RECHT 01.01.2013

# Safety Clip: Einsatz freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen

Der Entfesselungskünstler Harry Houdini hatte ein Motto: „My brain is the key that sets me free" – „Mein Verstand ist der Schlüssel, der mich befreit". Während freiheitsentziehende Maßnahmen für Houdini künstlerisch-spielerischer Natur waren, sind sie für zahlreiche Menschen unfreiwillige Realität. Bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten Grunderkrankungen, z. B. Durchgangssyndrom, Delirium oder Demenz, müssen fixierende Maßnahmen mitunter zu ihrer eigenen Sicherheit

oder zum Schutz Dritter angewandt werden. Hinzu kommt, dass die Betroffenen meist nicht (mehr) in der Lage sind, ihren „Verstand als Schlüssel“ einzusetzen. Der Grad ihrer Abhängigkeit von anderen Menschen steigt mit der Schwere ihrer Erkrankung.

Dieser Artikel behandelt neben den Rechtsgrundlagen eine Darstellung von Haftungssituationen sowie rechtfertigende Gründe für das Anbringen von Fixierungen. Auch alternative Maßnahmen werden beschrieben. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende sollen für das Thema sensibilisiert werden, um die möglichen Vorgehensweisen bei Fixierungen berufsgruppenübergreifend besser abstimmen zu können.

Im Sinne der Patientenorientierung werden Handlungsspielräume aufgezeigt, um sowohl die Anzahl der Fixierungen als auch die Fixierungszeiträume zu reduzieren. Ist eine Fixierung nicht zu umgehen, ist immer die geringste freiheitsbeschränkende Maßnahme auszuwählen. Dabei sind die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen, das ordnungsgemäße und sichere Handling des eingesetzten Fixiersystems und die umfassende pflegerische Betreuung zu gewährleisten.

## Rechtliche Aspekte

Der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen bewegt sich immer im Spannungsfeld zwischen der Freiheit des/der Einzelnen und dem haftungsrelevanten Sicherheitsaspekt. Die haftungsrechtliche Rechtsprechung hebt als oberstes Gebot die Patientensicherheit hervor, während die betreuungsrechtliche stärker auf den Freiheitsaspekt abzielt.

Den menschlichen Grundrechten – z. B. Artikel 1 Abs.1 Grundgesetz: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ – steht im Krankenhaus die Fürsorgepflicht der Behandelnden zum Schutz von Patientinnen und Patienten sowie Dritter gegenüber – Artikel 2 Abs.1 Grundgesetz: „Recht auf körperliche Unversehrtheit“. Im gültigen Rechtssystem wird die Bewegungsfreiheit als hohes und durch die Grundrechte geschütztes Gut angesehen.

In dieses Recht kann nur mit einem förmlichen Gesetz eingegriffen werden. Unabdingbar ist eine richterliche Entscheidung über Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung. Ein allzu argloser oder nicht korrekter Umgang mit fixierenden Maßnahmen kann, auch wenn er dem Wohlergehen der Patientin/des Patienten dienen soll, zu straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen führen.

Artikel 104 des Grundgesetzes unterscheidet zwischen den Begriffen „Freiheitsbeschränkung“ und „Freiheitsentzug“. Die Freiheitsbeschränkung ist ein Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und Dauer. Für diese Maßnahme ist keine richterliche Entscheidung notwendig.

Ein Freiheitsentzug dagegen, der die Bewegungsfreiheit ausschließt, erfordert zwingend eine richterliche Entscheidung. Die Schwierigkeit liegt in der klaren Abgrenzung zwischen einer Freiheitsbeschränkung und einem Freiheitsentzug.

**Zivilrechtliche Freiheitsentziehung**

Freiheitbeschränkende Maßnahmen:

- Eingriff in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität oder Dauer
- Tatbestand der Freiheitsberaubung nach § 239 Strafgesetzbuch (StGB)
- Rechtfertigungsgrund „rechtfertigender Notstand“, § 34 StGB
- Einverständnis der Betreuerin/des Betreuers oder der/des Bevollmächtigten muss unverzüglich eingeholt werden

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

- Ausschluss der körperlichen Bewegungsfreiheit
- Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
- unterbringungsähnliche Maßnahmen, § 1906 Abs. 4 BGB

**Strafrechtlich** erfüllt die Patientenfixierung den Tatbestand einer Freiheitsberaubung. Laut § 238 StGB heißt das:

*„Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“*

Kann der oder die Betroffene seinen oder ihren Willen auf Bewegungsfreiheit nicht durchsetzen und ist die fixierende Maßnahme auf Dauer angelegt, liegt ein Freiheitsentzug bzw. eine Freiheitsberaubung vor.

Bei der Beurteilung, ob es sich um einen Freiheitsentzug oder eine Freiheitsberaubung handelt, ist ein wichtiger Aspekt zu berücksichtigen: In den vorherigen Ausführungen ist die *potenzielle* Bewegungsfreiheit gemeint, also die theoretische Möglichkeit der/des Betroffenen, sich bei nicht beeinträchtigter Bewegungsfreiheit fortbewegen zu können. Es kommt also nicht auf den aktuellen Willen bzw. das Bewusstsein des/der Betroffenen an. Auch Bewusstlose können von Rechts wegen ihrer Freiheit beraubt werden.

**Zivilrechtlich** können Geschädigte bei Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit auch Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machen. Im § 823 Abs. 1 BGB steht folgender Wortlaut:

*„Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit und die Freiheit eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstandenen Schadens verpflichtet.“*

Die vorgenannten rechtlichen Konsequenzen sind in den Fällen anzuwenden, wenn kein Rechtfertigungsgrund für die Freiheitsberaubung oder den Freiheitsentzug besteht.

## Rechtfertigungsgründe

Folgende Rechtfertigungsgründe für freiheitsentziehende Maßnahmen an Patientinnen und Patienten kommen in Betracht:

- Einwilligung der/des einsichtsfähigen Betroffenen oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters
- Notwehr
- mutmaßliche Einwilligung der/des Betroffenen (z. B. bei Bewusstlosen)
- Selbstgefährdung der Patientin/des Patienten, wenn eine gesetzliche Betreuung mit Einwilligung der betreuenden Person und eine Genehmigung des Vormundschafts-/Betreuungsgerichts vorliegt
- rechtfertigender Notstand, § 34 StGB, d.h. eine kurzfristige Fixierung ist zulässig
    - bei stark aggressivem Verhalten

- bei unkontrollierter motorischer Unruhe
- bei erheblichen Gefahren für sich und andere Personen
- wenn die Gefahr sich nur durch Fixierung abwenden lässt und nicht anders (persönliche Betreuung, therapeutische Intervention)

**Achtung:** Eine Rechtfertigung über § 34 StGB ist nicht möglich, wenn wegen einer personellen Unterbesetzung der Station freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen werden, um Verletzungsrisiken bei Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

In Akutkrankenhäusern stellt sich immer wieder die Frage, ob temporär desorientierte oder nicht einsichtsfähige Menschen – z. B. im Rahmen eines Durchgangssyndroms oder Deliriums – fixiert werden dürfen. Existiert bei der/dem Betroffenen keine formale Betreuung und ist absehbar, dass längerfristige oder regelmäßige Fixierungen erforderlich sind, ist, nach Absprache mit dem zuständigen Vormundschafts-/Betreuungsgericht, eine Betreuung im Eilverfahren zu beantragen. Dies ist der Fall bei einer über 24 Stunden dauernden oder regelmäßig wiederkehrenden Fixierung (hinsichtlich der Zeitspanne sind die Regelungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich). Bei Patienten, die bereits betreut werden, ist die Genehmigung des Vormundschafts-/Betreuungsgerichts erforderlich. Die alleinige Einwilligung der betreuenden Person genügt nicht.

Bei einer bestehenden gesetzlichen Betreuung ist zu beachten, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nur bei einer Selbstgefährdung zulässig sind. Bei einer Fremdgefährdung sind andere der genannten Rechtfertigungsgründe anzuführen. Bei Gefahr im Verzug darf das Pflegepersonal die Fixierung auch ohne entsprechende Anordnung vornehmen, muss diese aber umgehend, d.h. ohne schuldhaftes Verzögern, herbeiführen.

Die Rechtslage ist bei unter Betreuung Stehenden im Hinblick auf freiheitsentziehende Maßnahmen unterschiedlich und abhängig von der Einsichtsfähigkeit der Betroffenen.

- Einsichtsfähige Betreute = mit Einwilligung der/des Betroffenen ist die freiheitseinschränkende Maßnahme zulässig. Ausnahme: Ist ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet, müssen die Betreuungspersonen die Maßnahme (schriftlich) genehmigen.
- Nicht einsichtsfähige Betreute = entscheidend ist die Dauer der Fixierung; bei einmaliger oder kurzfristiger Fixierung reicht die (schriftliche) Einwilligung der Betreuungspersonen (Voraussetzung ist, dass deren Aufgabenkreis die Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen umfasst).

