

Dr. Koßmann  
Oberarzt  
Tel. 0234 5077-4418  
Christian.kossmann@lwl.org

13.05.2019

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen am 08.05.2019

### Intro und Zahlen

Das LWL-Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie ist ein Fachkrankenhaus in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (Körperschaft des öffentlichen Rechts) und zuständig für ca. 250.000 Bochumer Bürger. Es liegt inmitten Bochums am Bochumer Stadtpark. Das Klinikum hält ca. 130 stationäre und ca. 50 teilstationäre Behandlungsplätze vor, darüber hinaus gibt es eine große Institutsambulanz mit 12.950 Fällen im Jahr, also ca. 3.240 pro Quartal. In 2018 lag die Zahl der Behandlungsfälle bei 2416. Patienten werden auf den einzelnen Stationen, bei uns Tracks genannt, nosologiekonform, das heißt diagnosebezogen und sektorübergreifend, das heißt auf einer Station/ einem Track stationär, teilstationär und zum Teil ambulant behandelt. Die Stationen sind überwiegend offen geführt. Ich bin als Oberarzt zuständig für den Track für psychotische Störungen. Hier können 32 Patienten stationär und 6 Patienten teilstationär behandelt werden. Hier gibt es einen Bereich mit 8 Betten, den wir bei Bedarf im Sinne einer geschlossenen Station schließen können. In der Regel ist die Tür offen. Wir beginnen, Patienten in die Gestaltung des Tracks mit einzubeziehen.

Im ganzen Haus verteilt werden auch Patienten mit einem Unterbringungsbeschluss nach PsychKG NRW und nach Betreuungsrecht behandelt. Unsere Klinik behandelt im

### **LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.

Alexandrinenstraße 1-3, 44791 Bochum

Tel. 0234 5077-0

Fax 0234 5077-1719

[www.lwl-uk-bochum.de](http://www.lwl-uk-bochum.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:

Ab Hbf U-Bahn 308/318 bis Haltestelle Planetarium

Konto des LWL-Universitätsklinikums Bochum

Sparkasse Vest Recklinghausen

Nr. 50 063 114, BLZ 426 501 50

IBAN: DE16 4265 0150 0050 0631 14, BIC: WELADED1REK



Rahmen der Forensischen Psychiatrie auch Patienten, die auf der Rechtsgrundlage des §63 StGB (Strafgesetzbuch) untergebracht sind und weit fortgeschrittene Behandlungserfolge vorweisen können, so dass besondere Sicherungsmaßnahmen nicht mehr erforderlich sind.

2018 lag der Anteil der Unterbringungen nach PsychKG NRW und nach Betreuungsrecht an den gesamten Behandlungsfällen bei ca. 14%, davon 10,5% Unterbringungen nach PsychKG und 3,5% nach Betreuungsrecht. In 2018 war in unserem Haus 81-mal eine Fixierung notwendig, das ist bei 3,35% der Behandlungsfälle. Die Anzahl und die Dauer der Fixierungen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Das liegt u.a. an dem Trackkonzept und der damit verbundenen Verteilung akuter Patienten auf alle Stationen, den offenen Stationen, der baulichen Veränderung einzelner Stationen und den gesetzlichen Bedingungen wie der geforderten durchgehenden 1:1-Betreuung und an der nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 24.07.2018 geforderten zusätzlichen richterlichen Genehmigung, wenn eine Fixierung absehbar länger als eine halbe Stunde dauert. Seit 2017 gibt es einen über einen längeren Zeitraum entwickelten LWL-weiten Standard aller LWL-Kliniken zum Umgang mit freiheitentziehenden Maßnahmen (LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen (**feM**) und Zwangsbehandlungen in der psychiatrischen Behandlung, in Buchform veröffentlicht im Pabst-Verlag, ISBN: 978-3958533523).

### Die Fixierung

Ich werde im Folgenden die Situation einer möglichen Fixierung auf meinem Track beschreiben. In der Regel sind die Patienten auf meinem Track psychotisch. Aggressionen auch verbaler Art, auch von außenstehenden Personen, zum Beispiel den Angehörigen haben in der letzten Zeit zugenommen, Aggressionen aufgrund einer Intoxikation mit bestimmten Suchtmitteln ebenso. Da das Pflegepersonal den direktesten Kontakt zu den Patienten hat, ist dieses auch am häufigsten von den Aggressionen betroffen. Alle Mitarbeiter werden bezüglich unserer Deeskalationsmaßnahmen und -techniken geschult, Fixierungen laufen in der Regel nach einem festen Vorgehen ab. Patienten sind dann sehr angespannt, verbal aggressiv und psychomotorisch unruhig. Es gibt dann Versuche verbal die Situation zu deeskalieren über Gespräche, ausreichend Bewegungsfreiheit, Rückzugsmöglichkeit oder klassisch, die „gemeinsame Zigarette“. Die Ursache des aggressiven Verhaltens ist in dieser Phase manchmal zu erfahren, das Verhalten hat manchmal mit der fehlenden Möglichkeit zu tun, die Station oder das Krankenhaus zu verlassen, manchmal hat es konkrete andere Ursachen, Streit mit den Angehörigen o.ä., manchmal ist es aber psychotisch motiviert, der Patient wähnt sich ungerecht behandelt, beobachtet, verfolgt o.ä.. Helfen die genannten Maßnahmen nicht, dann wird über die angeordnete Bedarfsmedikation oder den hinzugerufenen Arzt eine medikamentöse Beruhigung versucht. Manchmal nimmt ein Patient die angebotenen Medikamente ein, manchmal nicht. Zwangsweise dürfen wir in dieser Phase keine Medikamente verabreichen.

