (Sichtfenster, Videomonitor), und es ist schwierig, Vitalfunktionen zu kontrollieren. Erscheint es möglich, eine angespannte Situation durch eine Isolation in den Griff zu bekommen, kann dies noch vor einer Fixierung erfolgen.

Praktische Vorgehensweise



Fixierung Generell gilt: Eine Fixierung bedarf zwingend einer ärztlichen Anordnung. Im Notfall können (und müssen) aber auch nichtärztliche Mitarbeiter Zwangsmaßnahmen einleiten (außer Medikation). Unmittelbar anschließend müssen sie dann einen Arzt verständigen, der die Indikation prüft.

Praxistipp Haben Sie sich zur Fixierung entschlossen, sollten Sie den Patienten im Gespräch passend positionieren, um Fluchtwege und Gefährdungspotenzial zu minimieren. Die Polizei können Sie zur Amtshilfe hinzuziehen. Oft beugt sich der Patient einer personellen Übermacht, sodass man eine weitere Eskalation vermeiden kann.

Jeder Beteiligte ergreift eine Extremität und sichert diese. Bei einer 5-Punkt-Fixierung wird als erstes der Bauchgurt eng angelegt – dabei muss eine flache Hand zwischen Patient und Gurt passen. Falls nötig, entkleidet und durchsucht man anschließend den Patienten.

- ▶ Entkleiden Sie ihn aber nur, wenn es der Zustand der Kleidung dringend erfordert, da dies eine entwürdigende Prozedur darstellt.
- ▶ Eine Durchsuchung sollte dagegen immer stattfinden, um mögliche Gefahren (durch Feuerzeug, Messer etc.) abzuwenden.

Danach legt man jeweils die Fuß- und Arm-manschetten an (☉Abb. 1). Auch sie müssen entsprechend eng sitzen. Oft lässt der akute Erregungszustand allerdings die Durchsuchung erst nach der Fixierung zu.

Überprüfen Sie nach Anlegen der Manschetten Durchblutung, Sensibilität und Motorik!

Überwachung Fixierte Patienten müssen kontinuierlich überwacht werden. Bei fehlerhafter Fixierung drohen gravierende Folgen mit evtl. tödlichem Ausgang, z. B. durch ungewollte Strangulation, Verbrennung etc.

Eine kontinuierliche und persönliche Überwachung wird von allen einschlägigen Organisationen zwingend verlangt: von der Weltgesundheitsorganisation bis zum Europäischen Antifolter-Komitee sowie in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Der Arzt sollte engmaschig prüfen, ob die Indikation zur Fixierung fortbesteht. Er muss Indikation, ärztliche Anordnung, Verlauf, Dauer und ggf. Komplikationen ausführlich dokumentieren.

Entfixierung Sind die initialen Gründe einer Fixierung nicht mehr vorhanden bzw. teilweise remittiert, muss man überprüfen, ob die Fixierung aufgehoben oder gelockert werden kann.

- ▶ Oft reicht es, die Wirkung der sedierenden Medikation abzuwarten, um dann zügig zu entfixieren.

Wenn der Patient wieder verbal erreichbar erscheint, sollte man versuchen, das weitere Vorgehen mit ihm zu besprechen. Man kann z. B. eine stufenweise Entfixierung vereinbaren, indem man zunächst die Arme entfixiert und bei weiterhin adäquatem Verhalten die Fixierung ganz löst. Eine derartige stufenweise Entfixierung genügt allerdings nur den Sicherheitsanforderungen, wenn dabei eine kontinuierliche oder ganz engmaschige Überwachung gewährleistet ist.

