

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Die Fixierung von Patientinnen und Patienten unterliegt hohen Anforderungen. Dazu gehört neben der individuellen ärztlichen Begründung auch eine engmaschige Überwachung.

Anlass für die Schlichtung

Der Patient hat eine während einer stationären Behandlung erfolgte Fixierung als „unnötig“ beanstandet. Schließlich habe ohnehin ein somnolent/komatöser Zustand bestanden. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde konsultiert, um den Fall zu begutachten und juristisch zu bewerten.

Die Vorgeschichte

Bei dem 23-jährigen Patienten bestanden ein Alkohol- und ein multipler Substanzabusus. Zudem erhielt er zum damaligen Behandlungszeitpunkt eine antipsychotische Therapie mit Quetiapin und Olanzepin. Im Juni desselben Jahres, wenige Monate vor der strittigen Behandlung, war bereits aufgrund einer Intoxikation eine stationäre Behandlung in der hier in Anspruch genommenen Klinik vorangegangen. Ein aggressives Verhalten wurde damals nicht beschrieben.

Die strittige Behandlung

Am Nachmittag des 12. September wurde der Patient als Notfall mittels Rettungswagen in einer niedersächsischen Klinik vorstellig, nachdem die Feuerwehr seine Wohnungstür geöffnet und ihn in einem komatösen Zustand vorgefunden hatte. Der Patient war in der Notaufnahme auf Schmerzreize nicht erweckbar. Es wurde ein Blutalkoholspiegel in Höhe von 2,08 Promille festgestellt, zudem wurden Benzodiazepine und Cannabinoide im Urin nachgewiesen. Unter dem Verdacht auf eine Mischintoxikation erfolgten eine Vollfixierung und die Verlegung des Patienten auf die Intensivstation. Die Vollfixierung wurde dort bis 21 Uhr fortgesetzt. Der Patient wurde weiterhin als somnolent beschrieben.

Am Morgen des Folgetages wurde bei ihm eine verbesserte Vigilanz festgestellt, infolgedessen wurden der Bauchgurt sowie seine rechte Hand aus der Fixierung gelöst. Zu diesem Zeitpunkt wurde bereits eine leichte Schwellung am rechten Fuß des Patienten bemerkt. Das rechte Bein wurde schließlich gegen 9.45 Uhr aus der Fixierung gelöst.

Bei einem psychiatrischen Konsil am Vormittag des 13. September wurden eine Suizidalität und eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung des Patienten im Sinne des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) ausgeschlossen.

Der weitere Verlauf

Im weiteren Verlauf fielen ansteigende Entzündungswerte auf. Bei einem unfallchirurgischen Konsil wurde der Verdacht auf eine Neurapraxie der Unterschenkelnerven formuliert, bedingt durch eine enge Fixierung oder Gegenwehr. Zudem wurde ein tiefes Unterschenkelhämatom rechts festgestellt. Mittels MRT wurde schließlich ein Kompartmentsyndrom des rechten Unterschenkels diagnostiziert.

Es schlossen sich drei Operationen an. Neurologisch wurde eine distale Schädigung des N. tibialis und des N. peroneus rechts festgestellt. Die stationäre Behandlung erstreckte sich bis zum 29. September.

Erwiderung der Antragsgegnerin

Die in Anspruch genommene Klinik argumentierte, dass im Haus eine Anweisung des Chefarztes bestehe, die bei somnolenten/komatösen Patienten grundsätzlich eine Vollfixierung bis zur Evaluation durch den Psychiater zum primären Eigenschutz der Mitarbeitenden vorsehe. Im konkreten Fall habe der Patient bereits mehrfach ein aggressives Verhalten in der Vorgeschichte gezeigt.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte internistische Gutachter kam hingegen zu dem Schluss, dass die Fixierung aus mehreren Gründen als fehlerhaft zu bewerten sei.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Sachverständigengutachter an und hielt



Uranzaya – stock.adobe.com

Die Fixierung eines Patienten ist ein erheblicher Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte.

haftungsrechtliche Ansprüche dem Grunde nach für begründet. Im Einzelnen:

Keine Begründung für die Fixierung

Eine individuelle Begründung für die erfolgten Fixierungsmaßnahmen fehlte, in der Patientenakte wurde dazu nichts dokumentiert. Eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung seitens des Patienten war nach Aktenlage zu keinem Zeitpunkt erkennbar. Weder im Aufnahmebericht der zentralen Notaufnahme noch im Verlegungsbefund auf die Intensivstation wurde ein agitiertes oder aggressives Verhalten dargelegt. Vielmehr wurde der Patient als komatös und auf Schmerzreize nicht erweckbar beschrieben. Trotzdem erfolgte bereits in der Notaufnahme eine Vollfixierung. Auch im weiteren Verlauf wurde zu keinem Zeitpunkt ein agitiertes oder aggressives Verhalten des Patienten dokumentiert.

Die im Schlichtungsverfahren angeführte Vorgeschichte des Patienten war nicht nachvollziehbar. Während der

stationären Behandlung im Juni desselben Jahres, nur wenige Monate vor der strittigen Behandlung, wurde ebenfalls kein aggressives Verhalten des Patienten dokumentiert. Weitere Krankenunterlagen stellte die Klinik nicht zur Verfügung. Hinweise auf ein zuvor gezeigtes aggressives Verhalten waren daher nicht ersichtlich.

Unabhängig davon führte der Sachverständige aus, dass bereits die alleinige Nutzung eines Bauchgurtes ausgereicht hätte, um den Patienten zu fixieren. Eine Vollfixierung (Fünf-Punkt-Fixierung) war demnach nicht erforderlich.

