

Diplomarbeit

Freiheitsbeschränkung in Krankenanstalten

eingereicht von

Veronika Kalcher

Mat. Nr.: 0211174

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Univ.- Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Ort, Datum

(Unterschrift)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwende habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Unterschrift

Vorwort

Aus eigenem Interesse habe ich mich schon von Beginn meines Studiums an mit der rechtlichen Situation von allen Beteiligten in Krankenanstalten, insbesondere der der Ärzte und Patienten, beschäftigt.

Da das Thema der Freiheitsbeschränkung jeden in unserem Berufsstand betreffen kann und die Kenntnislage über das seit Juli 2005 in Kraft getretene Heimaufenthaltsgesetz nicht immer ausreichend und an jeder Stelle klar ist, habe ich mir mit dieser Diplomarbeit zum Ziel gesetzt, einen Überblick über dieses Gesetz zu bieten, die Problematik der Umsetzung aufzuzeigen und Lösungsvorschläge und Tipps für die praktische Umsetzung im Klinikalltag zu geben.

Was ist eine Freiheitsbeschränkung? Wer kann eine Freiheitsbeschränkung anordnen und wer darf diese vornehmen? Wer muss über diese informiert werden und wie ist die Dokumentation durchzuführen? Welche Möglichkeiten der Freiheitsbeschränkung gibt es und wie lange dürfen diese andauern? – Dies sind nur einige Fragen, über die ich Klarheit schaffen werde.

Die geschlechtsspezifischen Ausdrücke sind auf Männer und Frauen in gleicher Weise zu beziehen.

Danksagungen

Ich bedanke mich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Univ.-Prof. Wolfgang Kröll, ohne dessen große Hilfe und gute Zusammenarbeit meine Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Weiters Ich bedanke mich auch beim Studienrektor der Medizinischen Universität Graz, Univ.-Prof. Dr. Walther Wegscheider, der diese Diplomarbeit mit einem Förderungsstipendium unterstützt hat.

Nicht minder wichtig für das Entstehen dieser Diplomarbeit waren die Unterstützung und das Verständnis meiner Familie und meiner Freunde, die immer für mich da waren.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT.....	II
DANKSAGUNGEN	III
INHALTSVERZEICHNIS.....	IV
ZUSAMMENFASSUNG	VIII
ABSTRACT.....	X
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN	XI
TABELLENVERZEICHNIS	XIII
1 EINLEITUNG	1
2 KRANKHEITSBILDER IM KLINISCHEN ALLTAG	1
2.1 POSTOPERATIVES DELIR	2
2.1.1 <i>Klinik</i>	2
2.1.2 <i>Klassifikation</i>	3
2.1.3 <i>Pathophysiologie</i>	4
2.1.3.1 Neurotransmitter-Hypothese	4
2.1.3.2 Entzündungshypothese.....	4
2.1.3.3 Stress- Hypothese.....	5
2.1.4 <i>Risikofaktoren</i>	5
2.1.5 <i>Diagnostik</i>	5
2.1.6 <i>Therapie</i>	6
2.1.7 <i>Prognose</i>	7
2.2 SEPTISCHE ENCEPHALOPATHIE (SEPSISASSOZIIERTES DELIR)	7
2.2.1 <i>Klinik</i>	7
2.2.2 <i>Pathophysiologie</i>	7
2.2.3 <i>Risikofaktoren</i>	7
2.2.4 <i>Diagnostik</i>	8
2.2.5 <i>Therapie</i>	8
2.3 ALKOHOLDELIR (DELIRIUM TREMENS).....	8
2.3.1 <i>Klinik</i>	9
2.3.2 <i>Pathophysiologie</i>	9
2.3.3 <i>Diagnostik</i>	9

2.3.4	<i>Therapie</i>	10
2.4	POSTOPERATIVE KOGNITIVE DYSFUNKTION (POCD)	10
2.4.1	<i>Klinik</i>	10
2.4.2	<i>Klassifikation</i>	10
2.4.3	<i>Pathophysiologie</i>	11
2.4.4	<i>Risikofaktoren</i>	11
2.4.5	<i>Diagnostik</i>	11
2.4.6	<i>Therapie</i>	12
2.4.7	<i>Prognose</i>	12
2.5	SUCHT	12
2.5.1	<i>Opioide</i>	12
2.5.1.1	Wirkungsspektrum	12
2.5.1.2	Klinik	12
2.5.1.3	Therapie	13
2.5.2	<i>Benzodiazepine</i>	13
2.5.2.1	Wirkungsspektrum	13
2.5.2.2	Klinik	13
2.5.2.3	Therapie	13
2.5.3	<i>Psychostimulantien</i>	14
2.5.3.1	Wirkungsspektrum	14
2.5.3.2	Klinik	14
2.5.3.3	Therapie	14
2.5.4	<i>Cocain</i>	14
2.5.4.1	Wirkungsspektrum	14
2.5.4.2	Klinik	14
2.5.4.3	Therapie	15
2.5.5	<i>Cannabis</i>	15
2.5.5.1	Wirkungsspektrum	15
2.5.5.2	Klinik	15
2.5.5.3	Therapie	15
2.5.6	<i>LSD (D- Lysergsäurediethylamid)</i>	16
2.5.6.1	Wirkungsspektrum	16
2.5.6.2	Klinik	16
2.5.6.3	Therapie	16

2.6	DEMENZ	16
2.6.1	<i>Alzheimer- Demenz</i>	16
2.6.1.1	Klinik.....	16
2.6.1.2	Pathophysiologie	17
2.6.1.3	Diagnostik.....	17
2.6.1.4	Therapie	17
2.6.2	<i>Vaskuläre Demenz</i>	17
2.6.2.1	Klinik.....	17
2.6.2.2	Pathophysiologie	18
2.6.2.3	Diagnostik.....	18
2.6.2.4	Therapie	18
2.7	HIRNTRAUMA.....	18
2.7.1	<i>Klinik</i>	18
2.7.2	<i>Klassifikation</i>	18
2.7.3	<i>Pathologie</i>	19
2.7.4	<i>Therapie</i>	19
2.8	SUIZIDALITÄT.....	19
2.8.1	<i>Klinik</i>	19
2.8.2	<i>Risikofaktoren</i>	19
2.8.3	<i>Diagnostik</i>	20
2.8.4	<i>Therapie</i>	20
3	RUND UMS HEIMAUFGENTHALTSGESETZ	20
3.1	HISTORISCHER RÜCKBLICK.....	20
3.2	HEIMAUFGENTHALTSGESETZ.....	21
3.2.1	<i>Allgemeines</i>	21
3.2.2	<i>Geltungsbereich</i>	22
3.2.3	<i>Freiheitsbeschränkung</i>	23
3.2.4	<i>Aufklärung, Einwilligung und Dokumentation</i>	26
3.2.5	<i>Ausnahmesituationen</i>	27
3.2.6	<i>Bewohnervertreter</i>	29
3.2.7	<i>Gerichtliche Überprüfung Rekursverfahren und Haftung</i>	31
3.2.8	<i>Abgrenzung von anderen, ähnlichen Gesetzen freiheitsbeschränkender Maßnahmen</i>	33

4	LEITFADEN FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS	34
5	ANREGUNGEN ZUR AUSBILDUNG/WEITERBILDUNG DER ÄRZTE.....	36
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	36
	ANHANG –PROJEKTPLAN.....	45
	LEBENS LAUF	46
	NOTIZEN.....	48

Zusammenfassung

Das Heimaufenthaltsgesetz, das seit 1. Juli 2005 gültig ist, gibt grundsätzlich Handlungsanleitungen, aber nicht nur, für die Menschen, die für die Pflege und Betreuung von psychisch kranken oder geistig behinderten Patienten verantwortlich sind, wenn eine freiheitsbeschränkende Maßnahme durch eine ernstliche Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Bislang bewegten sich die verantwortlichen Personen in einem rechtlichen Graubereich zwischen dem Schutz der persönlichen Freiheitsrechte und dem des Patienten und anderer.

Primär gilt dieses Bundesgesetz für Pflege- und Altenheime, aber es findet ebenso in Krankenanstalten, mit Ausnahme der Anstalten und Abteilungen für Psychiatrie, die dem Unterbringungsgesetz unterstehen, Anwendung.

Eine Freiheitsbeschränkung besteht nach dem Heimaufenthaltsgesetz dann, wenn die Ortsveränderung einer betreuten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Maßnahmen oder durch deren Androhung unterbunden wird. Hierfür stehen mechanische (Steckgitter, Fixierung, ect.), elektronische und medikamentöse Maßnahmen (hauptsächlich Sedativa und Tranquilizer) zu Verfügung.

Bei einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme, die länger als 24 Stunden dauert, oder wiederholt angewandt werden soll, muss ein Arzt mit „ius practcandi“ diese anordnen. Eine kürzere, einmalige Freiheitsbeschränkung kann von jeder anordnungsbefugten Person durchgeführt werden. Diese anordnungsbefugte Person hat die Pflicht der Aufklärung des Patienten über Grund, Art, Dauer und Risiken der Freiheitsbeschränkung, die Pflicht der Verständigung des Leiters der Abteilung/ Institution und der Vertrauensperson bzw. des Bewohnervertreeters und die der schriftlichen Dokumentation.

Die Probleme im täglichen Klinikalltag bestehen im Abschätzen und Beurteilen einer ernstlichen und erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten. Hierfür sollte ein „Gefahrenkatalog“ erstellt werden. Weiters ist die Einschätzung, ob ein Patient einwilligungsfähig ist, eine häufig schwierig einzuschätzende Situation.

Es werden die Krankheitsbilder, die eine Freiheitsbeschränkung fordern könnten, wie das postoperative Delir, das Alkoholdelir, das sepsisassoziierte Delir, Entzugserscheinungen bei Drogenabhängigkeit, Demenzen, die postoperative kognitive Dysfunktion, das Hirntrauma und Suizidalität vorgestellt.

Ein Leitfaden für die tägliche Praxis in Krankenanstalten in Form einer „Schritt-für-Schritt-Anleitung“ soll Transparenz und eine sichere Anwendbarkeit bringen.

Abstract

On July 1st 2005 a new federal law was released which controls the Act on Home and Houses of psychologically ill und mentally retarded persons in nursing und old people's homes, but also in hospitals. This law is supposed to relieve the nursing staff and all those persons who are authorized to order a restriction of liberty.

So far, the nursing staff and authorized persons have acted in a grey area, because of the earlier legal situation, which was not transparent and which was problematic concerning the practical performance in hospital.

What are the contents of the Act on Home and Houses? Who is authorized to order a restriction of liberty and who has the permission to carry out a restriction of liberty? Which legal and organisational steps have to be taken? What kinds of restriction of liberty are possible and when does a restriction of liberty start and end? In this diploma thesis the legal foundations of the Act on Home and Houses, the problems in daily routine and a guideline for the clinical practice will be presented so that the basic rights of patients can be guarded and the responsible persons are legally protected.

Glossar und Abkürzungen

A.	Arteria
ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abs	Absatz
Art	Artikel
ASS	Acetylsalicylsäure
β	beta
BlgNR	Beilage(n) zu den stenographischen Protokollen des Nationalrats
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CFQ	Cognitive- Failure- Questionnaire
CRH	Corticotropin- releasing Hormon
CT	Computertomographie
DDS	Delirium Detection Score
DRS	Delirium Rating Scale
ect.	et cetera
EEG	Elektroencephalogramm
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FB	Freiheitsbeschränkung
GABA	γ- Aminobuttersäure
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10
ISPOCD	International Study of Postoperative Cognitive Dysfunction
LG	Landesgericht
LSD	Lysergsäurediethylamid
MMSE	Mini Mental State Examination
MRT	Magnetresonanztomographie
NNR	Nebennierenrinde
OGH	Der Oberste Gerichtshof
PersFrG	Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit
PET	Positronen- Emissions-Tomographie
POCD	Postoperative kognitive Dysfunktion

SKT	Short- Performance- Test
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
StGB	Strafgesetzbuch
THC	Δ 9-Tetrahydrocannabinol
UbG	Unterbringungsgesetz
u.v.m	und vieles mehr
VfGH	Der Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VSPAG	Vereinsachwalter- und Patientenanwaltsgesetz
VSPBG	Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz
Z	Zeile
ZAS	Zentral anticholinerges Syndrom
z.B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem

Tabellenverzeichnis

(TABELLE 1): KRANKHEITSBILDER IM KLINISCHEN ALLTAG	1
(TABELLE 2): SUBTYPEN DES DELIRS.....	3

1 Einleitung

Die Freiheitsbeschränkung (FB) von Patienten in Krankenanstalten stand bis zum In- Kraft- Treten des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) in einem gewissen Graubereich. Ist es erlaubt eine Freiheitsbeschränkung an Patienten vorzunehmen oder widersprach diese Regelung grundsätzlich irgendwelchen Schutzgesetzen? Vielerorts beruhigten sich die in Krankenanstalten Tätigen mit dem Hinweis, eine Freiheitsbeschränkung werde durchgeführt, nicht nur um den Patienten vor Verletzungen zu schützen, sondern auch um sich selbst vor Angriffen durch Patienten zu schützen.

Mit Juli 2005 hat der Bundesgesetzgeber ein Gesetz in Kraft gesetzt, bei dem es zwar grundsätzlich um betreute Patienten in Heimen geht, in dem aber auch Regelungen für die Freiheitsbeschränkung von Patienten in Krankenanstalten getroffen werden.

2 Krankheitsbilder im klinischen Alltag

Im Rahmen der medizinischen Behandlung von Patienten können verschiedene Situationen auftreten, die zumindest vorübergehend gegebenenfalls eine Freiheitsbeschränkung erforderlich machen können. Dazu zählen insbesondere die in diesem Kapitel beschriebenen Krankheitsbilder (Tabelle 1)

2.1. Postoperatives Delir	
2.2. Septische Enzephalopathie/ Sepsisassoziertes Delir	
2.3. Alkoholdelir	
2.4. Postoperative kognitive Dysfunktion (POCD)	
2.5. Sucht	
	2.5.1. Opioide
	2.5.2. Benzodiazepine
	2.5.3. Psychostimulantien

	2.5.4. Cocain
	2.5.5. Cannabis
	2.5.6. LSD
2.6. Demenz	
	2.6.1. Alzheimerdemenz
	2.6.2. Vaskuläre Demenz
2.7. Hirntrauma	
2.8. Suizidalität	

2.1 Postoperatives Delir

Delir kommt von dem lateinischen „delirare“ und bedeutet „aus der Spur geraten“. Es gehört zu den akuten organischen Psychosen¹ und zählt zu den häufigsten psychiatrischen Störungen nach operativen Eingriffen².

2.1.1 Klinik

Nach ICD-10 gilt die Diagnose „Delir organischer Ursache“. Laut Definition spricht man von einem postoperativen Delir oder Durchgangssyndrom, wenn einerseits eine akute Wesensveränderung mit transitorischer Einschränkung von Bewusstsein und Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Orientiertheit und Denkvermögen andererseits Störungen der psychomotorischen Aktivität und des Schlaf-Wach-Verhaltens³ in unterschiedlicher Ausprägung vorliegen. Typischerweise beginnt das postoperative Delir plötzlich und wechselt rasch zwischen symptomatischen und beinahe normalen Phasen, und bietet dadurch eine Erklärung, warum es im klinischen Alltag häufig übersehen oder falsch interpretiert wird. Meist tritt es bei operierten Patienten zwischen dem 1. und 3. Tag postoperativ auf und dauert von einigen Tagen bis zu vier Wochen, wobei fluktuierende Verläufe bis zu sechs Monaten möglich sind. Bei Intensivpatienten kann es in bis zu 80% auftreten⁴.

¹ Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V. Huber, Bern Göttingen Toronto

² Gallinat J. et al. Das Postoperative Delir, Anaesthesist 1999

³ Schmitt TK et al. Postoperatives Delir beim Intensivpatienten, Anaesthesist 2008

⁴ Borthwick M. et al. Detection, prevention and treatment of delirium in critically ill patients, United Kingdom Clinical Pharmacy Association 2006

Burns A. et al. Delirium, J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004

Das klinische Bild wird bestimmt durch

- quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen (der Patient ist sich nicht klar darüber, was gerade mit ihm und in der Umgebung geschieht)
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Störungen des episodischen Gedächtnisses (retrograde oder anterograde Amnesie)
- Denkstörungen
- Schlafstörungen
- optische Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- innere Unruhe und
- motorische Agitiertheit.

2.1.2 Klassifikation

Bei der Klassifikation werden drei Subtypen des Delirs unterschieden⁵ :

(Tabelle 1)

Subtyp	Häufigkeit	Klinik
Rein hyperaktiv	Ca. 2%	Agitiertheit, paranoide Gedanken, ununterbrochene Bewegungsaktivität, Nesteln, vegetative Entgleisungen, Aggressivität, Gewalttätigkeit, Feindseligkeit; typisch beim Entzugsdelir
Rein hypoaktiv	Ca. 45%	Apathie, Orientierungsstörung; häufig bei medikamentös ausgelösten Deliren
gemischt	Ca. 55%	Rascher Wechsel der Phasen; typisch bei Demenzerkrankungen

Chevrolet JC et al. Clinical review: Agitation and delirium in the critically ill-significance and management, Crit Care 2007

⁵ Böhner H. et al. Aktuelle Diagnostik und Therapie postoperativer Delirien, Dtsch Med Wochenschr 2001

Borthwick M. et al. Detection, prevention and treatment of delirium in critically ill patients, United Kingdom Clinical Pharmacy Association 2006

Burns A. et al. Delirium, J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004

2.1.3 Pathophysiologie

Es werden bezüglich der Neuropathophysiologie des Delirs verschiedene Hypothesen diskutiert. Jedoch wurde bis jetzt keine allgemein gültige Erklärung gefunden⁶. Hier drei Erklärungsansätze:

2.1.3.1 Neurotransmitter-Hypothese

Die Neurotransmitter- Hypothese beschreibt eine bei deliranten Patienten erhöhte anticholinerge Aktivität. Bei dementen Patienten mit einer degenerativen Störung des zentralen cholinergen Systems treten häufig delirante Symptome auf und auch anticholinerg wirksame Medikamente können ein Delir auslösen und cholinerg wirksame dieses wieder aufheben⁷.

Für die Hypothese des Einflusses des dopaminergen Systems spricht die Tatsache, dass Intoxikationen mit dopaminergen Substanzen und ein Überschuss des dopaminergen Systems bei hepatischer Encephalopathie eine delirante Situation begründen kann⁸. Weiters werden D2-Dopaminrezeptorantagonisten, wie Haloperidol, zur Behandlung des Delirs eingesetzt.

2.1.3.2 Entzündungshypothese

Eine weitere Hypothese befasst sich mit den bei einer Entzündung erhöhten Konzentrationen von Zytokinen. Zytokine können eine neuronale Freisetzung von Dopamin anregen und die des Acetylcholins hemmen⁹. Zusätzlich kann die Hypothalamus- Hypophysen- NNR- Achse durch eine Freisetzung von CRH durch das Zytokin Interleukin- I zu einer Stressreaktion führen.

⁶ Burns A. et al. Delirium, J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004

Gallinat J. et al. Das postoperative Delir, Anaesthesist 1999

Hilger E. et al. Pathophysiologische Korrelate deliranter Syndrome, J Neurol Neurochir Psychiatr 2002

⁷ Gallinat J. et al. Das postoperative Delir, Anaesthesist 1999

Schmitt TK et al. Postoperatives Delir beim Intensivpatienten, Anaesthesist 2008

⁸ Griffiths RD et al. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder, Curr Opin Anaesthesiol 2006

Hilger E. et al. Pathophysiologische Korrelate deliranter Syndrome, J Neurol Neurochir Psychiatr 2002

Hopkins RO et al. Assessing neurocognitive outcomes after critical illness: are delirium and longterm cognitive impairments related?, Curr Opin Crit Care 2006

⁹ Schmitt TK et al. Postoperatives Delir beim Intensivpatienten, Anaesthesist 2008

2.1.3.3 Stress- Hypothese

Durch ein Trauma oder eine akute Entzündung wird das autonome Nervensystem aktiviert und es entsteht ein Hyperkortisolismus, der ein Delir auslösen kann.

2.1.4 Risikofaktoren

Es werden viele Risikofaktoren diskutiert. Der einzig gesicherte Risikofaktor der bekannt ist, ist das Alter¹⁰. Hierbei spielen eine altersbedingte Abnahme der zerebralen Nervenzellichte, eine Verminderung der Neurotransmitterkonzentration sowie eine Abnahme der Blutflußgeschwindigkeit der A. cerebri media und eine inadäquate vasomotorische Gefäßreaktion eine wesentliche Rolle. Vorbestehende internistische Erkrankungen, wie Demenz, psychische Vulnerabilität des Patienten, unzureichend perioperative Schmerztherapie, unzureichend verabreichte Benzodiazepine, Medikamente mit anticholinergem Wirkung, Beeinträchtigung des Schlafrythmus u. v. m., werden weiters als Risikofaktoren angenommen¹¹.

2.1.5 Diagnostik

Die Diagnose eines postoperativen Delirs ist häufig sehr schwer. Es gibt jedoch einige psychometrischen Testinstrumente (z. B. Delirium Rating Scale DRS¹², Cognitive Test for Delirium, Delirium Detection Score DDS¹³,...) zur Objektivierung. Zusätzlich sollte ein psychiatrischer Konsiliardienst hinzu geholt werden.

Der Score nach Marcantino¹⁴ erfaßt die präoperativen Risikofaktoren für ein postoperatives Delir. Ziel ist, für definierte Risikogruppen eine optimale

¹⁰ Dieckelmann A. et al. Akute postoperative Psychosyndrome. Eine prospektive Studie und eine multivariante Analyse von Risikofaktoren, Chirurg 1989

Moller JT et al. Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study, Lancet 1998

¹¹ Inouye SK et al. Delirium in older persons, N Engl J Med 2006

Griffiths RD et al. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder, Curr Opin Anaesthesiol 2006

Gallinat J. et al. Das postoperative Delir, Anaesthesist 1999

Pandharipande P. et al. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill, Curr Opin Crit Care 2005

Prüter C. Medikamentös induzierte Psychosen, Psychoneuro 2005

Walder B. et al. Schlafstörungen bei kritisch kranken Patienten, Anaesthesist 2007

¹² Delirium Rating Scale: Diagnosestellung eines Delirs (16 klinische Items werden quantitativ beurteilt)