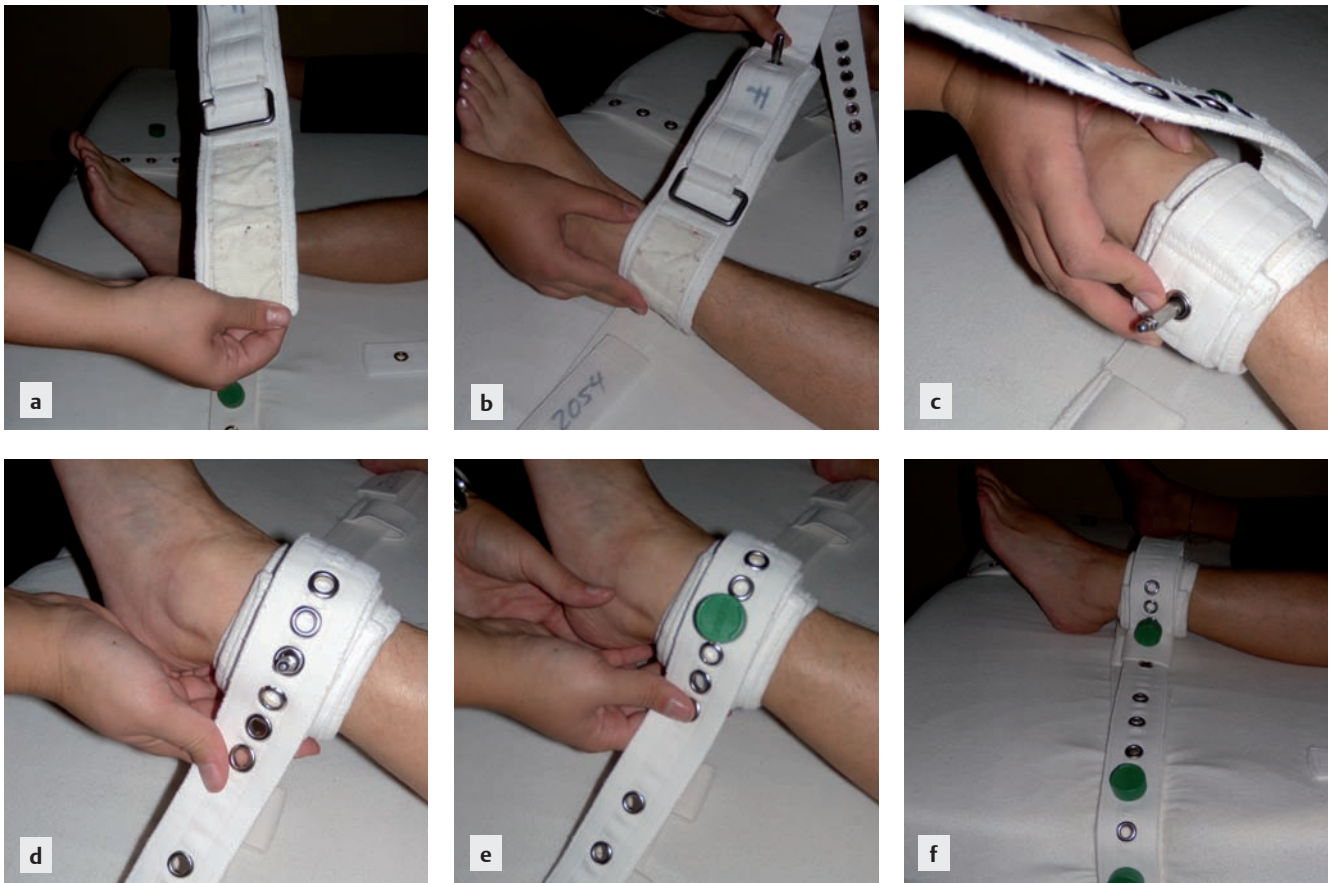
Thromboseprophylaxe Bei fixierten Patienten von 18–65 Jahren, die man >8 h fixiert und bei denen die weitere Dauer der Fixierung nicht absehbar ist, empfiehlt sich eine Thromboseprophylaxe z. B. mit 3000 I. E. Certoparin alle 24 h [4]. Anti-Thrombosestrümpfe sind v. a. bei somatischen Komorbiditäten (besonders bei chronischen venöser Insuffizienz, postoperativen Zuständen und Störungen der Gerinnung) indiziert.

Ethische und rechtliche Aspekte



Fürsorge vs. Patientenautonomie Da Fixierungen ein erhebliches Konfliktpotenzial für alle Beteiligten bergen, bewegt sich der Arzt auf ethisch schwierigem Gebiet.

- ▶ Zunächst hat jeder Arzt eine Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten. Er muss das Risiko ohne Intervention gegen das Risiko bei Fixierung abwägen.
- ▶ Gleichzeitig gilt es, der Patientenautonomie Rechnung zu tragen.



Bildnachweis (a-f): Katharina Möbsch

Abb. 1 a-f Schritt für Schritt: Anlage einer Fußmanschette bei Fixierung eines Patienten.

Um diesen Aspekten gerecht zu werden, sollte der Arzt generell Art. 1 des Grundgesetzes bedenken: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Genauso gilt nach Art. 2 des Grundgesetzes: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

Bei jeder Maßnahme ist also der freie Wille des Patienten zu berücksichtigen und ob er in der Lage ist, diesen frei zu bestimmen. Daher muss bei einer Freiheitsbeschränkung zunächst die aktuelle Einwilligungsfähigkeit evaluiert werden.

Einwilligungs- und geschäftsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahmen erfassen kann [7].

Traumatisierung möglich Unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit kann die Fixierung eine Traumatisierung verursachen: Der Betroffene ist nicht in der Lage, seinen Grundbedürfnissen (Toilettengang, Nahrungsaufnahme etc.) selbständig nachzukommen, er ist völlig abhängig (Abb. 2). Dies kann große Ängste, aber auch vermehrte Aggressivität erzeugen.

Vermitteln Sie daher dem Patienten, dass seine Emotionen und auch seine Befürchtungen ernst genommen werden! Regelmäßige Kommunikation trägt oft zur Entlastung und Deeskalation bei.

Gleichzeitig kann man die Indikation der Fixierung überprüfen. Auch eine Nachbesprechung der Fixierung in geeignetem zeitlichem Abstand ist empfehlenswert. Dies kann einer Traumatisierung vorbeugen, sollte zum Verständnis bzw. zur Klärung der zurückliegenden Situation beitragen und zukünftigen Fixierungen vorbeugen [5].

Anders verhält es sich bei Patienten in deliranten Syndromen und mit starken Intoxikationen: Nach deren Abklingen haben die Patienten häufig eine vollständige Amnesie für die zurückliegenden Ereignisse. In diesen Fällen droht weder eine Traumatisierung, noch ist eine Nachbesprechung erforderlich.

Fixierung ist Freiheitsberaubung Nach der in Deutschland geltenden Rechtslage stellt die Fixierung eine Freiheitsberaubung nach §239 des Strafgesetzbuchs (StGB) dar. Zivilrechtlich kann sich jeder Mitarbeiter bei Missachtung der gebotenen Standards und Voraussetzungen schadenersatzpflichtig machen (§§823, 847 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, BGB).



Bildnachweis: Katharina Moisch (nachgestellte Situation)

Abb. 2 Korrekte 5-Punkt-Fixierung mit Segufix-System

Die Rechtswidrigkeit einer Fixierung kann allerdings unter folgenden Umständen entfallen:

- ▶ Einwilligung des Betroffenen
- ▶ Notwehr bzw. Nothilfe (§ 32 StGB) [6]
- ▶ rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB) bzw. entschuldigender Notstand (§ 35 StGB) [6]
- ▶ Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz mit Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß § 1906 BGB bei bestehender Betreuung (oft bei geriatrischen Patienten)
- ▶ richterlich genehmigte Fixierung nach den landesspezifischen Unterbringungsgesetzen [5] (kommt nur in der Psychiatrie vor)

Die Fixierung darf nur so lange wie unbedingt nötig dauern.

Richterliche Genehmigung erforderlich? Bei akut fremdgefährdendem Verhalten in Zusammenhang mit fehlender Geschäftsfähigkeit wegen einer psychischen Störung kann man von einem Notfall ausgehen: Eine Fixierung ist dann meist problemlos einem rechtfertigenden Notstand als Rechtsgrundlage zuzuordnen. Schwieriger wird es bei selbstgefährdendem Verhalten wie Sturzgefährdung bei geriatrischen Patienten: Hier handelt es sich nicht um akute Notfälle, sondern um länger bestehende und auch vorhersehbare Probleme. Hier muss ein Vormundschaftsrichter die freiheitsentziehende Maßnahme genehmigen, z. B. wenn der Patient jede Nacht fixiert wird. Dies ist dann „regelmäßig“ und „länger dauernd“, wie es im Gesetz heißt.

Falls absehbar ist, dass der Patient längerfristig oder häufiger zu fixieren ist, muss man einen Richter hinzuziehen, der über die Rechtmäßigkeit der Fixierung entscheidet bzw. diese genehmigt.

Haftungsrisiko Fixierte Patienten unterliegen einer erhöhten Fürsorgepflicht, weil sie vollständig hilflos sind. Jegliche Komplikationen – v.a. solche, die auf eine fehlende kontinuierliche Überwachung zurückzuführen sind – bedingen deshalb ein sehr hohes Haftungsrisiko für den anordnenden Arzt bzw. das mit der Überwachung beauftragte Personal.

- ▶ Eine juristische Bewertung als grobe Fahrlässigkeit ist in solchen Fällen wahrscheinlich.

In Deutschland gibt es keine allgemein verbindlichen Fixierungsrichtlinien. Daher obliegt es der jeweiligen Einrichtung, eine klare Organisation oder Vorgehensweise zu erarbeiten. In diesem Fall trägt somit auch die Einrichtung das Haftungsrisiko.

Fallbeispiel

Fallbeschreibung Die Polizei bringt einen 30-jährigen, erheblich alkoholintoxizierten Patienten (2,5‰) mit einer stark blutenden Kopfplatzwunde in die Notaufnahme. Fremdanamnestic wird berichtet, dass es im Vorfeld zu einer gewalttätigen Auseinandersetzung in einer Diskothek kam. Der Patient wehrt sich vehement gegen Diagnostik und Wundversorgung. Er beginnt, in der Notaufnahme zu randalieren und wird übergriffig gegenüber dem diensthabenden Arzt. Einem ruhigen Gespräch ist er nicht zugänglich.