Für verantwortliche Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal gilt: Im Umgang mit Krisensituationen kommt es auf die richtige Verhaltensweise an, da in der Regel kurzfristige Entscheidungen zu treffen sind. Abgesehen von den gewünschten Therapieerfolgen geht es auch darum, Haftpflichtansprüche oder Strafverfolgungsmaßnahmen zu vermeiden.

Zu beachten sind Besonderheiten, die sich aus der Anwendung der Rechtsgrundlage für die freiheitseinschränkende Maßnahme ergeben. Den örtlich zuständigen Gerichten kommt dabei ein Beurteilungs- und Handlungsspielraum zu.

## Gründe für eine Fixierung in der Praxis

Nachfolgend sind Gründe für Fixierungen aufgeführt, die als kritisch anzusehen sind, wenn sie in der Indikationsstellung nicht näher spezifiziert werden (nach Hantikainen usw.).

| **Gründe für Fixierungen** | **Ereignisse** |
|---|---|
| patientenorientiert | Stürze und Verhalten |
| behandlungsorientiert | medizinisch-pflegerische Maßnahmen (z. B. Sonden) |
| sozialorientiert | Konfliktvermeidung |
| personal- und organisationsorientiert | Personalschlüssel und Recht (Einstellungen und Haltungen) |

Wenn die Anwendung fixierender Maßnahmen erwogen wird, ist es daher wichtig, eine eindeutige und detailliert formulierte Indikationsstellung zugrundezulegen.

Beispiele für Indikationen:

- erhebliche Sturzgefahr durch psychomotorische Unruhe und Desorientiertheit
- Verweigerung von notwendigen medizinischen Maßnahmen wie Infusions- oder Ernährungstherapie
- Gefährdung des Behandlungserfolges durch Entfernen lebensnotwendiger Zugänge wie Katheter, Trachealtubus, Sonde
- erwartete Verschlechterung des Gesundheitszustands durch übermäßige Unruhe und psychische Belastung
- Gefährdung von Mitpatientinnen und -patienten sowie Mitarbeitenden wegen akuter oder wiederkehrender krankheitsbedingter psychomotorischer Enthemmung oder aggressiver Ausbrüche

- konkrete erkennbare Suizidgefahr

Deshalb dürfen Fixierungen nur

- nach strenger Indikationsstellung,
- nach persönlicher ärztlicher Anordnung (unter physischer Anwesenheit des Arztes),
- zur Sicherheit der Patientin/des Patienten oder anderer Personen,
- nach Ausschöpfung von alternativen Maßnahmen

als letzte mögliche Intervention angewandt werden.

Als freiheitseinschränkende Maßnahmen werden im Zivilrecht folgende erachtet:

- mechanische Vorrichtungen

  - Gurte, Fixierungen an Bett oder Stuhl, Bettgitter, Fixierdecken, Zwangsjacken, Therapietische an Stuhl oder Rollstuhl
  - Schließmechanismen an Türen, Verhindern des Türöffnens
- Sedierungen
  - Gabe von Medikamenten, Schlafmitteln und Psychopharmaka (Achtung: Eine Psychopharmakabehandlung ohne therapeutische Begründung und ohne oder gegen den Willen der Patientin/des Patienten wird wie eine Fixierung angesehen!)
- sonstige
  - Ausüben von psychischem oder physischem Druck
  - Verbote, Zwang, List, Drohung, Wegnahme von Kleidung im Winter

Vor diesem Hintergrund sind die Haftungslagen wissenswert, die sich ergeben, wenn es im Rahmen einer Fixierung, insbesondere einer nicht angeordneten, zu einem Unfall gekommen ist:

- Schadenersatzverpflichtung nach § 280 Abs. 1 BGB und § 823 Abs. 2 BGB:
  - Verletzung der Sorgfaltspflicht bei Nichterfolgen einer angeordneten Schutzmaßnahme (z. B. Bettgitter)
  - Anordnung einer freiheitseinschränkenden Maßnahme, die nicht geboten war
- Schadensersatzverpflichtung nach § 323c StGB:
  - unterlassene Hilfeleistung mit Verletzungsfolge für die Patientin/den Patienten
  - Unterlassung der Ärztin/des Arztes, eine gebotene Fixierung anzuordnen
  - Unterlassung des Pflegepersonals, eine angeordnete Fixierung auszuführen
- Freiheitsberaubung nach § 239 StGB:
  - Einsperren von Menschen oder Freiheitsberaubung auf andere Art und Weise
  - Versuch der Freiheitsberaubung
- Fahrlässige Tötung nach § 222 StGB oder Körperverletzung nach § 223

## Vorgehen bei Einsatz freiheitsbeschränkender/-entziehender Maßnahmen

Die Entscheidung, ob und, wenn ja, in welchem Umfang eine Fixierung notwendig ist, sowie die Betreuung/Überwachung fixierter Personen wird in den Einrichtungen des Gesundheitswesens unterschiedlich gehandhabt. Auf den Allgemeinpflegestationen in Krankenhäusern z. B. muss häufig kurzfristig über die Einleitung fixierender Maßnahmen entschieden werden, wobei die personellen Ressourcen oft stark begrenzt sind. Meist sind in solchen Fällen nur kurzzeitige Fixierungen von Patientinnen oder Patienten notwendig.

In den akutklinischen Bereichen fällt es den Mitarbeitenden des Arzt- und Pflegedienstes erfahrungsgemäß sehr schwer, sich gedanklich mit Handlungsalternativen zur Fixierung auseinanderzusetzen. Die Beschäftigten sehen sich vor die Situation gestellt, darüber entscheiden zu müssen, welcher Freiraum dem Patienten/der Patientin einzuräumen und welches Maß an Absicherung erforderlich ist.

Häufig wird die Entscheidung über Art/Umfang von Fixierungen und über Überwachungsmaßnahmen nur von wenigen Mitarbeitenden getroffen und durch den richterlichen Beschluss legitimiert. Die Kriterien, die der Entscheidung zugrunde gelegt werden, sind im restlichen Team mitunter weder einheitlich abgestimmt noch transparent. Das kann u.a. zur Folge haben, dass Vereinbarungen nicht konsequent umgesetzt werden. Aus diesem Grund ist zu empfehlen, Art/Umfang einer Fixierung und Überwachungsmaßnahmen im interprofessionellen Team vorab abzustimmen. Dabei können und sollen auch Angehörige der zu betreffenden Person einbezogen werden.

Es empfiehlt sich des Weiteren, dass sich Verantwortliche in akutklinischen Bereichen berufsgruppenübergreifend und systematisch mit der möglichen Vermeidung und Reduzierung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen auseinandersetzen – ohne den Anspruch, die Ergebnisse der Überlegungen umgehend in vollem Umfang umzusetzen. Vielmehr ist zunächst anzustreben, dass besonders geschulte „Experten/Mentoren“ die Beschäftigten auf den Allgemeinpflegestationen in dieser Themenstellung unterstützen, analog Wundmanagern oder Stomatherapeuten, wie es sie bereits in Krankenhäusern gibt. Diese „Experten/Mentoren“ können – und sollen – bei allen anstehenden Entscheidungen über freiheitsentziehende Maßnahmen als Beratende hinzugezogen werden.

**Ärztliche Verantwortung beim Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen**

verantwortlich für die Art und Dauer der angeordneten freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Urteilsbildung durch persönliche Untersuchung

- Abwägen von Alternativmaßnahmen
- medizinische Indikationsstellung und Dokumentation der Indikation
- Aufklärungspflicht über beabsichtigte freiheitseinschränkende Maßnahmen gegenüber Patientinnen/Patienten sowie Angehörigen/Betreuenden
- Festlegung des Kontrollintervalls zur Festlegung, ob eine Fixierungsfortsetzung notwendig ist (max. 24 h), Einholen der richterlichen Genehmigung
- schriftliche Anordnung der Überwachungsmaßnahmen
- Berücksichtigung der individuellen Gefahrenlage (bei Risikopatienten/-patientinnen ist eine lückenlose optische und akustische Überwachung indiziert)
- Fixierungsplanung (gemeinsam mit dem Pflegepersonal)

## Erkenntnisse aus Studien und alternative Maßnahmen

Eine Studie der Universitäten Witten/Herdecke und Hamburg, bei der 18 Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen und Hamburg über ein halbes Jahr lang beobachtet wurden, hat ergeben, dass die Fixierung von Patientinnen/Patienten oft vermeidbar ist.

Im Rahmen der Studie wurden die Pflegenden der einen Vergleichsgruppe spezifisch im Hinblick auf eine Vermeidung/Reduzierung von Fixierungen geschult. Die zweite Vergleichsgruppe erhielt kein entsprechendes Briefing. Das Ergebnis: In der geschulten Gruppe ging die Zahl der Freiheitsbeschränkungen von 31,5 Prozent auf 22,6 Prozent zurück, ohne dass die Zahl der Sturzereignisse zunahm und ohne dass zusätzlich Medikamente verabreicht wurden. Als entscheidend für die Reduzierung von Fixierungen erwies sich dabei die innerliche Haltung der Pflegenden.

Sicherlich sind die Bedingungen in Pflegeheimen nicht eins zu eins auf den Krankenhausalltag zu übertragen. Dennoch hat die Studie gezeigt, dass es sich lohnt, über alternative Maßnahmen zu Fixierungen intensiver nachzudenken als bisher und die Umsetzung weiter voranzubringen.

Zu den alternativen Maßnahmen gehören u. a. der Einsatz von Niederflurbetten und Hüftschutzhosen (zur Reduzierung von Verletzungen bei Stürzen) sowie Sensormatten vor dem Bett (zur Information der Pflegenden bei unkontrolliertem Aufstehen).

## Risiken und Sicherheitshinweise beim Einsatz von Bandagen-/Gurtsystemen

Ein Risiko bei Fixierungen ist, dass bei nicht fach- und sachgerechtem Einsatz von Bandagen-/Gurtsystemen Verletzungen bis hin zur Strangulation auftreten können. Ein Gutachter der TU Berlin, Prof. Dr.-Ing. U. Boenick (25.04.2001), stellte bei der Überprüfung des Bandagensystems SEGUFIX 2201 M beispielsweise fest, dass Patienten/Patientinnen sich verletzen können, wenn die Bandagen zu locker angebracht sind. Aus diesem Grund sind in dem Gutachten u.a. folgende Empfehlungen hinterlegt, die hier beispielhaft aufgeführt sind:

- Einsatz des Bandagen-/Gurtsystems immer nach Herstellerangaben unter Verwendung seitlicher durchgehender Bettgitter (ohne Seitenbefestigungen, die verhindern, dass der Patient/die Patientin sich über den Bettrand hinaus quer zur Körperachse dreht, sind Strangulationen möglich, mitunter mit Todesfolge)
- ggf. Einsatz zusätzlicher Fixierungselemente (je nach Mobilität der Patientin/des Patienten)
- Weiterentwicklung des Bandagen-/Gurtsystems, damit auch bei nicht kooperativen Patientinnen/Patienten ein festes Anlegen des Bauchgurtes möglich ist

**Grundsätze/Präventionsmaßnahmen bei einer notwendigen Fixierung**

- Freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen werden nach Prüfung alternativer Maßnahmen als letzte zur Verfügung stehende Möglichkeit vorgenommen.
- Zu wählen ist die Maßnahme mit dem geringstmöglichen Grad der Freiheitsbeschränkung/-entziehung, die den Zweck erfüllt.
- Bei der Wahl ist das Ausmaß eines potenziellen Schadens (z. B. Immobilisierung) gegenüber dem Nutzen abzuwägen.
- Eine schriftlich fixierte ärztliche Anordnung (Einsatz eines Standardformulars) ist vor der Fixierung zwingend notwendig (Inhalte der Anordnung: Name des anordnenden Arztes/der anordnenden Ärztin, Daten der zu fixierenden Person, Rechtfertigungs-/Anordnungsgrund bzw. Anlass, Art, Umfang und Dauer der Fixierung – max. bis 24 Stunden ohne erneute schriftliche Anordnung). Ausnahmen sind die Rechtfertigungsgründe „Notwehr“ oder „Notstand“.
- Die Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahme ist in definierten Zeitabständen zu überprüfen und zu dokumentieren.
- Zur Verminderung des Verletzungsrisikos ist die fachgerechte und korrekte Durchführung der Fixierungsmaßnahme entsprechend der Herstellerinformation zu gewährleisten. Hierfür sind regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden erforderlich.
- Eine adäquate Überwachung (z. B. optische oder akustische Beobachtung) der fixierten Person ist zu gewährleisten und nachvollziehbar zu dokumentieren (Standardformular Fixierungsprotokoll).

## Risikomanagement

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Auswahl und dem Einsatz freiheitsbeschränkender/-entziehender Maßnahmen nach sorgfältiger Prüfung (inklusive Alternativen) die sach- und fachgerechte Durchführung der Fixierung sowie die Überwachung der fixierten Person von großer Bedeutung für die Patientensicherheit anzusehen sind.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage per E-Mail via passion_chirurgie@bdc.de.

*Hinke, K. Safety Clip: Einsatz freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen. Passion Chirurgie. 2013 Januar; 3(01): Artikel 03_03.*