Erfahrungen in der Akutpsychiatrie mit der erneut veränderten Rechtslage bei Zwangsbehandlungen

Th. Barth

Einleitung

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (Az. 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) und der schriftlichen Anordnung der Landesdirektion Sachsen, als Aufsichtsbehörde der sächsischen Krankenhäuser, vom 29. August 2018 war es erforderlich, medizinische und organisatorische Abläufe im Umgang mit Fixierungen in der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH, ebenso wie in anderen psychiatrischen Kliniken, zu überprüfen und umgehend an die neue Gesetzeslage anzupassen.

Auf eine allgemeine Darstellung des Urteils des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 in der oben genannten Sache, einschließlich der Urteilsbegründungen, wird hier verzichtet. Dieses steht für Interessierte im Internet umfassend zur Verfügung. Auch ist keine primär juristische Diskussion beabsichtigt, sondern es werden diejenigen Inhalte und Begründungen, die wesentliche Rahmenbedingungen der Arbeit in der Psychiatrie, insbesondere im akut- und notfallpsychiatrischen Bereich, berühren, aufgegriffen und teilweise kritisch hinterfragt.

Entgegen der scheinbaren Klarheit im Urteil zu Festlegungen und ihren Begründungen ergeben sich, trotz nachvollziehbarer Mühe aller Verfahrensbeteiligten, aus Sicht vieler im Fachgebiet erfahrener Ärzte nicht unerhebliche Schwierigkeiten in der Auslegung. Zudem finden sich Inkonsistenzen, die die Umsetzung „in der Fläche" erschweren. Konkret ergeben sich aus dem Urteil, nicht nur aus Sicht des Autors, folgende Fragen und Probleme:

1. Wieso stellt eine Fixierung zwangsläufig das „letzte Mittel" in der Notfallbehandlung eines jeden Patienten dar (cave: Gefahr der Negativdarstellung einer vorübergehend sinnvollen Maßnahme)?
2. Welcher Zeitraum bei der Anordnung, Neueinschätzung und Überwachung einer Fixierung ist „kurz" und warum und welche realistischen Alternativen bestehen für welchen Zeitraum bei einem aggressiven und steuerungsunfähigen Patienten?
3. Wie stellen sich Autoren und Gutachter des Urteils die Umsetzung des Richtervorbehalts, also die „grundsätzliche richterliche Genehmigung einer 5- und 7-Punkt-Fixierung" vor der Fixierung, vor, wenn es sich um das „letzte Mittel" in der (Notfall-)Behandlung eines Menschen, also eine unmittelbar und sofort erforderliche Maßnahme, handelt, der Richter also nicht vor der Fixierung da sein kann?
4. Womit ist juristisch der zeitliche Unterschied hinsichtlich der Notwendigkeit einer richterlichen Entscheidung zwischen 6.00 und 21.00 Uhr (sofort, ab der 30. Minute) und 21.00 und 6.00 Uhr (am nächsten Morgen oder auch gar nicht, wenn eine weitere Fixierung nicht mehr erforderlich erscheint) begründet (Logikproblem, das in der Praxis zu erheblichen und ineffektiven administrativen Aufwendungen führt)?
5. Womit ist die Annahme zu begründen, dass eine 1:1-Betreuung durch therapeutisches und Fachpersonal in der überwiegenden Zahl der Fälle zwingend die beste Lösung ist (Daten, Studien)?

Unabhängig von diesen konkreten Fragen erwies es sich als ein nicht geringes Problem, dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, dass sich juristisch ja auf konkrete Einzelfälle bezieht, ohne weitere Reflexion in der juristischen und medizinischen Fachwelt und mit allen noch offenen Fragen ohne Übergangsfrist in praktisches Handeln zu überführen war und quasi Gesetzesstatus erhielt, was in großen Teilen der klinischen Psychiatrie zu erheblicher Verunsicherung geführt hat und mit hoher Wahrscheinlichkeit neue Probleme bringen wird, zum Beispiel die nicht ausreichende Behandlung oder zu frühe Entlassung klinisch und bezüglich der Einwilligungsfähigkeit instabiler, dringend behandlungsbedürftiger, noch aggressiver und trotzdem hilfloser Patienten (zum Beispiel bipolare, schizophrene Patienten, Suchtpatienten).

Problem Notfallbehandlung

Nach Kenntnis des Autors finden sich zu vielen dieser Fragen und Themenkomplexe keine kontrollierten Studien. Es existieren aktuell zwei relativ neue Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.), die sich mit diesem Thema auseinandersetzen: „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" (Reg.-Nr. 038-022, Klasse: S3, Stand: 12. Februar

2018, gültig bis 11. Februar 2023) und „Notfallpsychiatrie" (Reg.-Nr. 038-023), Klasse: S2k, Stand: 13. April 2019, gültig bis 17. Oktober 2023).

Die meisten Empfehlungen und Annahmen in Studien und den genannten Leitlinien zum Thema der juristischen Legitimation von Zwangsmaßnahmen bei akuten psychomotorischen Erregungszuständen basieren auf Expertenmeinungen (die sich mitunter sehr unterscheiden) sowie auf der Befragung relativ kleiner Patienten- und/oder Angehörigengruppen. Vergleichende Daten zu nicht einwilligungsfähigen Patienten finden sich nur sehr begrenzt. Und es fehlt an einer ausreichenden Differenzierung zwischen Notfallsituationen, die keinen Aufschub dulden und die zunächst allein der vor Ort befindliche Facharzt beurteilen kann, genau wie in der somatischen Medizin, und der sich anschließenden postakuten beziehungsweise Langzeit-Behandlungssituation, die dann natürlich der differenzierten Ermittlung des freien Patientenwillens und der sich daraus ergebenden Behandlungsoptionen bedarf, eingeschlossen die notwendige Klärung juristischer Fragen.
Der Expertenkonsens der Leitlinie 038-022 gibt dazu folgende Empfehlungen:
„Eine medikamentöse Notfallbehandlung unter Anwendung von Zwang erfolgt immer in dem Konflikt zwischen Körperverletzung bei der Entscheidung für eine solche Maßnahme und möglicher unterlassener Hilfeleistung bei einer Entscheidung dagegen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich und hat sich am vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren. Diese Abwägung soll dokumentiert werden. Wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie Fixierung oder Isolierung, unvermeidlich erscheinen, kann eine pharmakologische Behandlung weiteren Zwang bedeuten und die Notwendigkeit muss kritisch geprüft werden. Auf der anderen Seite kann der Verzicht auf eine pharmakologische Behandlung des Erregungszustandes im Einzelfall gesundheitsgefährdend und möglicherweise traumatisierend sein."

An anderer Stelle wird ausgeführt:
„Lehnt die Patientin oder der Patient im Erregungszustand eine pharmakologische Behandlung ab, ist unter Abwägung medizinischer, rechtlicher […] und ethischer […] Aspekte sorgfältig zu prüfen, ob eine Notfallbehandlung im Sinne eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) unter Anwendung von Zwang notwendig und vertretbar ist […]".

Hierzu ist anzumerken, dass diese Begründung einer medikamentösen Notfallbehandlung durch einige Juristen (Richter, Lehrstuhlinhaber) als nicht zulässig beurteilt wird, da dies die Grenzen der Intention des § 34 Strafgesetzbuch (StGB) überschreiten würde. Hier ist eine Klarstellung durch den Gesetzgeber dringend geboten.

Fallbeispiel
Ein Patient, der, zum Beispiel durch eine Alkohol- oder Mischintoxikation, in einen aggressiven Erregungszustand gerät bis hin zum Verlust der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, wird durch den Notarzt zum Eigen- und Fremdschutz adäquat medikamentös sediert und, in der Regel mit Amtshilfe durch die Polizei, an der Trage fixiert. Dies wurde bisher juristisch auch nicht hinterfragt. Wird dieser einwilligungsunfähige Patient nun in diesem Zustand in eine allgemeine Rettungsstelle/Intensivstation verbracht, wird er dort ohne vorherige richterliche Entscheidung „als Notfall" fachärztlich adäquat weiterbehandelt, Notfallmedikation und gegebenenfalls Fixation eingeschlossen. Wird er dagegen „zufällig", aufgrund der Zuständigkeit oder räumlichen Nähe, in eine psychiatrische Aufnahme-/Akutstation eingeliefert, stehen für den zuständigen Arzt/das Team, nach aktueller Lesart des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, ab der 30. Minute administrative und juristische Fragen im Raum, insbesondere besteht eine „sofortige" Dokumentations- und Informationspflicht gegenüber dem Betreuungsgericht. Und es wäre bei strenger Auslegung des Urteils erforderlich, die Notwendigkeit der Fixation halbstündlich zu kontrollieren und ärztlich neu zu entscheiden!

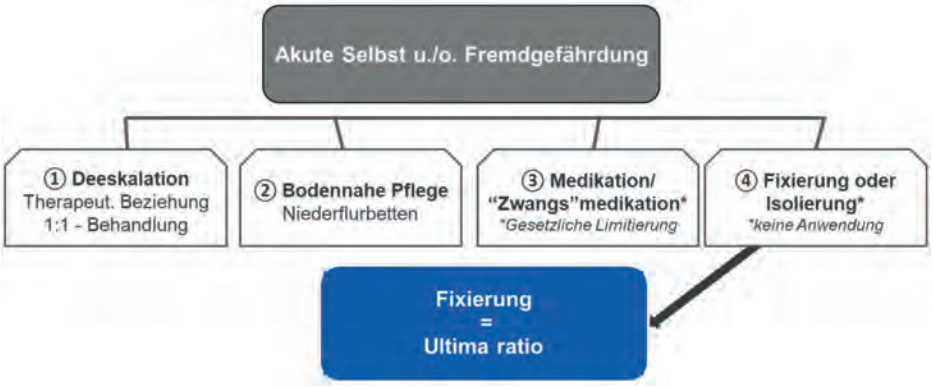
Kommentar
Beides kostet wertvolle Zeit und nützt dem Patienten wenig. Zudem ist es praktisch kaum einzuhalten, da im Dienst oft die nächsten Patienten zu versorgen sind! Aus eigenen Erfahrungen und Zahlen, die im nächsten Kapitel dargestellt werden, ist bekannt, dass die meisten Fixierungen im Notfall stattfinden und nur kurzzeitig erforderlich sind (circa 70 Prozent) und so nach wie vor ohne vorherige oder nachträgliche richterliche Genehmigung bleiben. Dieser klinisch-praktischen Situation für die überwiegende Mehrzahl der Patienten steht die mit „verfassungsrechtlicher Schwere" begründete aber wenig praktikable 30-Minuten-Grenze gegenüber. Und, da vergleichbare verfassungsgerichtliche Regeln in der Somatik fehlen, besteht die Gefahr der Ungleichbehandlung psychiatrischer Patienten.

Zahlen und Fakten
In der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH werden jährlich etwa 3.000 stationäre und 500 tagesklinische Fälle behandelt. Zur Qualitätssicherung, im Zusammenhang mit der PEPP-Implementierung (PEPP = Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) und aufgrund

juristischer Anforderungen erhebt die Klinik seit mehr als zehn Jahren systematisch Zahlen, auch zur Unterbringung und Fixierung. Dazu sind zusätzliche Personalstellen nötig, die aufgrund der Beteiligung der Klinik an Zertifizierungen, einer QM-Datenerfassung in der Psychiatrie („IQIP") sowie der OPS-/PEPP-Entwicklung („Kalkulationshaus") stabil etabliert sind. Projektmanagement, Inhouse-Kodierung und die Überführung und Aufrechterhaltung neuer Datenerfassungssysteme in die klinische Praxis sind nur zu sichern, wenn diesbezüglich erfahrenes Personal diese Systeme anpasst und permanent Mitarbeiter schult.
Um die sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ergebenden neuen Anforderungen umsetzen zu können, wurden die klinischen Abläufe und Fixierungsdaten aus dem Jahr 2017 als Vergleichswerte für die bisherige rechtliche und klinische Situation erfasst (siehe Grafik 1 und 2).

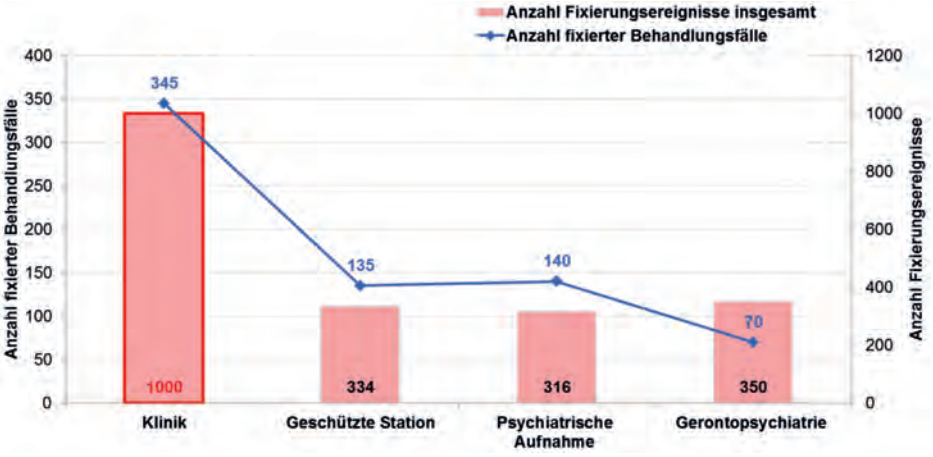
Die Darstellung der Fixation als „Ultima ratio" greift hier die Interpretation des Bundesverfassungsgerichts auf und trägt auch der Situation Rechnung, dass andere Alternativen, wie zum Beispiel 1:1-Betreuung ohne Fixierung, nach initialer (Zwangs-)Medikation oder Formen der Isolierung, gesetzlichen Begrenzungen unterliegen oder im Haus nicht verfügbar sind. Grundsätzlich wird allen Patienten vor jeder Fixierung eine freiwillige Medikation angeboten, in einigen Fällen auch danach (wobei dann unter Umständen die „Freiwilligkeit" zu hinterfragen ist). Für eine Medikation gegen den Willen als Notfalloption bestehen, immer als Einzelfallentscheidung, ebenfalls beide Varianten, auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Fixierung ohne Medikation zu Schäden oder Traumatisierung bei Patienten führen kann. Da somit sehr unterschiedliche Möglichkeiten im Umgang mit einer Gefahrensituation bestehen und auch auf Freiwilligkeit basierende Fixationen vorkommen, wäre es wünschenswert, in der aktuellen Diskussion auf die primär (negative) Konnotation einer Fixierung im Notfall zu verzichten, da es sachlich nur darauf ankommt, wie ein hochgradig gefährdeter und mitunter auch gefährlicher Patient ärztlich am besten versorgt und geschützt werden kann.

Grafik 1: Grundsätzliche Regelungen für alle Fixierungen vor Juli 2018 (Urteil des Bundesverfassungsgerichts)



© Klinikum Chemnitz gGmbH

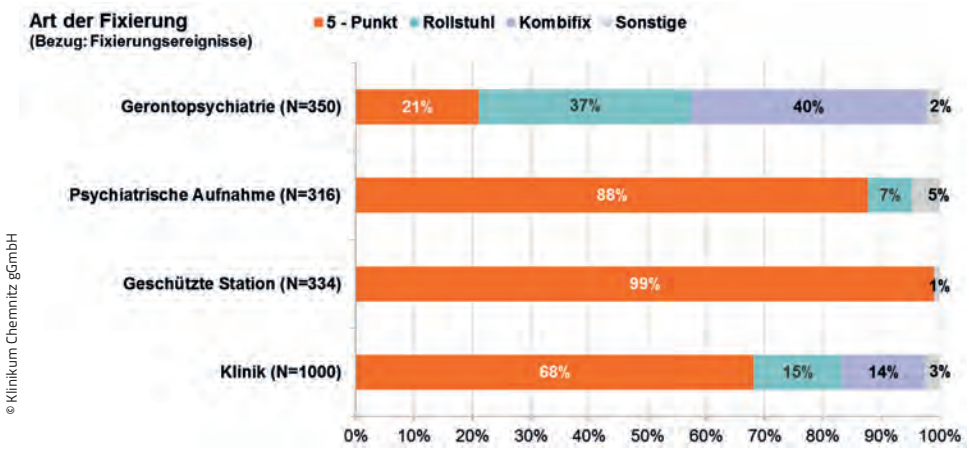
Grafik 2: Anzahl der Behandlungsfälle und Ereignisse (2017)



© Klinikum Chemnitz gGmbH

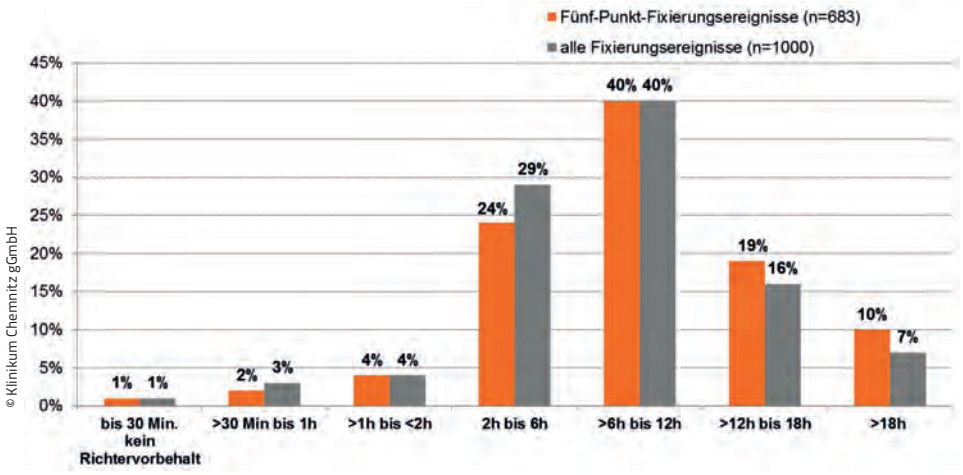
Grafik 2 zeigt die Verteilung jeglicher Fixationsereignisse in den drei diesbezüglich relevanten Bereichen Akutstation (18 Betten), Aufnahmestation (18 Betten) und Abteilung Gerontopsychiatrie (44 Betten) im Jahr 2017. Hieraus lässt sich ableiten, dass circa elf Prozent der stationären Patienten (345 Behandlungsfälle) von mindestens einem Fixationsereignis betroffen waren, wobei nichts zur Dauer im Einzelfall gesagt ist, manche Patienten mehrfach während eines stationären Aufenthalts betroffen und ebenso wiederholt in einem Jahr als „Behandlungsfall" erfasst sein können. Auffällig ist, dass in der Gerontopsychiatrie insgesamt weniger Patienten häufiger von Fixierungen betroffen waren als im Akut-/Aufnahmebereich (durchschnittlich fünfmal pro Behandlungsfall versus durchschnittlich 2,5-mal). Aus der nachfolgenden Darstellung ist ableitbar, dass Fixierungen im Altersbereich überwiegend als Sicherungsmaßnahmen (zum Beispiel Rollstuhl, Bettgitter, Kombifix) eingesetzt wurden.
Grafik 3 zeigt abteilungsbezogen die Häufigkeit unterschiedlicher Fixie-

Grafik 3: Verteilung jeglicher Fixationsereignisse in den drei diesbezüglich relevanten Bereichen (Akutstation, Aufnahmestation und Abteilung Gerontopsychiatrie) im Jahr 2017



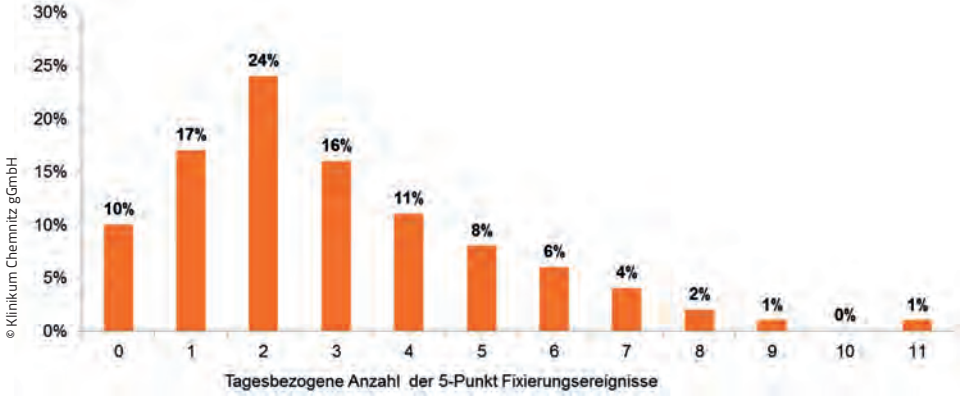
© Klinikum Chemnitz gGmbH

Grafik 4: Dauer der Fixierungsereignisse ohne Tagesbezug



© Klinikum Chemnitz gGmbH

Grafik 5: 5-Punkt-Fixierungsereignisse, tagesbezogene Anzahl



© Klinikum Chemnitz gGmbH

rungsarten, wobei deutlich wird, dass 5-Punkt-Fixierungen besonders auf den Akut- und Aufnahmestationen vorgenommen wurden, in der Alterspsychiatrie andere Formen dominierten und 7-Punkt-Fixierungen nahezu nicht vorkommen.

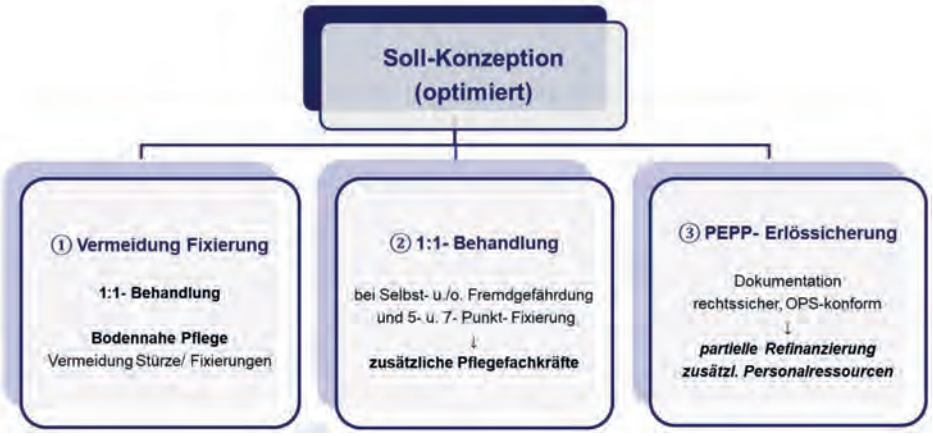
Im Kontext dazu steht die Dauer des einzelnen Fixierungsereignisses (Grafik 4). Hieraus wird deutlich, dass weniger als 30 Prozent aller 5-Punkt-Fixierungen und 23 Prozent aller Fixierungsereignisse länger als zwölf Stunden dauerten. Der Mittelwert der 5-Punkt-Fixierungen lag bei 9,9 ± 3,5, der Median bei 9,5 Stunden.

Kommentar

Natürlich stellt jede Einschränkung der körperlichen Freiheit eine erhebliche Belastung für Betroffene und Mitarbeiter dar. Es sei trotzdem angemerkt, dass eine nicht geringe Zahl von Betroffenen, gerade im Akutbereich, aufgrund bestehender Intoxikation, psychotischer Erregung oder medikamentöser Sedierung (notärztliche Gabe, freiwillige Einnahme) einen Teil dieser Zeit nicht bewusst erlebt oder erinnert beziehungsweise auch verschläft. Bei fachlich richtiger Durchführung und Betreuung während der Fixation, baldmöglicher Defixierung und Nachbesprechung derselben, sind in den allermeisten Fällen Schädigung oder traumatisches Erleben zu vermeiden. Diese Überlegungen können und sollen die Belastungen nicht relativieren, sondern darauf verweisen, dass in Notsituationen oft nur die Wahl zwischen „belastenden" Optionen besteht, für die Betroffenen und die Mitarbeiter.

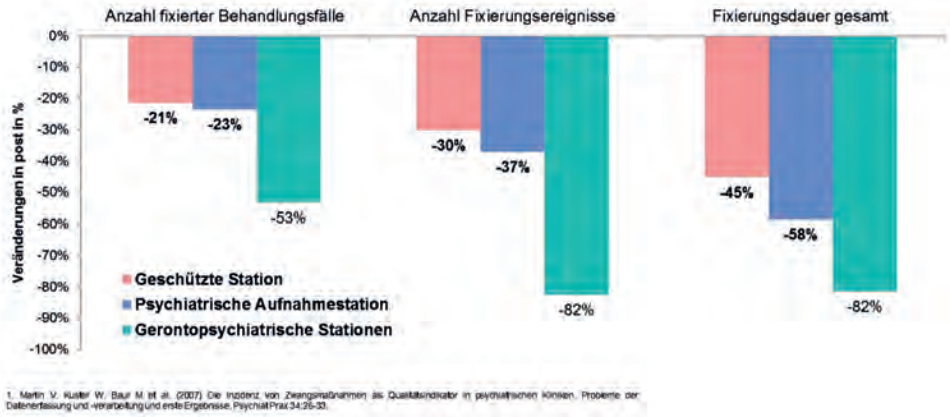
Schließlich war relevant, wie viele Fixationsereignisse pro Tag in der Klinik auftraten, da die Personalplanung bei zwingender 1:1-Betreuung fixierter Patienten dies berücksichtigen muss (Grafik 5). Aus diesen Berechnungen ergab sich, dass an der Klinik während der Hälfte der Tage des Jahres die fachliche Betreuung von null bis zwei Fixierungen zu organisieren war, für ein weiteres Viertel zwei weitere Fixierungen dazu kamen und in der übrigen Zeit zwischen fünf und elf Fixierungen am Haus zu organisieren waren, was auch zukünftig eine nicht geringe Herausforderung darstellen wird.

Grafik 6: Optimierung der künftigen Soll-Konzeption in Bezug auf den Umgang mit Fixierungen



© Klinikum Chemnitz gGmbH

Grafik 7: Prä-post-Vergleich: Anwendung von Fixierungen (prä: 1. Oktober 2017 bis 31. März 2018; post: 1. Oktober 2018 bis 31. März 2019) [1]



© Klinikum Chemnitz gGmbH

1. Martin V, Kuster W, Baur M et al. (2007) Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiat Prax 34:26-33.

Auf Basis der dargestellten Ist-Zahlen aus 2017 wurden Überlegungen zur Optimierung der künftigen Soll-Konzeption in Bezug auf den Umgang mit Fixierungen entwickelt (Grafik 6).

Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Unterschiede zwischen den Fixationsdaten von Patienten der Akut- und Notfallpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie wurden drei Aufgabenkreise definiert:

- die Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Vermeidung von Fixierungen,
- Planungen zur personellen Absicherung der 1:1-Behandlung und
- Maßnahmen zur Erlössicherung gemäß der PEPP-Abrechnungssystematik (PEPP = pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik).

Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsurteils auf die klinischen Abläufe

Im nächsten Schritt erfolgte dann eine vergleichende Untersuchung der Fixierungsdaten (prä-post-Vergleich) für jeweils einen sechsmonatigen Zeitraum vor und nach der Veröffentlichung des Urteils (1. Oktober 2017 bis 31. März 2018 versus 1. Oktober 2018 bis 31. März 2019). Dabei erfolgte (noch) keine spezifische oder zielgerichtete Einflussnahme, sondern die Forderungen des Urteils wurden in die Praxis überführt, was neue Abläufe in der Zusammenarbeit mit den zuständigen Gerichten und die Diskussion und Optimierung interner Prozesse einschloss. Die Absicherung der 1:1-Betreuung stellte dabei zunächst die größte Herausforderung dar, da erst entsprechende Kalkulationen erfolgen mussten und vor allem Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt nicht sofort verfügbar waren.

Grafik 7 zeigt einen eindrucksvollen Rückgang aller Fixierungen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Dabei muss offenbleiben, aus welchen Gründen. Um die Situation genauer zu beschreiben, wurden weitere Parameter, die mit Fixierungen in einer Wechselbeziehung stehen, analysiert.

Geschlossene Station

Für die geschlossene Station zeigte sich ein Rückgang fixierter Behandlungsfälle von 24,5 auf 19,5 Prozent aller Fälle der Station im jeweils gemessenen Zeitraum. Die Dauer des einzelnen Ereignisses nahm von durchschnittlich 7,3 auf 4,7 Stunden ab. Und es ergab sich auch hinsichtlich der gefährdenden Ereignisse und der Entweichungen eine Verminderung um über ein Drittel. Im Gegensatz dazu zeigten die Unterbringungsdaten ein gegenläufiges Bild: Sowohl der Anteil der insgesamt geschlossen untergebrachten Fälle wie auch der relative Anteil der Psychisch-Kranken-Gesetz-Fälle nahmen relevant zu (13,1 auf 18,4 Prozent und 77,4 auf 92,0 Prozent). Dabei sank die betreuungsgerichtliche Unterbringungsdauer pro Fall von 51 auf 28,5 Tage und der Anteil der untergebrachten Patienten, die mindestens einmalig fixiert werden mussten, stieg von 35 auf 48,2 Prozent.

Aufnahmestation

Die Tendenzen für die offen geführte Aufnahmestation entsprachen den oben genannten in etwa, allerdings mit

dem Unterschied, dass der Anteil fixierter Patienten insgesamt niedriger lag (prä: 13,3 Prozent; post: 10,7 Prozent), der Rückgang der Fixationsdauer von einem etwas höheren Niveau ausging (circa zehn Stunden) und weniger 5-Punkt-Fixierungen vorkamen (circa 70 Prozent aller Fixierungen). Bei geringer Fallzahl zeigten die gefährdenden Ereignisse und Entweichungen einen Anstieg auf 150 Prozent.

Zum Verständnis dieser Tendenzen im Akutbereich können hier nur Hypothesen beitragen, die in weiteren Untersuchungen mit größeren Fallzahlen geprüft werden müssen:

- Die Abnahme von fixierten Behandlungsfällen und Fixationsdauer könnte Folge eines bewussteren Umgangs der Ärzte und Mitarbeiter mit dem sensiblen Thema sein oder sich durch allgemeine Verunsicherung infolge der neuen Anforderungen erklären.
- Dagegen sprechen der Anstieg der Unterbringungszahlen und deren Akuität (mehr PsychKG-, weniger BGB-Unterbringungen, weniger freiwillige Behandlungen) für eine statistische Zunahme ungünstigerer Krankheitsverläufe im Einzugsgebiet, da die Station die einzige geschlossene der Region und so kein Ausweichen in andere Kliniken möglich ist. Hier sind Unterbrechungen der Behandlungskontinuität infolge neuer gesetzlicher Regelungen zu diskutieren.
- Diese Annahme korrespondiert auch mit einer verkürzten Unterbringungsdauer, die sich meines Erachtens daraus erklärt, dass gesetzliche Limitationen von Zwangsbehandlungen in den letzten Jahren dazu geführt haben, dass Notfallbehandlungen nicht mehr direkt in Langzeittherapien übergehen, es zu Entlassungen kommt und nicht ausreichend stabilisierte Patienten die Klinik verlassen, ihre Medikation absetzen und auch keine anderen fachlichen Hilfen in Anspruch nehmen, was die nächste Akutsituation bahnt.

Gerontopsychiatrie

Für die Gerontopsychiatrie ergaben sich erwartungsgemäß andere Zahlen. Auch hier kam es zur Abnahme fixierter Behandlungsfälle (von 11,8 auf 5,9 Prozent). Im Gegenzug stiegen die 5-Punkt-Fixierungen relativ an (von 17,0 auf 21,2 Prozent) und die Dauer des einzelnen Ereignisses stieg im Median von 7,0 auf 9,5 Stunden. Die Anzahl gefährdender Ereignisse, vor allem der Stürze, nahm nicht unerheblich zu, bei Letzteren um circa 25 Prozent. Dabei wird vom gesamten Team schon immer sehr auf diese Gefahren geachtet, das heißt es sind alle Mitarbeiter geschult, es wurden relativ niedrige Betten und partiell die „bodennahe Pflege" genutzt und alle Sturzereignisse zentral an das zentrale Qualitätsmanagement gemeldet.

Die Interpretation dieser Ergebnisse liegt scheinbar auf der Hand:

- Die Abnahme von Fixierungen erscheint vor dem Hintergrund der neuen und nicht ganz eindeutigen juristischen Regelungen möglicherweise durch die Annahme der zuständigen Ärzte begründet, dass Fixierungen eher bei aggressiven Verhaltensauffälligkeiten als zur Sicherung des Patienten (Kombifix, 3-Punkt-, Rollstuhlfixierung et cetera) zulässig sind.
- Die Folge schien eine deutlich erhöhte Gefahr des Auftretens von gefährdenden Ereignissen, insbesondere von Stürzen, zu sein.
- Möglichkeiten, alle gefährdeten Patienten permanent 1:1 zu betreuen, bestanden und bestehen bei der durch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) vorgegebenen Personalbesetzung nicht. Zudem verhindert auch die beste Pflege Stürze nicht völlig, wenn man auf eine dauerhafte Begrenzung der Bewegungsfreiheit eines Menschen verzichtet und ihm einen Rest Privatsphäre ermöglicht. Dies gilt ebenso für Niederflurbetten und die bodennahe Pflege, die selbstverständlich ihre Berechtigung haben und genutzt werden sollten, wo immer dies sinnvoll erscheint.

Die Unterschiede in den Ergebnissen zwischen Akut- und Gerontopsychiatrie stützen die Notwendigkeit einer, auch juristischen, Unterscheidung von Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit nach ihrem grundsätzlichen therapeutischen Ziel.

Die Daten zu 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen, die vom Bundesverfassungsgericht als besonders beeinträchtigende Verfahren beurteilt wurden, könnten den Weg zu grundsätzlichen gesetzlichen Regelungen für die Behandlung entscheidungsunfähiger Menschen mit aggressiven/selbstgefährdenden Verhaltensstörungen ebnen (Notfall- versus Langzeittherapie).

Judex non calculat!?

Da jede Lösung auch einen damit verbundenen administrativen Aufwand begründet, ärztliche Arbeitskraft nicht unbegrenzt verfügbar ist und eine Zunahme der ärztlichen Schreibarbeit (wie aktuell bei jeder 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung) wertvolle Zeit für ärztliche Behandlung und Fürsorge, gerade auch für die Betreuung fixierter Patienten, kostet, wurde eine Mittelwertschätzung des ärztlichen Aufwandes für die Dokumentation und Beantragung eines Falles mit Fixierung nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts kalkuliert:

1. Kurzgutachten/ärztliches Zeugnis: 20 Minuten

2. Absprache mit Team und Fax an Amtsgericht/Betreuungsgericht (Veranlassung/Kontrolle): 10 Minuten
3. Dokumentation „Psychischer Befund" (1:1-Protokoll, schriftlich): 10 Minuten
4. Kontrollen/Entscheidung über weitere Notwendigkeit (alle 30 Minuten?): 30 Minuten
5. Befunderhebung/-dokumentation, ärztliches Zeugnis bei Beendigung: 15 Minuten
6. Absprache mit Team und Fax an Amtsgericht/Betreuungsgericht: 5 Minuten
7. Gegebenenfalls telefonische Rücksprachen mit Richter/Betreuer/Verfahrenspfleger: 10 Minuten

Das ergibt für den Arzt in der Summe (mit Wegezeiten) einen ungefähren Zeitaufwand pro Fixierung von circa 90 bis 100 Minuten. Ob diesem Wert ein relevanter Nutzen gegenübersteht, erscheint zweifelhaft und kann bei juristischen Betrachtungen nicht unbeachtet bleiben.

Zusammenfassung

Fixierungen stellen, wie Unterbringungen und Zwangsmedikation, gravierende Einschränkungen der persönlichen Freiheit und individuellen Selbstbestimmung dar und verletzen nach heutiger juristischer Diktion verfassungsmäßige Rechte. Nicht nur aufgrund der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in der Bundesrepublik, bedürfen derartige Maßnahmen eindeutiger gesetzlicher Regelungen und richterlicher Genehmigung im Einzelfall. Medizinisches und psychiatrisches Handeln hat dabei juristische Grenzen in Bezug auf die Behandlung, aber auch eine Nichtbehandlung zu beachten. Die Ermittlung des (annehmbaren) Patientenwillens stellt in jedem Einzelfall eine Herausforderung dar. Ärzte und andere Heilberufe haben, auch aus verfassungsrechtlichen Gründen, einen Anspruch auf möglichst klare Vorgaben durch Gesetze und die Rechtsprechung. Hier besteht aus ärztlich-psychiatrischer Sicht noch Klärungsbedarf bei Zwangsmaßnahmen, besonders hinsichtlich der Abgrenzung der Handlungsoptionen im Notfall von längerfristigen Zwangsbehandlungen.

In den letzten Jahren kam es wiederholt durch höchstgerichtliche Entscheidungen zu gesetzlichen Neuregelungen, auch bezüglich des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (SächsPsychKG). Zum Zeitpunkt der hier dargestellten Datenerhebung bestand eine erhebliche juristische Unsicherheit für Patienten und Personal. Inzwischen erfolgte mit der Neufassung des § 31 SächsPsychKG zumindest eine teilweise Klärung in Bezug auf die Notfallbehandlung psychisch kranker Menschen.

Ärzte und andere Heilberufe haben, auch aus verfassungsrechtlichen Gründen, einen Anspruch auf möglichst klare Vorgaben durch Gesetze und die Rechtsprechung.

Aktuell stellt die psychiatrische Notfallbehandlung, aufgrund auslegungsbedürftiger gesetzlicher Vorgaben und vieler offener Fragen, ein Feld umfassender Forschung und weiterer ethischer und juristischer Auseinandersetzungen dar. Dabei ist es als sehr positiv zu beurteilen, dass neue juristische Vorgaben und Fragen in den letzten Jahren zu einer verstärkten Orientierung auf dieses schwierige Thema geführt haben.

Die Ergebnisse unserer Prä-Post-Auswertung aller Fixationsereignisse an einer großen sächsischen Klinik vor und nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2018 (2017/2018 versus 2018/2019) zeigen grundsätzlich bekannte, aber noch wenig untersuchte Unterschiede zwischen der Akut- und Notfallpsychiatrie (AP) und der Gerontopsychiatrie (GP).

1. In der Gerontopsychiatrie dominieren die vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts (noch) nicht erfassten Arten der Fixierung (Kombifix, Rollstuhl, 3-Punkt-Fixierung), meist zum Eigenschutz der Patienten. Im Kontrollzeitraum erfolgten deutlich weniger Fixierungen, wobei unklar blieb, ob infolge der komplizierteren und zeitaufwändigen Genehmigungen, des Personalschlüssels oder der verstärkten Auseinandersetzung mit dem Thema. Der „Preis" waren mehr gefährdende Ereignisse, vor allem Stürze und damit eine erhöhte Verletzungsgefahr (zum Beispiel Schenkelhalsbruch)!
2. In der Akutpsychiatrie (AP) nahmen Fixationsereignisse und -dauer leicht ab, es dominierten die vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts erfassten 5-Punkt-Fixierungen, zum Eigenschutz der Patienten und zum Schutz Dritter. Allerdings bilden Fixierungen nur einen Teil des Themas ab, da mögliche Konsequenzen für Verlauf und Prognose der Krankheiten (zum Beispiel Anzahl der Unterbringungen, (auto)aggressive Fehlhandlungen, Dauer der unbehandelten Krankheit, Folgeschäden) in Deutschland nirgends erfasst werden. Effekte der Auseinandersetzung mit dem Thema spielten wahrscheinlich eine geringere Rolle, da das Deeskalationstraining der Mitarbeiter auch zuvor Standard war, die überwiegende Zahl der Ereignisse nur relativ kurz dauerte (Median 9,5 Stunden) und personelle Zuwendung bei akut psychotischen

und intoxikierten aggressiven Patienten in den gegebenen Grenzen bereits erfolgte.

3. Regelungen zur Frage der Akutmedikation gegen den Willen, auch im Notfall („Zwangsmedikation") sind juristisch und medizinisch weiter umstritten. Die Folge der Nichtbehandlung sind psychiatrische Unterversorgung und „unbeobachtete" (externe) gefährdende Ereignisse, da Mortalität und Morbidität offiziell nicht erfasst werden.
4. Jede höchstrichterliche Lösung sollte, ähnlich wie bei Gesetzesvorhaben, auch den damit verbundenen Aufwand berücksichtigen, da ansonsten die enorme Steigerung ärztlicher Büro- und Schreibarbeit (wie aktuell bei jeder 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung) die Zeit für ärztliche Behandlung und Fürsorge, gerade auch für die Betreuung fixierter Patienten, kostet. Diese juristisch-ethischen Anforderungen müssen zumindest zu einer Steigerung der Bedarfszahlen für ärztliches Personal führen, damit sich daraus nicht erneut eine Abwanderung von Ärzten und ein verminderter Akquiseerfolg entwickeln. Es bleibt Aufgabe für die Forschung, zu klären, welche Parameter in welchem Kontext entscheidend sind (Zahl der Fixierungen, Dauer pro Fixationsereignis, Zeit für Gespräch und Zuwendung durch den Arzt, rechtliche Fragen?) und was die Prognose objektiv verbessert.

Ergebnisse

Höchstrichterliche Urteile führen zu Auseinandersetzungen mit grundlegenden Themen der Gesellschaft. Das ist in jedem Fall positiv, vorallem wenn Gleichgültigkeit oder einseitige Sichtweisen herrschen beziehungsweise „Tabus" berührt sind. Die Frage der Fixierung eines Menschen zur Sicherung und/oder Behandlung stellt ein solches Thema dar und es finden sich sehr unterschiedliche Meinungen und Bestrebungen zum Umgang damit in unserer Gesellschaft.

Positive Auswirkungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts:

- aktive Auseinandersetzung mit dem Thema und Alternativen (fachlich und gesellschaftlich),
- die Notwendigkeit der Erhebung von Daten, Fakten,
- die Entwicklung von differenzierten Kriterien für Fixierungen,
- eine bessere Differenzierung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen allgemein (zum Beispiel Akut- versus Gerontopsychiatrie),
- die Schulung des medizinischen Personals und der Richter,
- eine Verbesserung der Personalschlüssel und
- Aufhebung der Ungleichbehandlung psychisch Kranker (verglichen mit körperlich Kranken).

Negative Auswirkungen:

- administrativer Aufwand und Einschränkung ärztlicher Zuwendung;
- Stigmatisierung der Patienten und des Faches;
- Schlechterstellung von psychiatrischen und Suchtpatienten durch Nichtbehandlung;
- Gefährdung der Langzeit-Prognose psychisch kranker Menschen;
- Nachwuchsprobleme und Abwanderung in allen Berufsgruppen infolge oben genannter Probleme und
- Fehlsteuerung von Ressourcen: am Bett, administrativ, gesellschaftlich.

Der Autor dankt insbesondere Frau Voigtländer, M.A., für die Datenerhebung und -analyse und den juristischen und medizinischen Tagungsteilnehmern für die intensive Diskussion. In zukünftigen Arbeiten werden die hier dargestellten Ergebnisse und Interpretationen weiter differenziert. ■

Dr. med. Thomas Barth
Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik
Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz
E-Mail: t.barth@skc.de