Fixierung gerechtfertigt Durch das tätliche und aggressive Verhalten gegenüber dem Personal liegt zunächst eine Fremdgefährdung vor. Außerdem hatte vor Einweisung eine tätliche Auseinandersetzung stattgefunden. Der aggressive Zustand ist krankhaft durch die Intoxikation bedingt. Erschwerend liegt eine Selbstgefährdung durch die blutende Wunde vor. Allein die Verweigerung der medizinischen Versorgung reicht hier als Indikation zur Fixierung aus, da der Patient seinen Willen aufgrund der Intoxikation nicht frei bestimmen kann. Der Patient ist nicht geschäfts- und einwilligungsfähig.

- ▶ Er erfüllt somit alle Kriterien für eine Fixierung. In diesem Fall kann man die Polizei direkt um Amtshilfe bitten. Allerdings: Im Rahmen der Ausnüchterung kann der Erregungszustand schnell abklingen. Daher muss man die Notwendigkeit einer Fixierung engmaschig prüfen und eine kontinuierliche Überwachung gewährleisten.

Fall abgeändert Angenommen, der obige Fall präsentiert sich etwas anders: Der Patient hat nur 1,0‰ und ist zwar verletzt, aber nicht vital

gefährdet. Obwohl er randaliert und eine Behandlung ablehnt, ist er wahrscheinlich einwilligungs- und geschäftsfähig: Die relativ geringe Intoxikation kann eine aufgehobene freie Willensbestimmung nicht begründen. Dieser Patient muss bei Behandlungsverweigerung also – gegen ärztlichen Rat – entlassen werden.

► Zwangsmaßnahmen wären hier nicht zu rechtfertigen.

Bei fremdgefährdendem Verhalten kann man ggf. die Polizei hinzuziehen. Naturgemäß gibt es im Übergangsbereich zwischen den beiden geschilderten Szenarien Grenzfälle, die kritische und abgewogene ärztliche Entscheidungen erfordern. Deren Gründe sollten dann sorgfältig dokumentiert werden.

► Das entscheidende Kriterium in beiden Beispielen ist die Einschätzung der Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit.

Fazit Patienten darf man nur unter strenger ärztlicher Indikationsstellung fixieren. Klar definierte Kriterien wie erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund einer Erkrankung müssen erfüllt sein. Der Arzt muss eine permanente Überwachung des Patienten während der Fixierung sicherstellen. Aus ethischen Gründen sollte eine Fixierung möglichst kurz dauern. ◀

Literatur

- 1 Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current opinion in Psychiatry* 2005; 18: 555–559
- 2 Gaebel W, Falkai P, Hrsg. DGPPN, S2 Praxisleitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2 Behandlungsleitlinie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten. Heidelberg: Springer; 2010
- 3 Steinert T, Bergk J. Aggressives und gewalttätiges Verhalten, Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Nervenarzt* 2008; 79: 359–370
- 4 Leitlinien Zwangsmaßnahmen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Sucht am ZfP Südwürttemberg, 12.09.2011
- 5 Steinert T, Hrsg. Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2008
- 6 Schirmer U, Mayer M, Martin V, Vaclav J, Gaschler F, Özköylü S, Hrsg. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege (S. 47). Hannover: Schlütersche; 2006
- 7 BGH NJW 1972, 335; OLG Hamm FGPrax 1997, 64

Kernaussagen

- Für eine Fixierung muss Folgendes erfüllt sein:
 - ▷ Notfall
 - ▷ mit erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung
 - ▷ und fehlender Geschäfts- bzw. Einwilligungsfähigkeit
- Die Anordnung erfolgt immer durch den Arzt nach sorgfältiger Indikationsstellung. Sie ist nicht rechtswidrig, wenn sie aus Notwehr oder bei Notstand erfolgt oder richterlich angeordnet ist.
- Man sollte unbedingt alternative Strategien zur Deeskalation abwägen und die Verhältnismäßigkeit beachten.
- Fixierte Patienten überwacht man kontinuierlich.
- Indikation, Art und Dauer der Fixierung werden dokumentiert.
- Für längere oder regelmäßige Fixierungen braucht man eine richterliche Genehmigung.



Dr. med. Deborah Fogel ist Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie arbeitet am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Südwürttemberg, Standort Ravensburg. E-Mail: deborah.fogel@zfp-zentrum.de



Prof. Dr. med. Tilman Steinert ist Chefarzt der Allgemeinen Psychiatrie am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Südwürttemberg, Standort Weissenau. E-Mail: tilman.steinert@zfp-zentrum.de

Interessenkonflikt Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1302472>