Keine Neubewertung und keine Überwachung

Darüber hinaus wurde die Fixierung zu keinem Zeitpunkt evaluiert, zumindest wurde dies nicht dokumentiert. Vielmehr wurde die Fixierung des rechten Beines ohne weitere (dokumentierte) Begründung noch bis zum 13. September, 9.45 Uhr, fortgeführt, nachdem bereits zuvor eine Schwellung des rechten Fußes beschrieben wurde.

Ebenso wenig wurde die Fixierung (dokumentiert) ärztlich überwacht und eine fortlaufende Beobachtung des Patienten dokumentiert.

Keine richterliche Genehmigung

Ferner hätte eine richterliche Genehmigung eingeholt werden müssen, da eine mehr als nur kurzfristige Fixierung vorlag. Bei einer durchgeführten Fixierung kommt grundsätzlich eine Freiheitsberaubung im Sinne von Art. 104 Abs. 2 Grundgesetz in Betracht, sofern diese nicht nur von kurzfristiger Dauer ist. Eine kurzfristige Maßnahme ist entsprechend der Rechtsprechung anzunehmen, wenn diese absehbar die Dauer von etwa 30 Minuten nicht überschreitet. Bei einer mehr als nur kurzfristigen Fixierung ist auf eine richterliche Genehmigung hinzuwirken. Dies erfolgte vorliegend fehlerhaft nicht.

Zwar kann grundsätzlich eine hypothetische Erwägung berücksichtigt werden. Das heißt, es ist zu prüfen, ob eine richterliche Genehmigung – wäre sie eingeholt worden – erteilt worden wäre. Im vorliegenden Fall konnte aufgrund der oben genannten Ausführungen jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass diese Fixierung tatsächlich gerichtlich genehmigt worden wäre, insbesondere, weil eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung zu keinem Zeitpunkt ersichtlich war.

Der kausale Gesundheitsschaden

Kausal fehlerbedingt kam es zu einer unzulässigen Fixierung des Patienten über mehrere Stunden. Dadurch kam es zur Entwicklung eines Kompartmentsyndroms, der Notwendigkeit dreier Operationen, zu damit einhergehenden Schmerzen und Beschwerden sowie zu einer Verlängerung des Behandlungsverlaufs.

Grundsätzliches zur Fixierung

Die Fixierung einer Patientin oder eines Patienten stellt eine besondere Sicherungsmaßnahme im Sinne von § 21 c Abs. 1 Nr. 4 NPsychKG dar und unterliegt daher den besonderen Anforderungen des NPsychKG. § 21 c NPsychKG führt hierzu unter anderem Folgendes auf:

Eine Fixierung ist nur zulässig, wenn sie zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten Person oder eines Dritten erforderlich ist und die Gefahr nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen abgewendet werden kann (Abs. 2 S. 1). Weiterhin bedarf eine Fixierung einer Anordnung durch die ärztliche Leitung und einer ärztlichen Überwachung (Abs. 3 S. 2). Darüber hinaus muss eine fortlaufende

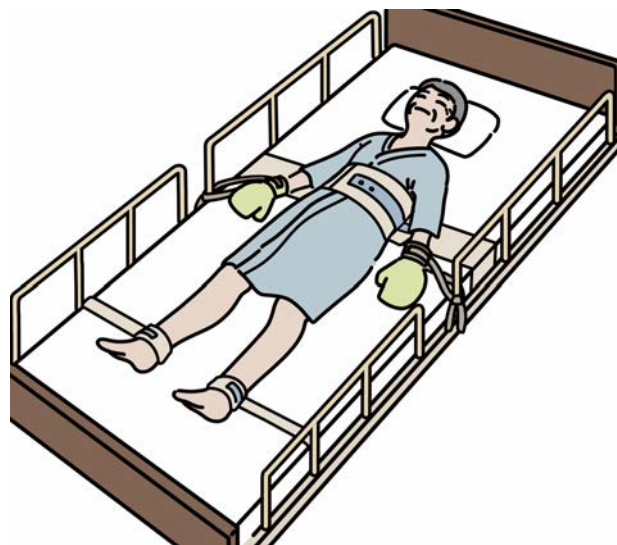


Foto: Sasam018 – stock.adobe.com;

Die länger andauernde Fixierung eines Patienten bedarf nicht nur der ärztlichen Entscheidung, sondern auch einer richterlichen Genehmigung dafür.

ärztliche Überprüfung dahingehend erfolgen, ob die Voraussetzungen für die Fixierung weiterhin vorliegen (Abs. 3 S. 4).

Die fixierte Person ist außerdem durchgängig zu beobachten – in der Regel durch eine persönliche Anwesenheit einer Pflegekraft; eine mittelbare Beobachtung ist nur im Ausnahmefall zulässig (Abs. 4). Die maßgeblichen Gründe für die Anordnung, die Art und Weise der Durchführung, die Dauer und die vorgenommenen ärztlichen Überprüfungen sind zu dokumentieren (Abs. 6). Schließlich ist bei einer mehr als nur kurzfristigen Fixierung (länger als 30 Minuten) eine richterliche Genehmigung einzuholen.

Take-Home-Message

Achten Sie bei einer notwendigen Fixierung einer Patientin oder eines Patienten auf eine individuelle Begründung. Greifen Sie bei der Wahl der Mittel (zunächst) auf mögliche mildere Mittel zurück. Die Fixierung bedarf einer ärztlichen Anordnung und Überwachung sowie einer fortlaufenden ärztlichen Überprüfung. Dokumentieren Sie die Gründe für die Anordnung, die ergriffenen Maßnahmen und deren Dauer sowie die ärztlichen Überprüfungen sorgfältig. Holen Sie ferner für eine länger andauernde Maßnahme eine richterliche Genehmigung ein.

Justine Launicke, Juristin
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen