



DAS VIER-STUFEN-IMMOBILISATIONSKONZEPT (4-SIK)<sup>®</sup>

## Revolutionierung der Fixierungspraxis?

Ralf Wesuls, Thomas Heinzmann, Uwe Pester, Gerd Böhner

Durch eine neue Teammethode, das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept (4-SIK), kann bei fachgerechter Anwendung die Anzahl und Dauer von Fixierungen deutlich verringert werden. Verbale Deeskalationstechniken kombiniert mit körperlichen Haltegriffen ermöglichen den Mitarbeitern, in Krisensituationen eine tragfähige Beziehung zu stark erregten Patienten aufzubauen. Weiterführende Zwangsmaßnahmen sind dann nicht mehr nötig.

In Deutschland sind zirka zehn Prozent aller Patienten, die in Psychiatrien behandelt werden, Zwangsmaßnahmen ausgesetzt. Dabei beträgt die mittlere Dauer von Zwangsmaßnahmen in Deutschland zirka acht Stunden, in Österreich viereinhalb Stunden, in der Schweiz sogar 41 Stunden [1].

Alle psychiatrischen und forensischen Institutionen sind bemüht, die Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen am Patienten zu minimieren. Dies gilt insbesondere für Fixierungen, die eine starke psychische – und manchmal auch traumatische – Belastung für den Patienten darstellen und einen hohen Personalaufwand in der Be-

gleitung erfordern. Trotz all dieser Bemühungen war „... eine dauerhafte und signifikante Senkung der Dauer und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen mit den Mitteln des Qualitätsmanagements bisher nicht möglich“, so Steinert in einem kritischen Essay 2011 [2] über die vergangene und gegenwärtige Praxis im Umgang mit freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen in Deutschland.

### Zur bisherigen Praxis

Die Hauptursachen für die meisten Fixierungen in der Allgemeinpsychiatrie sind aggressive Verhaltensweisen von Patienten,

gefolgt von Erregungszuständen mit und ohne Eigen- oder Fremdgefährdungspotential und sonstigen grob störenden Verhaltensweisen.

Die dahinterliegenden Gründe sind fast ausnahmslos große akute innere Nöte, die den Patienten in diese Erregungszustände bringen oder zu solchen Verhaltensweisen veranlassen. Nicht selten wird diese innere Not sogar durch Maßnahmen der Institution beziehungsweise durch Verhaltensweisen des Personals oder der Mitpatienten ausgelöst.

Schon lange ist es bekannt und gesichert, dass ein gut implementiertes pro-



fessionelles Deeskalationsmanagement die Anwendung und Dauer von Zwangsmaßnahmen wesentlich reduzieren kann [3, 4, 5]. Wesentliche Bausteine hierfür sind:

- Auslöser von Krisen systematisch zu vermindern;
- ein tieferes Verständnis der akuten inneren Nöte der agierenden Patienten;
- einfach erlernbare verbale Deeskalationstechniken.

Dennoch galt bislang auch hier, dass Zwangsmaßnahmen angeordnet wurden, wenn alle verbalen Deeskalationsmöglichkeiten ausgeschöpft waren. Diese Anordnung war gleichermaßen das Eingeständnis, dass alle therapeutischen Interventionsversuche versagt hatten und die Fixierung als eine rein restriktive Sicherungsmaßnahme das alleinige letztendliche Mittel zu sein schien. In der Regel gingen damit starke negative Gefühle, sowohl bei den Patienten als auch bei den Mitarbeitern, einher. Häufig kam es im Kampf auch zu körperlichen Verletzungen auf beiden Seiten, besonders dann, wenn die Vorgehensweise der Mitarbeiter unkoordiniert war.

Zudem wurde eine einmal getroffene Fixierungsanordnung meistens bis zum bitteren Ende durchgezogen, egal, wie sich der Patient nach erfolgtem Zugriff verhielt.

Der Patient verlor mit der Anordnung jegliche Einflussmöglichkeit auf das weitere Geschehen. Auch die Pflegekräfte, die die Fixierung zumeist umsetzten, hatten häufig nicht die Entscheidungsfreiheit, eine einmal angeordnete Fixierung zu unterbrechen oder zu variieren.

## Chancen der Veränderung

Um diese für alle Beteiligten negative Situation zu beenden, wurde das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept in den Jahren 2009 und 2010 am Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement entwickelt. Es ist eingebettet in ein Präventionskonzept mit sieben Deeskalationsstufen [3]. Voraussetzungen für die Umsetzung in der Praxis sind:

- eine wirklich gelebte deeskalierende Grundhaltung eines multiprofessionellen Teams;
- die gemeinsame Zielsetzung, Fixierungen – wann immer möglich – verhindern zu wollen;
- ein Training in verbaler Deeskalation und der notwendigen Haltetechniken.

Bereits seit 2003 werden die Haltetechniken – die Thomas Heinzmann entwickelte – und die spezielle manualisierte Form der verbalen Deeskalation durch das Institut für Professionelles Deeskalationsmanage-

ment in Schulungen und Ausbildungen gelehrt und in zahlreichen Institutionen erfolgreich angewendet. Die Wirksamkeit wurde mehrfach evaluiert [4, 5]. Neu ist das Zusammenfügen beider Interventionen in das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept.

Sofort nach der Kontrollübernahme mit den entsprechenden Haltetechniken erfolgen mehrere Versuche der verbalen Deeskalation während des Haltens. Es wird Kontakt mit dem Patienten aufgenommen, seine momentane innere Not herausgearbeitet und eine therapeutische Beziehung mit ihm in seiner Krise aufgebaut. Auf dieser Basis können gemeinsame Lösungen für die Situation gefunden werden. Der Patient kann sich beruhigen und dann wieder losgelassen werden. Er hat einen Einfluss auf das weitere Geschehen, Patient und Mitarbeiter können gemeinsam weitere Zwangsmaßnahmen verhindern.

## Techniken der Kontrollübernahme

Die verbalen Interventionen werden angepasst an die Stärke der Gegenwehr des Patienten und in vier genau festgelegten Positionen durchgeführt:

**Stufe 1:** Immobilisation im Stehen (→ **Abb. 2**)

**Stufe 2:** Immobilisation im Sitzen (→ **Abb. 3**)

**Stufe 3:** Immobilisation im Liegen (→ **Abb. 4**)

**Stufe 4:** Immobilisation im Liegen mit Zusatzinterventionen.

Drei bis fünf Mitarbeiter sollten an der Durchführung der Kontrollübernahme beteiligt sein. Sie sprechen die Vorgehensweise und die Übernahme verschiedener Positionen am Patienten kurz miteinander ab (→ **Abb.1**). Dann gibt der Gesprächsführende das vereinbarte Zeichen zur Kontrollübernahme. In diesem Moment bewegen sich die Beteiligten rasch und gleichzeitig von unterschiedlichen Seiten auf den Patienten zu, um die Immobilisation im Stehen durchzuführen (→ **Abb.2**).

Gelingt die Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Stehen nicht, weil er noch zu erregt ist oder sich zu stark wehrt, wird die zweite Immobilisationsstufe im Sitzen (→ **Abb. 3**) und bei erneutem Mislingen die dritte Immobilisationsstufe im Liegen durchgeführt (→ **Abb. 4**).



Abb. 9 Um diese für alle Beteiligten negative Situation zu beenden, wurde das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept entwickelt





Abb. 1 Grundposition vor der Kontrollübernahme



Abb. 2 Immobilisation im Stehen



Abb. 3 Immobilisation im Sitzen



Abb. 4 Immobilisation im Liegen



Abb. 5 Handschlag



Abb. 6 Loslassen



Abb. 7 In Bereitschaft bleiben



Gelingt es auch im Liegen (dritte Immobilisationsstufe) nicht, mit dem Patienten in Beziehung zu kommen, können weitere Zusatzmaßnahmen eingeleitet werden, die eine längerfristige Fixierung im Bett verhindern (vierte Immobilisationsstufe). Das kann beispielsweise längeres Halten mit wiederholten verbalen Deeskalationsversuchen, intramuskuläre Medikation oder eine Kurzfrist-Fixierung sein.

Bei den Haltetechniken ist es sehr wichtig, dass sie die verbale Deeskalation in der Kommunikation mit dem Patienten ermöglichen und unterstützen. Deshalb wird die verbale Deeskalation in der Regel von dem Mitarbeiter durchgeführt, der den Kopf stützt und ganz nah am Patienten ist. Die offene Art des Haltens bei freiem Blickfeld des Patienten ermöglicht zudem, dass die verbale Deeskalation auch von einem Mitarbeiter durchgeführt werden kann, der vor dem Patienten steht. Ein Halten des Patienten mit stark nach vorne gebeugtem Rücken oder gar mit dem Gesicht auf dem Boden, wie es in England [6] oder auch in einigen wenigen deutschen Institutionen praktiziert wird, scheidet für eine effektive verbale Deeskalation während des Haltens aus.

## Techniken der verbalen Deeskalation

Die verbale Deeskalation ist aufgebaut in vier Phasen:

1. Phase: Kontaktaufnahme
2. Phase: Beziehungsaufbau
3. Phase: Konkretisierung der inneren Not des Patienten
4. Phase: Lösungsfindung (Verhandlungsphase).

Der Teamkollege, der den Kopf des Patienten hält, versucht sofort nach der Kontrollübernahme den Patienten laut anzusprechen: „Hallo, Herr Meier.“ oder „Stopp, Herr Meier, bitte hören Sie sofort auf, sich zu wehren.“ Direkt im Anschluss erfolgt der Beziehungsaufbau: „Es tut mir leid, dass wir Sie gerade festhalten müssen. Ich weiß, das ist sehr unangenehm für Sie. Wir möchten Sie auch nicht fixieren, aber so lange Sie sich noch wehren, können wir Sie auch nicht wieder loslassen. Bitte versuchen Sie sich nicht mehr zu wehren.“ Dabei wird auf jede Äußerung des Patienten sofort widerspiegeln eingegangen.

Ist der Beziehungsaufbau gelungen, wird mit speziellen Fragetechniken ermittelt, was die Ursache für seine Verhaltensweise war, was ihn erregt hat und welche innere Not dahinter steckt (Angst, Entzug, Zorn etc.). In der vierten Phase wird der Patient motiviert, mitzuhelfen, um das Festhalten beenden zu können. Es werden Lösungen für seine innere Not oder sein Problem gesucht und Absprachen getroffen. Auch eine Medikation kann dem Patienten angeboten werden.

Das Loslassen des Patienten ist von nachfolgenden, klaren Anzeichen abhängig:

- ein deutliches Nachlassen der Körperspannung;
- Beendigung verbal aggressiver Äußerungen;
- glaubhafte Bereitschaft des Patienten, sich auf eine gefundene Lösung oder eine getroffene Absprache einzulassen.

Getroffene Absprachen werden vor dem Loslassen mit einem Handschlag besiegelt (→ **Abb. 5**). Das Loslassen erfolgt dann nach kurzer Rücksprache mit allen Beteiligten langsam und gleichzeitig (→ **Abb. 6**). Die Mitarbeiter bleiben aber noch kurz in der Bereitschaft, um jederzeit wieder die Kontrolle übernehmen zu können (→ **Abb. 7**).

## Ermutigende Zahlen

Die Machbarkeit und Wirksamkeit (→ **Abb. 8**) des Vier-Stufen-Immobilisationskonzepts wurde im Rahmen der patientenorientierten Deeskalation im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch in einem neunmonatigen Zeitraum geprüft, begleitet durch eine Studie von Jutta Kammerer-Ciernioch [8].

Nachdem die Mitarbeiter der Experimentalstation (B) systematisch geschult worden waren, wurde das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept auf dieser Station angewendet. Ein Vergleich zu einer parallel arbeitenden Station (A) als Kontrollgruppe und ein Vergleich mit den Zwangsmaßnahmen von 2008 (allerdings mit 12-monatigem Zeitraum) wurde in das Pilotprojekt miteinbezogen.

Die Ergebnisse sprechen für sich: Durch die Anwendung des Vier-Stufen-Immobilisationskonzepts, bei vorheriger Schulung der Mitarbeiter, konnte die Dauer von Zwangsmaßnahmen um zirka 85 Prozent reduziert werden. Bei 49 von 50 gehaltenen Patienten konnte nach einer Dauer von drei bis zehn Minuten die Zwangsmaßnahme durch die verbalen Interventionen beendet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Methode des Vier-Stufen-Immobilisationskonzeptes Fixierungen erheblich vermindert und die Dauer von Zwangsmaßnahmen drastisch verringert [7].

Auch im Klinikum Schloss Winnenden (KSW) [9] wurde die Methode ab Ende 2010 geschult. Der Einsatz der Methode erfolgte spontan, wann immer genügend bereits geschulte Mitarbeiter und ein ausgebildeter Deeskalationstrainer in einer entsprechenden Situation vor Ort waren und sich das Vorgehen auch zutrauten. Trotz dieser eher unsystematischen Vorgehensweise zeigte die Methode, im Zusammenspiel mit angeordneten Einzelbetreuungen für fixierte Patienten, eindrucksvolle Ergebnisse. Im Jahr 2011 sanken die Fixierungen im Vergleich zum Vorjahr um 46 Prozent und die durchschnittliche Fixierungsdauer um 71 Prozent.

| Zwangsmaßnahmen 2008 |           |        |  |                                |
|----------------------|-----------|--------|--|--------------------------------|
| Station              | Patienten | Anzahl | Einzelmaßnahmen (EM)<br>Gesamtdauer durchschnittl. | Dauer pro EM<br>durchschnittl. |
| A                    | 97        | 183    | 3009 h   | ~ 16 h                         |
| B                    | 86        | 178    | 3108 h   | ~ 17 h                         |

  

| Zwangsmaßnahmen 01-09/2011 |           |        |  |                                |
|----------------------------|-----------|--------|--|--------------------------------|
| Station                    | Patienten | Anzahl | Einzelmaßnahmen (EM)<br>Gesamtdauer durchschnittl. | Dauer pro EM<br>durchschnittl. |
| A Kontr.                   | 61        | 157    | 3389 h   | ~ 22 h                         |
| B Exper.                   | 56        | 120    | 481 h  | ~ 4 h                          |

Abb. 8 Ergebnisse einer Studie zum Vier-Stufen-Immobilisationskonzept (nach Kammerer-Ciernioch/Heinzmann/Lauterbach/Schwarz 2011)



Mittlerweile liegen auch Berichte aus anderen psychiatrischen Institutionen vor, in denen die Methode durch ausgebildete Deeskalationstrainer umgesetzt wird. Diese Berichte bestätigen die ermutigenden Zahlen aus Winnenden und Wiesloch.

### Optimistischer Ausblick

Erfährt ein Patient in einer schweren Krise, dass sich alle Beteiligten bemühen, ihm zu helfen und weiterführende Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, entsteht wertvolles Vertrauen und ein Beziehungskredit, der die nachfolgende Krisenbewältigung einfacher macht. Die Untersuchungen in Wiesloch und Winnenden zeigen, dass durch das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept Häufigkeit und Dauer von Fixierungen oder Zwangsmaßnahmen erheblich vermindert werden können. Der Vorgang der Fixierung entwickelt sich von einer reinen Sicherungsmaßnahme zu einer therapeutischen Intervention. Genau das gilt es zu erreichen. Durch das flexible Vorgehen mit offenem Ende bekommt der Patient neue Mitbestimmungsmöglichkeiten, auch in der Krise. Die durchführenden Mitarbeiter bauen in der Krise eine Beziehung zu dem Patienten auf. Wir halten das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept für den derzeit

hoffnungsvollsten Ansatz, um die Praxis der Fixierung grundlegend zu verändern.

Weitere Informationen und einen Lehrfilm gibt es unter <http://prodema-online.de/762.0.html>.

### Literatur

- 1 Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Kesik-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 889-897
- 2 Steinert T. Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? *Psychiatrische Praxis*, Thieme Verlag Stuttgart, 2011; 7
- 3 Wesuls R, Heinzmann T, Brinker L. Professionelles Deeskalationsmanagement. Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen, 7. Auflage; Karlsruhe: Maxmedia, 2008
- 4 Peller A. ProDeMa-Evaluation 2009/2010: Studie zur Wirksamkeit des professionellen Deeskalationsmanagements im Gesundheitswesen. München: Martin Meidenbauer Verlag, 2010
- 5 Richter D. Qualitätssicherung in der Ausbildung innerbetrieblicher Deeskalationstrainerinnen und -trainer durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Endbericht der Fokusgruppenbefragung in der Behindertenhilfe und in Kliniken. Bern, 2011.
- 6 Lepping P, Steinert T, Needham I, Abderhalden C, Flammer E, Schmid P. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 629-635
- 7 Pester U. Handschriftliche Dokumentationen für die Fixiersitenauswertung, anonymisiert, unveröffentlicht.
- 8 Kammerer-Ciernoch J, Heinzmann T, Lauterbach R, Schwarz, M. Physical Restraint versus Mechanical

Restraint; Alternativen zur Sicherungsfixierung; erste Auswertung eines Modellprojektes, Poster, DGPPN Berlin, 2011

9 Böhner G. Interne Auswertung protokollierter Fixierungsverläufe am Klinikum Schloss Winnenden, bisher nur intern veröffentlicht



**Ralf Wesuls**

Diplom-Psychologe und Psychotherapeut; Gründer und Leiter des Instituts für Professionelles Deeskalationsmanagement



**Thomas Heinzmann**

Fachkrankenpfleger für Psychiatrie; Leiter des Fachbereichs Körperinterventionstechniken Stationsleitung im ZFP Wiesloch



**Uwe Pester**

Fachkrankenpfleger für Psychiatrie; Stellvertretende Stationsleitung im ZFP Winnenden



**Gerd Böhner**

Stellvertretender Pflegedirektor im ZFP Winnenden

#### Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Ralf Wesuls  
Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement  
Windhof 2  
69234 Dielheim

E-Mail: [wesuls@prodema-online.de](mailto:wesuls@prodema-online.de)

### Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitern

In den Studien der Psychiatrien Wiesloch und Winnenden wurden auch Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Vier-Stufen-Immobilisationskonzept erhoben.

Die Rückmeldungen der Patienten waren dabei durchgängig positiv:

- „Ich war erleichtert darüber, nicht fixiert worden zu sein. Vielen Dank.“
- „Halten ist viel humaner, ich will in Zukunft bei einer Krise nur noch gehalten werden.“
- „Ich fühlte mich vom Personal ernst genommen. Es war gut, nochmal mit ihnen reden zu können.“
- „Das Halten und die ruhige Ansprache haben mir Sicherheit und Vertrauen gegeben.“
- „Ich will bei der nächsten Konfliktsituation gleich auf das Pflegepersonal zukommen.“

Auch die Rückmeldungen von Mitarbeitern waren zu 95 Prozent positiv:

- „Die Patienten sind verbal gut erreichbar während des Haltens.“
- „Gute Koordination, alles ist ruhiger und der Verlauf geordneter durch gute Vorbereitung.“
- „Die Patienten zeigen sich während des Haltens schnell behandlungseinsichtig.“
- „Patienten sind eher bereit, oral Arznei einzunehmen.“
- „Wenn man die Patienten mit einbezieht, sind Fixierungen vermeidbar.“

Negative Rückmeldungen der Mitarbeiter tauchten in Form von Ängsten nur vor der Durchführung auf, beispielsweise bei den Schulungen:

- „Das ist zu gefährlich.“
- „Dazu haben wir nicht die Zeit.“
- „Gleich zu fixieren ist sicherer.“

Liebe Leserinnen und Leser, das Thema „Fixierung“ ist in der Psychiatrischen Pflege umstritten. Deshalb würde uns Ihre Meinung dazu interessieren: Wie stehen Sie zu Deeskalationstechniken? Welche positiven oder negativen Erfahrungen haben Sie damit gesammelt? Wir freuen uns auf Ihre Antworten an [psychpflege@thieme.de](mailto:psychpflege@thieme.de).

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0033-1338152  
*Psych Pflege* 2013; 19: 69-73  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619