Ohne oder manchmal, eher selten, auch trotz der Medikation kommt es dann im weiteren Verlauf zu körperlich aggressivem Verhalten, dabei kann ein Patient Mobiliar zerstören oder Mitpatienten oder Personal angreifen, schlagen, treten, spucken. Dabei kann zum Beispiel Personal mit entsprechenden Deeskalationstechniken den Angriff abwehren. Manchmal ist dies nicht möglich und Mitarbeiter kommen dann auch zu Schaden. Dabei ist die psychische Belastung nach einem erfolgten Übergriff häufig gewichtiger, es kommt auch zu folgenden krankheitsbedingten Ausfällen. Über einen Notfallfunk kommen dann organisiert viele Mitarbeiter zum Geschehen, selten müssen wir die Polizei zu Hilfe bitten. Mit ausreichend Personal wird nun entschieden, wie wir mit der Situation umgehen, das hängt von der aktuellen Gefährdung und dem Ausmaß des Übergriffs ab. Hier spielt auch die Reaktion des Patienten eine Rolle. Manche Patienten sind selbst überrascht von ihrer Handlung und in der Folge im Gespräch zugänglich, andere sind weiterhin sehr aggressiv. Weiterhin sind eine verbale Deeskalation, eine medikamentöse Behandlung, eine Isolierung des Betroffenen, eine nicht mechanische Fixierung über Haltetechniken oder als letzte Möglichkeit eine mechanische Fixierung die Folge. Soweit möglich bereiten wir den Patienten vor und erklären die Maßnahmen. Der Patient wird dann in einem vorbereiteten Bett an beiden Armen, am Bauch und an beiden Beinen (5-Punkt) fixiert. Manchmal lassen Patienten mit Blick auf das zahlreiche Personal und die Fixierung in ihren Aggressionen nach, manchmal gerade nicht, weil sie die Situation, überwiegend krankheitsbedingt, manchmal aber auch aus ihrer Sozialisation heraus mit entsprechenden gewalttätigen Erfahrungen, nicht verstehen oder nicht akzeptieren, und wir müssen den Patienten gegen seinen massiven Widerstand fixieren.

Ist die Fixierung vollzogen kehrt manchmal Ruhe ein, manchmal nicht. Wir versuchen die Situation zu deeskalieren, indem wir Ruhe bieten. Zunächst bleibt das nur noch notwendige Personal im Raum, in der Regel der behandelnde Arzt und die Bezugspflege und wir versuchen, dem Patienten auch jetzt, die Situation und unser Vorgehen zu erklären. Wir bieten dem Patienten wieder eine Medikation an. Nach einiger Zeit bleibt dann nur noch ein Mitarbeiter zur 1:1-Betreuung im Raum. Spätestens dann kommt in der Regel der Patient zur Ruhe. Manchmal kommt es mir vor, dass Patienten gerade diese Ruhe gesucht haben und zuvor für sich auf der Station nicht gefunden haben. Überwiegend sind die Patienten weiterhin psychotisch, schlafen dann aber vor allen Dingen nach Gabe einer Medikation ein. Manche Patienten kommen selbst in der Fixierung nicht zur Ruhe. Besteht eine Gefährdung auch in der Fixierung durch weiterhin aggressives Verhalten oder Eigengefährdung durch ständiges Ziehen an den Fixiergurten, dann erhält der Patient auch eine Medikation gegen seinen Willen.

#### Nach der Fixierung

Nach der erfolgten Fixiermaßnahme erfolgt in der Regel eine erste Nachbesprechung mit dem beteiligten Personal. Dabei geht es um die erste Analyse auch im Hinblick auf das weitere Vorgehen. Weiter geht es auch um das Befinden der Mitarbeiter.

Häufig können wir den Patienten schon nach kurzer Zeit entfixieren, eine Fixierdauer über 30 Minuten muss dann explizit durch einen Richter genehmigt werden. Nach der Entfixierung bleiben wir mit dem Patienten in Kontakt und entscheiden über die weiteren Maßnahmen.

Die vom PsychKG NRW geforderte Nachbesprechung mit dem Patienten, beteiligtem Personal und möglichen vom Patienten gewünschten Dritten, ebenso die Nachbesprechung im Team ohne Patienten erfolgt dann in den nächsten Tagen, u.a. natürlich in Abhängigkeit des Zustandes des Patienten. Hier zeigen sich unterschiedliche Sichtweisen der betroffenen Patienten, die einen verstehen das Vorgehen und entschuldigen sich, andere sehen sich nicht im Unrecht und Dritte können oder wollen sich nicht erinnern und lassen ein Gespräch über das Geschehene nicht zu.

#### Nachbemerkungen

Eine 1:1-Betreuung während der Fixierung ist wichtig, diese Maßnahme als Begleitung ist unerlässlich für den Patienten und hat sicherlich die Fixierdauer reduziert.

Eine richterliche Genehmigung, wenn die Fixierungsdauer eine halbe Stunde überschreitet mag gerechtfertigt sein, die Dauer von 30 Minuten ist meines Erachtens allerdings zu kurz, manchmal dauert es länger, bis sich die Situation und der Patient beruhigt hat. Eine Genehmigung nach 60 Minuten wären sinnvoller.

Dr. med. Christian Koßmann

---