

Die Zulässigkeit von Patientenfixierungen

Zu den rechtlichen Grenzen im Umgang mit gefährlichen und gefährdeten Patienten im Krankenhausalltag

Zunächst darf ich mich für die freundliche Einladung als Referent und auch für Ihr zahlreiches Kommen bedanken.

I. Einleitung und Gang der Darstellung

1. Einleitung

Ich bin gebeten worden, heute über die rechtliche Zulässigkeit von Patientenfixierungen zu referieren. Das heutige Thema ist von einer hohen praktischen Bedeutung in ihrem täglichen Krankenhausalltag und im Umgang mit Patienten. Regelmäßig werden Sie in ihrem Klinikalltag mit aggressiven, alkoholisierten oder drogenabhängigen, psychisch Kranken, dementen oder auch einfach nur mit unvernünftigen Patienten konfrontiert, die Ihre ärztliche oder pflegerische Hilfe benötigen. Es stellt sich dann die Frage, wie mit diesen Personen umzugehen ist; insbesondere welche Maßnahmen von Ihnen ergriffen werden dürfen oder sogar müssen, um diese Patienten vor sich selbst aber auch ggfs. Dritte vor diesen Patienten zu schützen.

Der ein oder andere von Ihnen hat sicherlich schon schwierige Situationen erlebt und sich dabei gewünscht, man könnte den Patienten einfach an sein Bett binden, in einen sicheren Raum sperren oder ihn medikamentös ruhig stellen, bis die von ihm ausgehende Gefahr vorüber ist.

Bedauerlicherweise oder glücklicherweise lässt der Gesetzgeber und unsere Rechtsordnung ein solches Vorgehen gegenüber dem Patienten nur unter äußerst engen Voraussetzungen zu.

Deshalb möchte ich Ihnen heute die gesetzlichen Regelungen, rechtlichen Grenzen und tatsächlichen Umstände von ruhigstellenden Maßnahmen näher darstellen. Ziel meiner Ausführungen ist es, Sie im rechtlichen Umgang mit gefährlichen oder gefährdeten Patienten zu schulen, Ihnen die rechtlich zulässigen Grenzen der einzelnen Maßnahmen zu skizzieren und Ihr Gerechtigkeitsgefühl für die jeweiligen Einzelfälle zu sensibilisieren.

2. Gang der Darstellung

Zunächst werde ich Ihnen gleich einige Beispielfälle schildern und von Ihnen wissen, ob Sie die dort erwähnten Maßnahmen für zulässig erachten oder nicht. Am Ende meines Vortrages werden wir dann gemeinsam die Lösung finden.

Im Anschluss an die Beispielfälle werde ich Ihnen verdeutlichen, dass jede Patientenfixierung einen erheblichen Eingriff in die Grundrechte des Patienten darstellt und welche strafrechtlichen und zivilrechtlichen Folgen eine rechtswidrige Fixierung haben kann.

Anschließend werden wir uns mit den Rechtfertigungsgründen befassen, also uns der Frage zuwenden, wann eine Fixierung zulässig ist.

Danach werden wir uns mit den Folgen einer unterlassenen Fixierung beschäftigen. Hier stellt sich beispielsweise die Frage, ob Verletzungen des Patienten durch eine Fixierung hätten vermieden werden können und ob Sie das Risiko und die Verantwortung für die Verletzungen tragen.

Abschließend werden wir die allgemeinen Grundsätze, welche bei jeder Fixierung zu beachten sind, wie beispielsweise die regelmäßige Kontrolle, besprechen.

II. Beispielfälle

Bevor ich nun mit im einzelnen auf die Rechtslage eingehe, würde mich einfach interessieren, wie sie mit einigen von mir gebildeten Beispielfällen umgehen würden. Hierzu darf ich Sie bitten, nach jedem Beispielfall durch Handzeichen für oder gegen die in den Beispielfällen genannten Maßnahmen zu entscheiden. Ich werde das Ergebnis der Abstimmung zunächst nicht kommentieren, allerdings am Ende des Vortrages die Beispielfälle wieder aufgreifen und dann gegebenenfalls eine neuerliche Abstimmung vornehmen und im Anschluss daran auch eine rechtliche Beurteilung abgeben.

Beispiel 1:

Am Rosenmontag wird ein stark alkoholisierter Patient in die Ambulanz eingeliefert, der sich bei einem Sturz durch ein Kneipenfenster Schnittverletzungen zugezogen hat. Als sich der Arzt die stark blutenden Wunden anschauen will, weigert sich der Patient und droht dem Arzt mit Prügel. Da der Arzt die Blutung stillen will, ruft er zwei Pfleger, damit diese den Patienten während der Untersuchung festhalten. Darf es das?

Beispiel 2:

Dem Arzt gelingt es den alkoholisierten Patienten ohne den Einsatz der Pflegekräfte zu beruhigen und untersucht diesen. Hierbei diagnostiziert er neben den Schnittverletzungen auch eine schwere Gehirnerschütterung. Der Patient ist zunächst damit einverstanden, dass er die Nacht über zur Kontrolle im Krankenhaus bleibt. Nachdem der Patient zunächst ruhig schläft, wacht er gegen 2:00 Uhr auf und will das Krankenhaus verlassen. Schwester S lässt ihn gehen. Zu recht?

Beispiel 3:

Ein 10-jähriger Junge ist beim Spielen vom Baum gefallen. Es besteht der Verdacht einer Lendenwirbelfraktur so dass der Junge stationär aufgenommen wird. Der Junge, dessen Eltern noch nicht erreicht werden konnten, hat alleine schreckliche Angst und versucht permanent sein Bett zu verlassen. Der Arzt ordnet darauf hin an, den Jungen in seinem Interesse anzubinden. Darf er das?

Beispiel 4:

Eine 80-jährige verwirrte aber körperlich noch sehr robuste Patientin möchte nachts immer wieder das Krankenhaus verlassen. Aus diesem Grunde ordnet der Arzt die Anbringung eines Gitters am Bett an, damit die Patientin das Bett nicht verlassen darf. Ist dies zulässig?

III. Grundrechtsbetroffenheit

Wie bereits erwähnt, möchte ich Ihnen an dieser Stelle noch nicht die rechtliche Lösung vorgeben, sondern diese gemeinsam mit Ihnen erarbeiten.

Der Begriff der Fixierung taucht in keiner gesetzlichen Regelung auf. Bis in die 80er Jahre wurde daher für Fixierungen ebenso etwa für Bettgitter kein besonderer Legitimationsbedarf gesehen. In psychiatrischen Krankenhäusern wurde argumentiert, dass die Fixierungen im Rahmen der geschlossenen Unterbringung bereits durch die Unterbringungsbeschluss legitimiert sei, der alle weiteren psychiatrisch begründeten Maßnahmen einschließe. Erst seit einer Entscheidung des BayObLG aus dem Jahre 1993 hat sich ein Wandel dahingehend eingestellt, dass auch die Durchführung unterbringungsähnlicher Maßnahmen, wozu jede Freiheitsbeeinträchtigung wie die Fixierung gehört, genehmigungsbedürftig sind.

Der Wandel zeigt sich auch im Umgang mit ruhigstellenden Medikamenten. Während bis in die 80er Jahre die Ruhigstellung durch Medikamente durchweg der ärztlichen Behandlung zugeordnet und nicht unter dem Aspekt der Freiheitsbeschränkung reflektiert wurde und dementsprechend kein juristischer Legitimationsbedarf gesucht wurde, hat auch hier mittlerweile ein Umdenken stattgefunden.

Ausgangspunkt der neuen Sichtweise ist, dass jede ruhigstellende Maßnahme in die Grundrechte des Patienten eingreift.

1. Art 1 I GG (Schutz der Menschenwürde)

So schützt das Grundgesetz in Art 1 I GG als wichtigstes individuelles Gut die Würde des Menschen. Art 1 I GG verbietet insbesondere jede erniedrigende und entwürdigende Behandlung anderer.

Als Verstoß gegen die Menschenwürde und namentlich als Quälerei wurde beispielsweise vom OLG Köln in einer Entscheidung aus dem Jahre 1992 die Fixierung eines manisch erregten Patienten ohne ausreichende Sedierung bezeichnet.

2. Art 2 I GG (Allgemeine Handlungsfreiheit)

Neben der Verletzung der Würde des Menschen ist bei Patientenfixierungen regelmäßig das Grundrecht auf körperlichen Bewegungsfreiheit betroffen. Das Grundgesetz garantiert in Artikel 2 Abs. 1 Satz 1 GG die Freiheit der Person als unverletzliches Recht des einzelnen. Bereits die Tatsache, dass die Freiheit der Person direkt hinter der in Art 1 GG geregelten Würde des Menschen und somit quasi an der Spitze der Verfassung steht, belegt, wie wichtig dieses Grundrecht unseren Verfassungsgebern und somit unserer Rechtsordnung ist.

Ergänzt wird Artikel 2 GG durch Artikel 104 GG. Dieser unterscheidet zwischen bloßen Freiheitsbeschränkungen einerseits und dem Freiheitsentzug andererseits. Während eine bloße Freiheitsbeeinträchtigung „nur“ auf Grund eines Gesetzes zulässig sein muss, bedarf es bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme immer noch zusätzlich einer **richterlichen Entscheidung**.

Die Abgrenzung zwischen einer bloßen Freiheitsbeschränkung für die keine richterliche Entscheidung erforderlich ist und einem Freiheitsentzug, für die die richterliche Entscheidung zwingend vorgesehen ist, ist schwierig. Maßgebend für die Beurteilung sind insbesondere die Intensität und die Dauer des Eingriffs. Hierauf werden wir aber noch später zurückkommen.

3. Zwischenergebnis

Wichtig ist mir an dieser Stelle nur, dass Ihnen klar ist, dass jede Patientenfixierung einen erheblichen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit des Patienten darstellt und zwar entweder in Form einer bloßen Freiheitsbeschränkung oder auch in Form eines Freiheitsentzuges.

IV. Strafrechtliche und zivilrechtliche Folgen einer rechtswidrigen Ruhigstellung des Patienten

Wie wichtig dem Staat insbesondere die Achtung der Bewegungsfreiheit des Einzelnen ist, zeigt die Tatsache, dass jede unerlaubte bzw. rechtswidrige Patientenfixierung sowohl eine strafrechtliche wie auch eine zivilrechtliche Haftung auslösen kann:

1. Strafrechtliche Konsequenzen

a) Freiheitsberaubung

Strafrechtlich erfüllt die Fixierung zunächst des Straftatbestand der Freiheitsberaubung nach § 238 StGB. Wörtlich heißt es dort:

„Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

aa) Begriff des Freiheitsentzugs

Eine Freiheitsentziehung bzw. Freiheitsberaubung liegt insbesondere immer dann vor, wenn der Betroffene seinen Willen, sich frei zu bewegen, wohin und wann er will, nicht durchsetzen kann und wenn diese Maßnahme auf Dauer angelegt ist.

Wichtig ist, dass es nicht auf den aktuellen Willen des Betroffenen ankommt, sich tatsächlich fortbewegen zu wollen, sondern alleine auf dessen potentielle Bewegungsfreiheit. Es genießt also selbst derjenige Schutz, der sich im Augenblick der Tat gar nicht fortbewegen will oder von seiner Einsperrung nichts merkt. Entscheidend ist allein, dass er sich ohne die Beeinträchtigung seiner Bewegungsmöglichkeit fortbewegen könnte, wenn er wollte. Auch Schlafende und Bewusstlose können somit ihrer Freiheit beraubt werden.

In einem Fall hat das BayOblG allerdings entschieden, dass ein 7 Monate alter Säugling, der in seinem Kinderzimmer eingeschlossen wurde, kein taugliches Objekt für eine Freiheitsberaubung sein könne, da Kleinstkinder im ersten Lebensjahr noch die Fähigkeit zur willkürlichen Veränderung ihres Aufenthaltsortes fehle. Ob das so richtig ist.

bb) Einzelne freiheitsentziehende Maßnahmen

Den klassischen Fall eines Freiheitsentzugs stellt das **Einsperren** des Patienten in sein Zimmer dar. Gleiches gilt entsprechend dem gerade gesagten für die Fälle, in denen das Zimmer zwar nicht tatsächlich abgeschlossen wird, dem Patienten jedoch vorgespiegelt wird, es sei abgeschlossen.

Einen ebenso wichtigen Fall der Freiheitsberaubung eines Patienten stellt dessen **Anbinden an ein Bett** mittels Hand- oder Fußfesseln dar. Dies ist wohl der bekannteste und entscheidendste Aspekt der Fixierung von Patienten. Zwar existiert eine Entscheidung des AG Recklinghausen, wonach eine Fixierung mittels Bauchgurt nur eine freiheitsbeschränkende Maßnahme darstelle; die überwiegende Anzahl der Gerichte qualifiziert ein derartiges Angurten allerdings zu recht als Freiheitsentzug. In diesen Fällen ist dem Patienten nämlich nicht nur die Möglichkeit genommen, sich im Raum frei zu bewegen, sondern vielmehr ist er dringend auf Hilfe angewiesen, um seinen alltäglichen Bedürfnissen nachzukommen.

Gleiches gilt das Anbinden mittels Bauchgurt am Stuhl. Zu beachten ist aber, dass **Sitzgurte** – die an einen Stuhl oder einen Rollstuhl befestigt werden und die bloße Aufgabe haben, dass der Patient nicht aus einem Stuhl fällt, allerdings dann keinen Freiheitsentzug darstellen, wenn der Patient aus eigener Kraft nicht den Rollstuhl verlassen kann; sie dienen dann eher einer erhöhten Mobilität.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass auch **sedierende Medikamente**, die eine Ruhigstellung bezwecken, genehmigungspflichtig sind. Auch hier wird der Patient in seiner individuellen Freiheit sich zu bewegen und an beliebigen Orten aufzuhalten beschränkt. Eine Vielzahl von Medikamenten, die für andere therapeutische Zwecke eingesetzt werden können, haben als Nebenwirkung sedierende Folgen, wären also nach dem BTMG nicht genehmigungspflichtig. Allerdings ist zu beachten, dass gerade Psychopharmaka, die eine Wesensveränderung bewirken – oder langfristige gesundheitliche Risiken mit sich bringen, gem. § 1904 BGB genehmigungspflichtig sind, unabhängig einer oftmals sedierenden Wirkung.

Oftmals praktiziert und deshalb bereits als umgänglich angenommen ist auch die Anbringung von **Bettgittern**. Hier wird der Patient, insbesondere altersschwache und labile Menschen, allein durch das geringe Hindernis von Bettgittern gezwungen, im Bett zu verbleiben und gegebenenfalls Hilfe zu erbitten.

Aber auch ganz banale Dinge wie das Entfernen oder Abschalten der Glocke, die Wegnahme eines Rollstuhls, Rollators oder einer Krücke können freiheitsentziehende Maßnahmen darstellen; selbst das Verbot zu telefonieren oder der Verbot, Besuche zu empfangen.

b) Weitere Straftatbestände

Neben der Freiheitsberaubung kommt bei einer ruhigstellenden Maßnahme regelmäßig auch eine Strafbarkeit wegen einer **Nötigung** und eine **Körperverletzung** dar.

2. Zivilrechtliche Konsequenzen

Die Beeinträchtigung der körperlichen Bewegungsfreiheit zieht aber regelmäßig nicht nur eine strafrechtliche Ahndung nach sich, sondern führt in der Regel auch zu **Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen** des Geschädigten. So heißt es in § 823 Abs. 1 BGB:

*„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.“*

Bei einer Verletzung der Freiheit und Bewegungsmöglichkeit steht dem Verletzten deshalb ein Anspruch auf Schadensersatz zu, der unter Umständen mit hohen finanziellen Einbußen des Verletzers verbunden ist. Darüber hinaus kann dem Geschädigten sogar ein Schmerzensgeldanspruch zustehen.

3. Zusammenfassung

Zusammenfassend bleibt somit festzuhalten, dass die Bewegungsfreiheit in unserem Rechtssystem eine überragende – grundrechtlich geschützte - Bedeutung besitzt und deshalb ein allzu lascher Umgang – selbst zum vermeintlichen Wohle des Patienten - gefährlich sein kann, da die Beeinträchtigung der körperlichen Bewegungsfreiheit eines Patienten, nicht nur strafrechtliche Folgen für den Einzelnen haben kann, sondern auch finanzielle Konsequenzen begründet.

In diesem Zusammenhang ist im übrigen darauf hinzuweisen, dass die zivil- und strafrechtlichen Folgen jeden Einzelnen treffen, d. h. auch Arbeitnehmer sind bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten verpflichtet, den entstandenen Schadensersatz- und Schmerzensgeldanspruch zu einem überwiegenden Teil zu tragen. Die Pflegekräfte exkulpiert insoweit auch nicht eine entsprechende Anordnung des Arztes.

V. Rechtfertigungsgründe

Strafbar bzw. schadensersatzpflichtig macht man sich aber nicht schon dann, wenn man ein Verhalten an den Tag legt, das in einer Vorschrift des Strafgesetzbuches beschrieben ist. Das Verhalten muss zudem auch rechtswidrig gewesen sein. Die beschriebenen Konsequenzen treten also nur dann ein, wenn die Fixierung rechtswidrig war.

Rechtswidrig ist eine freiheitsentziehende Maßnahme aber nur dann, wenn kein Rechtfertigungsgrund eingreift. Zu prüfen ist demnach, welche der folgenden Rechtfertigungsgründe in Betracht kommen:

- **Einwilligung** des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters
- **Notwehr**
- **Notstand**
- **Mutmaßliche Einwilligung** des Betroffenen
- Einschlägige **Betreuung** mit Einwilligung des Betreuers und Genehmigung des Vormundschaftsgerichts

1. Einwilligung des Betroffenen

Einfach stellt sich die Situation dar, wenn der Patient wirksam in die Ruhigstellung einwilligt; also etwa mit einem Gitter am Bett einverstanden ist. Mit der Einwilligung des einsichtsfähigen Patienten sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie z.B. Bettgitter immer zulässig. Einwilligen kann allerdings – mit Ausnahme des unter Betreuung stehenden oder der Minderjährigen - **nur der Betroffene selbst**.

Achtung:

Auch wenn die gängige Praxis eine andere ist, muss nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass Äußerungen von **Angehörigen**, auch nächster Angehöriger wie Ehegatten, Kinder usw. – grundsätzlich irrelevant sind: Angehörige haben hier keine Entscheidungskompetenz.

Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung ist u.a., dass der Betroffene **einsichtsfähig** ist. Das heißt aber nicht, dass er auch geschäftsfähig sein muss. Für die Einsichtsfähigkeit reicht es aus, wenn der Patient seine Situation und die Bedeutung der freiheitseinschränkenden Maßnahme, in die er einwilligt, erfasst. Daraus folgt die praktische Konsequenz, dass selbst ein unter Betreuung stehender Patient grundsätzlich wirksam einwilligen können, wenn nicht ein einschlägiger Einwilligungsvorbehalt besteht.

Wirksam ist auch eine Einwilligung, die im Zustand der Einwilligungsfähigkeit für einen späteren **Zeitpunkt**, zu dem die Einsichtsfähigkeit krankheitsbedingt eingeschränkt ist, gegeben wird. Daher kann es sinnvoll sein, mit den Patienten rechtzeitig über diese Maßnahmen zu sprechen und ihm zu ermöglichen, vorsorglich eine entsprechende Einwilligungserklärung zu geben.

Handelt es sich um **minderjährige Patienten**, ist zu beachten, dass für Fixierungen stets die Einwilligung **beider** Erziehungsberechtigten einzuholen ist; etwas anderes gilt nur, wenn der Minderjährige selbst ausreichend einsichtsfähig ist.

2. Notwehr und Notstand

Schwieriger sieht es aus, wenn der Patient keine Einwilligung erteilt.

Zeigt sich der Patient etwa durch Einnahme von Rauschmitteln gegenüber Ihnen oder anderen Patienten aggressiv kommen als Rechtfertigungsgründe zunächst die Notwehr und der Notstand in Betracht.

a) Notwehr

Die Notwehr setzt zunächst einen **gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff** voraus. Der einmalige Schlag, der Tritt oder das Wegstoßen der Pflegekraft durch den Patienten ist mit der vollzogenen Handlung beendet. Ist keine Wiederholung zu befürchten, ist der Angriff nun nicht mehr gegenwärtig, so dass Gegenreaktionen der Pflegekraft nicht mehr durch Notwehr gerechtfertigt sind.

Durch Notwehr gerechtfertigt ist aber nur die zur Abwehr eines Angriffs **erforderliche Verteidigung**. Das heißt: Stehen mehrere gleich geeignete Verteidigungsmittel zur Verfügung und besteht Zeit zur Auswahl, dann ist das Mittel zu wählen, das den Angreifer weniger verletzt.

Darüber hinaus ist das Notwehrrecht bei Angriffen schuldlos Handelnder zusätzlich eingeschränkt. Schuldlos handeln insbesondere Kinder, Betrunkene oder Geisteskranke. Hier verlangt die Rechtsordnung zunächst ein Ausweichen, wenn es dem Angegriffenen möglich ist; wo keine Ausweichmöglichkeit besteht, ist zunächst Schutzwehr und erst dann Trutzwehr unter möglicher Schonung des Angreifers zulässig.

b) Rechtfertigender Notstand

Auch hier muss eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die **Gefahr** einer Rechtsgutbeeinträchtigung muss **gegenwärtig** sein, also unmittelbar bevorstehen oder sich bereits realisiert haben.
- Die Gefahr darf **nicht anders abwendbar** sein als durch die Fixierung.
- Die Fixierung muss ein **angemessenes Mittel** zur Gefahrenabwehr sein.
- Im Rahmen einer **Interessenabwägung** muss das geschützte Interesse (Gesundheit des Patienten) das beeinträchtigte Interesse (Freiheit, Selbstbestimmungsrecht) wesentlich überwiegen.

Ein rechtfertigender Notstand liegt z.B. vor, wenn ein Patient sich nach einer Operation vorübergehend in einem Durchgangssyndrom befindet. Hier ist eine Fixierung rechtmäßig. Es besteht sogar eine Verpflichtung dazu, denn sonst können Arzt und Pflegenden wegen pflichtwidrigen Unterlassens zivil- und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden.

Gleiches gilt, wenn sich jemand durch Suizidabsichten, durch Verwirrtheit – z.B. ständiges Weglaufen und Gefährdung durch Stürze und totale Orientierungslosigkeit.

Ein Beispiel zu den **Grenzen** des rechtfertigenden Notstands:

Ein Patient reißt sich im Schlaf den Infusionsschlauch samt venösem Zugang heraus, so dass er nicht mehr mit den notwendigen Medikamenten versorgt wird. Abhilfe könnte durch eine Fixierung erreicht werden, die der einsichtsfähige Patient trotz wirksamer Aufklärung allerdings ablehnt. Hier kann sich die Pflegekraft nicht unter Berufung auf den rechtfertigenden Notstand über den Willen des einsichtsfähigen Patienten hinweg setzen und diesen gleichwohl fixieren.

Aufgrund seines **Selbstbestimmungsrechts** kann der Patient selbst lebensrettende Maßnahmen ablehnen. An diesen Willen ist jeder Behandler gebunden. Eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen wäre eine strafbare Handlung. In dem obigen Beispiel bleibt somit nur die Möglichkeit, die Behandlung wegen zu großen Risikos abubrechen.

Eine gerechtfertigte Notstandsmaßnahme kann die Fixierung eines Patienten gegen den Willen eines einsichtsfähigen Patienten jedoch dann sein, wenn dieser Mitpatienten oder Mitarbeiter erheblich gefährdet. In diesem Fall der **Fremdgefährdung** besteht die Verpflichtung, zum Schutz Dritter geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

c) Zusammenfassung

Notwehr und Notstand ist gemeinsam, dass Ihnen in diesen Fällen die rechtliche Möglichkeit zusteht, angemessene und verhältnismäßige Abwehrhandlungen vorzunehmen. Diese Abwehrhandlung muss die sofortige Beendigung der Gefahr bzw. des Angriffs erwarten lassen und gleichzeitig das **schonendste Mittel** sein.

Naturgemäß gehen ihre Abwehrrechte bei einem gegenwärtigen Angriff des Patienten weiter, als bei einer „bloßen“ Drohung. Werden Sie beispielsweise durch einen Patienten angegriffen und besteht die Gefahr, hierdurch schwere Verletzungen davonzutragen, so steht Ihnen die Möglichkeit zu, diesen Patienten zu fixieren. Sobald die Fixierung erfolgt ist und sich der Patient beruhigt hat bzw. von seinem Angriffsziel ablässt, muss die Fixierung wieder rückgängig gemacht werden.

Im Gegensatz dazu darf der drohende Patient nicht sofort gefesselt oder fixiert bzw. mit Medikamenten ruhig gestellt werden, wenn bereits ein milderer Mittel, wie beispielsweise eine beruhigende Stimme oder ein Eingehen auf den Patienten, zur Verfügung steht. Hat diese Handlungsmöglichkeit jedoch keine Aussicht auf Erfolg, darf auch bei einer bloßen Drohung zu schwerwiegenderen Eingriffsmöglichkeiten geschritten werden.

3. Mutmaßliche Einwilligung

Bei der sogenannten mutmaßlichen Einwilligung handelt es sich um einen Rechtfertigungsgrund, der immer dann Platz greift, wenn nach der Sachlage eine wirksame Einwilligung nicht eingeholt werden kann, nach den Umständen aber zu erwarten ist, dass der Patient seine Zustimmung erteilt hätte, weil der Rechtsguteingriff in seinem höherrangigen Interesse liegt. Wichtig ist, dass ein erkennbar entgegenstehender Wille des Patienten – mag er bei objektiver Betrachtung auch noch so unvernünftig sein – stets zu beachten ist und rechtfertigt ein davon abweichendes Verhalten jedenfalls nicht unter dem Gesichtspunkt der mutmaßlichen Einwilligung.

4. Betreuung

Ein weiteren Rechtfertigungsgrund kann die Betreuung darstellen. Zu beachten ist allerdings, dass **Fixierungen** auf der Grundlage einer Betreuung stets **nur bei Selbstgefährdung** zulässig sind. Bei Fremdgefährdung bedarf es also anderer Rechtfertigungsgründe.

Bei betreuten Patienten ist die Rechtslage bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen keineswegs einheitlich zu beurteilen. Es kommt nämlich entscheidend darauf an, ob der unter Betreuung stehende Patient einsichtsfähig ist oder nicht

a) Einsichtsfähiger Betreuer

Ist der Betreute einsichtsfähig und mit der Maßnahme einverstanden, ist auf Grund der Einwilligung eine Fixierung grds. zulässig.

Ausnahme:

Wenn ein einschlägiger Einwilligungsvorbehalt angeordnet ist, muss der Betreuer die Maßnahme (schriftlich) genehmigen.

b) Nicht einsichtsfähiger Betreuer

Ist der Betreute nicht einsichtsfähig, kommt es auf die Dauer der Fixierung an:

- Bei **einmaliger oder kurzfristiger Fixierung** reicht die (schriftliche) Einwilligung des Betreuers aus, wobei selbstverständlich Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen zu seinem Aufgabenkreis gehören müssen.
- Bei **längerer** (über 24 Stunden hinaus) **oder regelmäßiger Fixierung** ist zusätzlich die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich. Regelmäßig ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme nicht nur dann, wenn sie stets zur gleichen Zeit vorkommt (jeden Abend wird der Bauchgurt angelegt), sondern auch dann, wenn sie nur bei bestimmten Anlässen erfolgt; Z.B. immer dann, wenn der Patient nachts desorientiert ist und die Nachtruhe stört.
- Ist noch keine Betreuung eingerichtet und ist absehbar, dass längerfristige oder regelmäßige Fixierungen erforderlich sind, so kann nach Absprache im interdisziplinären Team beim zuständigen Vormundschaftsgericht eine **Eilbetreuung** beantragt werden.

VI. Rechtsfolgen einer gebotenen aber unterlassenen Fixierung

Nachdem wir nun wissen, welche Folgen eine rechtswidrige Fixierung für Sie haben kann, gilt es aber auch darauf hinzu weisen, welche Folgen das Unterlassen einer gebotenen Fixierung nach sich zieht.

1. Voll beherrschbares Risiko

Grundsätzlich hat ein Krankenhaus dafür Sorge zu tragen, dass jede vermeidbare Gefährdung des Patienten ausgeschlossen wird. Dazu gehört z.B. auch die Pflicht, Patienten deren Bewusstsein getrübt ist, vor Selbstverletzung oder Selbstgefährdung zu schützen. Die Verletzung dieser aus dem Behandlungsvertrag resultierenden Pflichten kann sowohl eine zivilrechtliche Haftung auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz sowie eine strafrechtliche Haftung wegen einer fahrlässigen Körperverletzung darstellen.

Zu den Schutzmaßnahmen gehört u.a. auch das Anbringen von Bettgittern oder die Fixierung. Gerade bei **Bettgittern** ist allerdings zu beachten, dass eine Indikation nur bei Patienten besteht, die gefährdet sind, durch willkürliche oder schlecht kontrollierbare Bewegungen unwillentlich aus dem Bett zu fallen; wie etwa bei Patienten mit Bewusstseinsstörungen oder Patienten, die ihre Möglichkeit zur Positionsstabilisierung überschätzen. Nach einer Entscheidung des LG Heidelberg aus dem Jahre 1996 ist das Anbringen eines Bettgitters allerdings dann kontraindiziert, wenn vorhersehbar ist, dass der Patient versuchen werden, die Gitter zu überwinden und er dazu auch ausreichend rüstig sei. Das OLG Düsseldorf hat in einer Entscheidung aus dem Jahre 2001 ebenfalls das Anbringen eines Bettgitters bei einem unter einem Durchgangssyndrom leidenden Patienten als nicht angebracht bewertet.

2. Entscheidung des OLG Koblenz

Das für Sie zuständige OLG Koblenz hat allerdings im Jahre 2002 die Voraussetzung einer Haftung für eine unterlassene Fixierung in einer Entscheidung - zu recht - sehr hoch gehängt und spricht dem Geschädigten nur dann Schadensersatz zu, wenn die unterlassene Fixierung unvertretbar war.

Das Oberlandesgericht Koblenz hatte über einen Fall zu befinden, in dem ein 88-jähriger Altenheimbewohner mit seinem Rollstuhl an einen Tisch im Speise- und Aufenthaltsraum eines Altenheims geschoben worden ist. Der Patient hatte die Angewohnheit, sich in regelmäßigen Abständen von dem Rollstuhl zu erheben, um dann für einige Zeit starr in dieser Position zu verharren. Aus diesem Grunde hatte das Altenheim den Betreuer gebeten, die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen, den Patienten im Rollstuhl fixieren zu dürfen. Der Betreuer hat eine derartigen Genehmigung allerdings nicht eingeholt. Aus diesem Grunde fixierte die Pflegerin den Patienten nicht und hielt mit ihm aus der Küche nur Blickkontakt.

Nach einiger Zeit erhob sich der Patient aus dem Rollstuhl, blieb mit dem Fuß am Tischbein hängen, stürzte zu Boden und zog sich nicht unerhebliche Verletzungen zu. Die Krankenkasse des Klägers machte die hierdurch verursachten Behandlungskosten nunmehr gerichtlich geltend und trug hierzu vor, dass der Heimträger eine entsprechende vormundschaftsgerichtliche Genehmigung hätte einholen müssen, den Patienten in seinem Rollstuhl fixieren zu dürfen.

Das Oberlandesgericht Koblenz hat hier ausgeführt, dass unter dem Sicherheitsaspekt ein alter und gebrechlicher Mensch, der nicht mehr in der Lage ist, einen nach seinen eigenen Belangen sachgemäß Rechnung tragenden Willen zu bilden und danach zu handeln, besonders schutzwürdig, aber auch schutzbedürftig ist. Der Senat hat in seiner Entscheidung weiter ausgeführt, dass das Pflegepersonal eines Altenheims oftmals vor schwierigen Entscheidungen stehe, bei denen häufig ein erheblicher Beurteilungsspielraum verbleibe. Werde in einer derartigen Situation eine Entscheidung **im Rahmen des Vertretbaren** getroffen, könne sie nicht im Nachhinein von den Gerichten mit dem Stempel der Pflichtwidrigkeit versehen werden, wenn es zu einem Unfall komme, den jeder Heimträger und sein Pflegepersonal grundsätzlich vermeiden möchte.

Der Senat hat weiter ausgeführt, dass die Leitung des Altenheims die Entscheidung des Betreuers zu respektieren hatte, wenn sie nach der in Erkenntnismöglichkeit der Heimleitung und des Pflegepersonals vertretbar war.

3. Entscheidung des BGH

In einer ganz aktuellen Entscheidung vom 28.04.2005 hat sich der Bundesgerichtshof in einer ähnlichen Fallkonstellation der Auffassung des Oberlandesgerichts Koblenz in vollem angeschlossen und der Heimleitung ebenfalls einen gerichtlich nur eingeschränkt kontrollierbaren Beurteilungsspielraum zugebilligt.

In dem dortigen Fall war eine 85-jährige Heimbewohnerin aus ihrem Bett gefallen, die bereits zuvor häufig – wenn auch nicht aus dem Bett - gestürzt war. Auch hier hat die Krankenkasse der Patientin die dadurch entstandenen Krankenbehandlungskosten gegenüber dem Heimträger im Wege des Regresses gerichtlich geltend gemacht. Die Krankenkasse lastete dem Heimträger insoweit an, er habe es versäumt, die Bewohnerin im Bett zu fixieren, mindestens aber die Bettgitter hochzufahren.

Der BGH hat in seiner Entscheidung zu dem Umfang der Pflichten des Heimträgers zum Schutze der körperlichen Unversehrtheit des Patienten folgendes ausgeführt:

„Die Pflichten sind begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. Maßstab müssen das Erforderliche und das für die Heimbewohner und das Pflegepersonal Zumutbare sein. Dabei ist insbesondere auch zu beachten, dass die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen und die Selbständigkeit und die Selbstverantwortung der Bewohner zu wahren und zu fördern ist.“

Weiter hat der BGH nochmals bestätigt, dass nur auf Grund einer konkreten Abwägung sämtlicher Umstände des Einzelfalls entschieden werden könne,

„...welche konkreten Inhalt die Verpflichtung hat, einerseits die Menschenwürde und das Freiheitsrecht eines alten und kranken Menschen zu achten und andererseits sein Leben und seine körperliche Unversehrtheit zu schützen.“

Unter Abwägung aller Aspekte hat der BGH sodann einen Pflichtenverstoß des Heimträgers durch eine unterlassene Anbringung eines Bettgitters abgelehnt.

VII. Grundsätze für alle Fixierungen

- Die Fixierung muss das **letzte zur Verfügung stehende Mittel** sein und darf nur solange eingesetzt werden, wie die Gefahr durch weniger einschneidende Maßnahmen nicht abgewendet werden kann.

- Eine **schriftliche ärztliche Anordnung** ist zwingend erforderlich. Das setzt voraus, dass sich der Arzt selbst von der Notwendigkeit der Fixierung überzeugt. Daher sind „Ferndiagnosen“ über Telefon unzulässig. Die Fixierungsanordnung ist zu **befristen** und sofort aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen.
- Ohne klar erkennbaren **Rechtfertigungsgrund** ist die ärztliche Fixierungsanordnung hinfällig (§ 8 Abs. 2 Satz 3 BAT). In Zweifelsfällen ist ein zweiter Arzt hinzuzuziehen. Für die ärztliche Anordnung empfiehlt sich ein Formular, auf dem unter anderem auch der einschlägige Rechtfertigungsgrund angegeben werden muss. Die schriftliche Anordnung muss enthalten:
 - Name des anordnenden Arztes
 - Name und Geburtsdatum des zu fixierenden Patienten
 - Rechtfertigungsgrund (Anordnungsgrund bzw. Anlass)
 - Art, Umfang und Dauer der Maßnahmen
 - Befristung (voraussichtliche Dauer der Fixierung, maximal 24 Stunden ohne erneute schriftliche Anordnung)
- Bei **Gefahr im Verzug** (Notwehr oder Notstand) kann (und muss ggf.) das Pflegepersonal auch ohne vorherige schriftliche ärztliche Anordnung vorübergehend fixieren. Die schriftliche ärztliche Anordnung muss jedoch unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, nachgeholt werden!
- Die Fortführungen und Verlängerungen der Fixierung ist mit dem zuständigen Oberarzt abzuklären und zu prüfen. Nach 24 Stunden ist jedoch das Amtsgericht zu informieren und ein richterlicher Beschluss über die weitere Fixierung einzuholen, denn bei Fixierungen, die **länger als 24 Stunden** oder **regelmäßig** stattfinden, ist zwingend die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts oder die Unterbringung nach PsychKG Rheinland-Pfalz erforderlich – Art. 104 Abs. 2 GG.
- Fixierte Patienten müssen unter **ständiger akustischer und optischer Beobachtung** sein; ferner sind die angelegten Bandagen alle zwei Stunden zu kontrollieren. In einer Entscheidung aus dem Jahre 1992 hat das Oberlandesgericht Köln festgestellt, dass ein Behandlungsfehler in den Fällen vorliegt, in denen ein manisch erregter Patient, der medikamentös nicht ausreichend beruhigt worden war, und deshalb mechanisch an ein Bett fixiert wurde, ohne ständige optische Überwachung einen Behandlungsfehler erleidet. Das Oberlandesgericht Köln kam dort zu dem Ergebnis, dass es nicht ausreichend ist, den teilfixierten Patienten ohne lückenlose optische und akustische Überwachung in einem offen zugänglichen Zimmer über einen unbestimmten Zeitraum zu belassen. Denn bekannterweise führe allein die Fixierung des

Patienten nicht dazu, dass dieser von sämtlichen Selbstschädigungen frei ist. In dem Fall des Oberlandesgerichts Köln gelang es dem Patienten trotz seiner Fixierung, sich mit Hilfe eines Feuerzeuges selbst zu verletzen. Wäre eine dauerhafte und ununterbrochene akustische Überwachung durchgeführt worden, hätte eine solche Verletzung vermieden werden können. Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung

Achtung:

Vorsorglich ist darauf hinzuweisen, dass es nicht statthaft ist, den fixierten Patienten mit seinem Bett zur Überwachung auf den Flur zu schieben; dem steht die Intimosphäre des Patienten entgegen.

- Über die Fixierung ist idealerweise eine **Pflegedokumentation** zu erstellen, aus der folgende Aspekte hervorgehen müssen:
 - Wer wurde fixiert?
 - Wer ordnete die Fixierung an?
 - Wer fixierte?
 - Wie wurde fixiert?
 - Von wann bis wann wurde fixiert?
 - Welche weiteren Maßnahmen wurden wann ergriffen?
(Vitalzeichenkontrolle, Erhebung des psychischen Befundes, Überprüfung der Fixierung, Medikation etc.)

VIII. Lösung der Beispielfälle

Kommen wir nun zurück zu den Beispielfällen:

1. Beispielfall

Das Festhalten der Pfleger war nicht durch Notwehr gerechtfertigt, da es an einem gegenwärtigen Angriff des Patienten gefehlt hat; dieser hat lediglich mit Prügel gedroht. Im übrigen wurde der Patient nicht festgehalten, um einen Angriff auf den Arzt zu verhindern, sondern damit dieser die Behandlung beginnen bzw. fortsetzen konnte.

In Betracht kommt aber eine Rechtfertigung wegen Notstands. Vorliegend bestand aufgrund der Schnittverletzungen eine Gefahr für die Gesundheit des Betrunkenen. Diese Gefahr war auch gegenwärtig. Fraglich ist allerdings, ob diese Gefahr nicht anders abwendbar war, als durch das Festhalten der Pflegekräfte. Hier hätte vielleicht zunächst versucht werden sollen, ein beruhigendes Gespräch zu führen. Jedenfalls aber ergibt die im Rahmen des Notstandes durchzuführende Interessenabwägung nicht, dass das geschützte Interesse des Patienten

(Gesundheit) das beeinträchtigte Interesse an seiner Freiheit wesentlich überwiegt. Ausweislich des Sachverhaltes erlitt der Patient nur leichtere Schnittverletzungen. Zwar mag eine Behandlung aus medizinischer Sicht sinnvoll gewesen sein; eine dringende Behandlungsnotwendigkeit, die ein Festhalten des Patienten gegen seinen Willen erforderlich gemacht hätte, hat es indes nicht gegeben.

2. Beispielsfall

In dem zweiten von mir gebildeten Beispielsfall kommt ebenfalls allenfalls eine Rechtfertigung unter dem Gesichtspunkt des Notstandes in Betracht. Zu beachten ist allerdings, dass das Einsperren des Patienten gegen seinen Willen zu den einschneidendsten Eingriffen gehört. Sofern daher keine Fremd- oder Eigengefährdung dringend zu befürchten war, hat sich die Schwester völlig korrekt verhalten. Für den Fall, dass der Patient zwischenzeitlich ruhig und kooperativ geworden ist, wäre es im übrigen haftungsrechtlich wünschenswert, wenn die Schwester den Patienten noch dazu bringen könnte, dass dieser schriftlich bestätigt, entgegen ärztlichem Rat das Krankenhaus zu verlassen.

3. Beispielsfall

Auch hier kommt als Rechtfertigungsgrund der Notstand in Betracht. Hier hat es sicherlich im mutmaßlichen Willen der Eltern des Patienten gestanden, dass deren Sohn zur Meidung schlimmerer Verletzungen nicht sein Bett verlässt. Die Frage ist allerdings, ob die Fixierung vorliegend tatsächlich nötig gewesen wäre. Hier wäre sicherlich auch an eine vorrangig durchzuführende Bettwache oder an ein Beruhigungsmittel zu denken gewesen. Die Fixierung eines noch dazu völlig verschreckten Kindes ist das letzte in Betracht kommende Mittel.

4. Beispielsfall

Hier stellt sich weniger die Frage der rechtlichen Rechtfertigung der Anbringung der Bettgitters, sondern vielmehr die Frage, ob die Anbringung eines Gitters am Bett medizinisch indiziert war. Da die Patientin zwar verwirrt, aber körperlich noch sehr robust war und somit damit zu rechnen ist, dass diese zumindest versuchen wird, das Bettgitter zu verlassen, ist die medizinische Indikation vorliegend nicht gegeben, so dass das Krankenhaus allein unter diesem Gesichtspunkt im Falle des Schadens eine Haftung trifft.

IX. Zusammenfassung

Nachdem ich nun am Ende meines Vortrages angelangt bin, hoffe ich, dass es mir gelungen ist, Ihnen zu verdeutlichen, in welchem sensiblen Bereich Sie sich bei jeder Patientenfixierung bewegen und dass deshalb stets eine Einzelfallabwägung zwischen den bestehenden Gefährdungen des Patienten bzw. Dritter und den zur Verfügung stehenden Sicherungsmöglichkeiten erfolgen muss.

Zwar gibt es keinen Königsweg für oder gegen eine Fixierung; solange sich Ihre Entscheidung aber im Bereich des Vertretbaren bewegt, fehlt es an einer Pflichtwidrigkeit.

Für Ihre Aufmerksamkeit bedanke ich mich und stehe Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

Rechtsanwalt Dr. jur. Carsten Fuchs

Fachanwalt für Versicherungsrecht

Fachanwalt für Medizinrecht

Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit

Vortragstätigkeit im Medizinrecht

Mitglied des Vereins Medizinrechtsanwälte e.V.

Zulassung an allen Oberlandesgerichten



Kontakt:

Mainzer Straße 108

56068 Koblenz

Sekretariat: Frau Diezel

Tel.: 0261/ 3013 - 47

Fax: 0261/ 3013 - 56

E-Mail: dr.fuchs@kunzrechtsanwaelte.de