¹³ Delvin JW et al. Delirium assesment in the critically ill, Intensive Care Med 2007

¹⁴ Pandharipande PP. et al. Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial, JAMA 2007

Score nach Marcantino: Beurteilt das präoperative Risiko für ein postoperative Delir mit einem Punktesystem (Alter >70 Jahre, Alkoholabusus, kognitive Störung, körperliche Behinderung, pathologische präoperative Laborwerte, Thoraxeingriff, Aortenaneurysmaoperation; ≥3 Punkte besteht ein 50% allgemeines Delirrisiko)

perioperative Delirprophylaxe zu finden. Eine Studie mit geriatrischen Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur zeigte, dass eine präoperativ gestartete niedrigdosierte Therapie mit Haloperidol wirksam ist¹⁵.

Vervollständigt wird die Diagnose durch eine laborchemische Untersuchung des Blutbildes, Blutzuckers, der Nieren- und Leberfunktion, der arteriellen Blutgase mit Säure- Basen- Haushalt und Elektrolyte. Im gegebenen Fall sind ebenfalls toxikologische Untersuchungen indiziert. Weiters können ein Elektroencephalogramm (EEG), Lumbalpunktion und weitere bildgebende Verfahren bei Unklarheit durchgeführt werden.

2.1.6 Therapie

Das Management des postoperativen Delirs besteht aus einer Korrektur der Störung, das heißt eine symptomatische Therapie (Absetzen aller potentiell delirogenen Medikamente, Hypoglykämie, Hypoxie, metabolischen Entgleisungen,...), einer nichtpharmakologischen Therapie, wie eine gut beleuchtete Umgebung, Ruhe und die Anwesenheit vertrauter Personen. Fixierungen sollten nur nach sorgfältiger Überlegung eingesetzt werden, da sie Angst und Agitiertheit verstärken können¹⁶.

Propofol kann den physiologischen Schlaf fördern und wird alternativ eingesetzt.

Haloperidol (D2-Dopaminrezeptorantagonist) wirkt gegen die häufigsten Symptome eines Delirs wie Halluzinationen, Agitiertheit, Selbst- oder Fremdgefährdung und Denkstörungen.

Olanzapin, Risperidon, Quetiapin und Zipasidon gehören zur Gruppe der atypischen Antipsychotika und können besonders beim hypoaktiven Delir einen positiven Einfluss haben. Bei älteren Patienten können alternativ auch die sedierenden Antipsychotika Melperon und Pipamperon eingesetzt werden.

Bei ausgeprägten vegetativen Symptomen (Hypertonie,...) kann Clonidin verabreicht werden¹⁷.

Physostigmin ist bei einem Verdacht auf ein medikamentös ausgelöstes Delir indiziert.

¹⁵ Böhner H. et al. Aktuelle Diagnostik und Therapie postoperativer Delirien, Dtsch Med Wochenschr 2001

Siddiqi N. et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients, Cochrane Database Syst Rev 2 2007

¹⁶ Schmitt TK et al. Postoperatives Delir beim Intensivpatienten, Anaesthesist 2008

¹⁷ Krauseneck T. et al. Psychiatrische Erkrankungen auf der Intensivstation-Teil 1 Das Delir, AINS 2006

2.1.7 Prognose

Prognostisch gesehen wird durch ein Delir die Dauer eines Krankenhausaufenthalts verlängert, da der Heilungsprozess gestört ist und häufig treten postoperative Komplikationen auf und die Kosten steigen.

Weiters kann es zu lang anhaltenden kognitiven Defiziten und dauerhafte Funktionsstörungen kommen.

2.2 Septische Encephalopathie (Sepsisassoziertes Delir)

2.2.1 Klinik

Das sepsisassoziertes Delir tritt bei bis zu 80% septischer Patienten auf und manifestiert sich durch mentale Veränderungen ohne fokale neurologische Ausfälle¹⁸. Die klinischen Symptome des Patienten bestehen aus Agitation, Verwirrtheit, Störungen der Orientierung und können bis zum Koma reichen.

Ein sepsisassoziertes Delir erhöht die Letalität der Patienten¹⁹.

2.2.2 Pathophysiologie

Grund für diese mentalen Veränderungen und neurologischen Ausfällen ist eine Endotoxinexposition, die die Struktur der Blut-Hirn-Schranke verändert und zu einer Aktivierung der Mikroglia führt. Diese Veränderungen erhöhen den neuroimmunologischen Stoffwechsel, führen zu einer Zytokinausschüttung und verändern somit auch den weiteren Signalverlauf. Diese Modifikationen führen weiters durch Sauerstoff- und Nährstoffmangel der Nervenzellen zu Schäden in unterschiedlichen Hirnarealen mit Beeinträchtigungen der Neurotransmitter. Eine große Rolle spielt eine nicht kontrollierte Zytokinausschüttung und ein cholinergischer antiinflammatorischer Reflex²⁰.

2.2.3 Risikofaktoren

Als Prädiktor einer septischen Encephalopathie gilt die Hypotension.

¹⁸ Ebersoldt M. et al. Sepsis-associated delirium, Intensive Care Med 2007

¹⁹ Eggers V. et al. Septische Encephalopathie- Differentialdiagnose und therapeutische Einflussmöglichkeiten, Anaesthesist 2003

²⁰ Tracey KJ et al. Physiology and immunology of the cholinergic antiinflammatory pathway, J Clin Invest 2007

Weitere Risikofaktoren sind ein inadäquater zerebraler Perfusionsdruck, Veränderungen, Störungen der zerebralen Mikrozirkulation, der Blut-Hirn-Schranke zerebrale Ischämien, Veränderungen der Aminosäurenspiegel, Transmitterimbilanzen, metabolische Veränderungen, Leberinsuffizienz, Multiorganversagen und Infektionen des zentralen Nervensystems²¹.

2.2.4 Diagnostik

Die Diagnostik besteht aus einer neurologischen Untersuchung²². Es sollten hepatische, renale, hypoxisch-ischämische oder kardiovaskuläre Enzephalopathien, metabolische Störungen und Organdysfunktionen anderer Genese in Betracht ausgeschlossen werden²³.

2.2.5 Therapie

Die Therapie des sepsisassoziierten Delirs besteht in der Behandlung der Sepsis²⁴. Zur Zeit gibt es keine evidenzbasierte Datenlage zur Behandlung einer septischen Enzephalopathie. Eine Hypoxie und Hypokapnie sollten vermieden und der Perfusionsdruck stabil gehalten werden²⁵.

2.3 Alkoholdelir (*Delirium tremens*)

Das Alkoholdelir gehört ebenfalls in die Gruppe der organisch- psychischen Störungen. Bei ungefähr 15% der alkoholkranken Patienten tritt das Delirium tremens auf und präsentiert sich mit körperlichen, vor allem vegetativen klinischen Symptomen. Die genaue Anamnese kann helfen die Letalität des Alkoholdelirs senken²⁶.

²¹ Eggers V. et al. Septische Enzephalopathie- Differentialdiagnose und therapeutische Einflussmöglichkeiten, Anaesthesist 2003

²² Engelmann L. et al. Diagnostik und Intensivtherapie bei Sepsis und Multiorganversagen, Springer Verlag 2006

²³ Eggers V. et al. Septische Enzephalopathie- Differentialdiagnose und therapeutische Einflussmöglichkeiten, Anaesthesist 2003

²⁴ Engelmann L. et al. Diagnostik und Intensivtherapie bei Sepsis und Multiorganversagen, Springer Verlag 2006

²⁵ Eggers V. et al. Septische Enzephalopathie- Differentialdiagnose und therapeutische Einflussmöglichkeiten, Anaesthesist 2003

²⁶ Schmitt TK et al. Postoperatives Delir beim Intensivpatienten, Anaesthesist 2008

2.3.1 Klinik

Es tritt meist nach einem langdauernden Alkoholmissbrauch, während einem ununterbrochenen Trinken und bei einem Entzug auf, wobei der Abstand zwischen Entzug und Delir meist 1- 3 Tage beträgt.

Das Alkoholdelir beginnt plötzlich und oft geht ein so genanntes Prädelir voraus. Dieses besteht aus Schlaflosigkeit, Gereiztheit, Unruhe, Angst, Zittern, Schreckhaftigkeit, Halluzinationen und allgemeine Schwäche.

Die Dauer beträgt 2- 5 Tage, allerdings kann diese durch vorbestehende internistische Erkrankungen und zerebrale Krampfanfälle verlängert sein. Die Letalität bei einem unbehandelten Delir liegt zwischen 20- 30%. Es besteht die Möglichkeit, dass dieses Delir in ein Korsakow- Syndrom, eine alkoholische Demenz oder eine Encephalopathie Wernicke übergehen.

2.3.2 Pathophysiologie

Die Pathophysiologie des Alkoholdelirs nimmt eine Sonderstellung ein. Hierbei kommt es zu einer Erniedrigung von GABA und Magnesium und gleichzeitig zu einer Erhöhung der Konzentrationen von Dopamin, Glutamat, Noradrenalin und Corticotropine- releasing- Faktor. Dies erklärt ein erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle durch ein Senken der Krampfschwelle. Aufgrund der vegetativen Stimulation kann es auch zu optischen Halluzinationen kommen, die für ein Alkoholdelir typisch sind²⁷.

2.3.3 Diagnostik

Die Diagnosestellung erfolgt durch die Anamnese und klinischen Symptome (internistische und neurologische) des Patienten. Es kann eine Zusatzdiagnostik, wie ein Thoraxröntgen, Elektrokardiogramm oder die Abnahme der Entzündungsparameter, veranlasst werden. Wenn der Patient initiale Anfälle, neurologische Herdsymptome oder Bewusstseinsstörungen ausweist, können zusätzlich ein CT des Schädels, eine Blut- und/ oder Liquorkultur und ein EEG durchgeführt werden²⁸.

²⁷ Griffiths RD et al. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder, Curr Opin Anaesthesiol 2006

Hilger E. et al. Pathophysiologische Korrelate deliranter Syndrome, J Neurol Neurochir Psychiatr 2002

Hopkins RO et al. Assessing neurocognitive outcomes after critical illness: are delirium and longterm cognitive impairments related?, Curr Opin Crit Care 2006

²⁸ <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-006.htm>

2.3.4 Therapie

Die Therapie besteht aus Stabilisierung der Herz- und Kreislauffunktion sowie der Leberfunktion und des Elektrolythaushaltes und einer Pharmakotherapie.

Das Alkoholdelir bedarf eines besonderen pharmakologischen Therapieschemas: Therapie der Wahl ist Clomethiazol- bei leichteren Deliren auch Benzodiazepine und Haloperidol²⁹. Der Patient sollte immer erweckbar sein. Benzodiazepine dienen hierbei auch zur Krampfprophylaxe³⁰.

Zusätzlich sollte eine Therapie mit Thiamin zur Prophylaxe eines Wernicke-Korsakow- Syndroms, Magnesium und Vitamin B eingeleitet werden³¹.

2.4 Postoperative kognitive Dysfunktion (POCD)

Eine postoperative kognitive Dysfunktion (POCD) ist durch eine neu aufgetretene kognitive Dysfunktion nach einer Operation definiert und tritt in kontrollierten Studien bis zu 31% bei Patienten mit einem nicht kardiochirurgischen Eingriff auf. Bei Operationen am Herzen liegt die Inzidenz höher. Die POCD ist von einem postoperativen Durchgangsdelir und einem zentral anticholinergen Syndrom (ZAS) zu unterscheiden³².

2.4.1 Klinik

Die postoperative kognitive Dysfunktion besteht aus einer Beeinträchtigung der kognitiven Leistung, des Denk-, Erinnerungs- und Wahrnehmungsvermögen³³.

2.4.2 Klassifikation

Es gilt kognitive Störungen bis zu einer Woche postoperativ und länger dauernde Störungen zu unterscheiden.

²⁹ Tölle/Windgassen Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.158-158, Springer-Verlag

³⁰ Tölle/Windgassen Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.158-158, Springer-Verlag

³¹ Schmidt LG et al. Evidenzbasierte Suchtmedizin Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen, Deutscher Ärzte-Verlag 2006

³² Zentral anticholinerges Syndrom: Medikamentös induzierte Psychose aufgrund einer Blockade zentraler cholinergener Neurone oder eines Mangels von Acetylcholin im synaptischen Spalt

Haase U.et al.Pharmacotherapy-physostigmine administered post-operatively, Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2007

³³ http://www.brietzke-berlin.de/assets/applets/Postoperative_Verwirrtheit__Ursachen_und_Therapie.pdf

2.4.3 Pathophysiologie

Die Pathogenese betreffend vermutet man proinflammatorische Zytokine, die im ZNS wirksam werden und somit eine POCD verursachen.

2.4.4 Risikofaktoren

Risikofaktoren sind langwirksame Anästhetika (längere kognitive Einschränkung), Patientenalter > 60 Jahre³⁴, Komorbidität³⁵, Depressionen³⁶, Alkoholabusus³⁷, niedriges Ausbildungsniveau³⁸, große operative Eingriffe³⁹, extrakorporale Zirkulation⁴⁰, Hypotension/Hypoxämie/Hypothermie⁴¹ während des Eingriffs und postoperative Schmerzen⁴².

2.4.5 Diagnostik

Um eine POCD diagnostizieren zu können, muss die kognitive Leistung des Patienten prä- und postoperativ beurteilt werden. Hierbei stehen eine große Zahl von Messverfahren und unterschiedliche Tests wie Selbst- und Fremdbeobachtung (Cognitive-Failure-Questionnaire CFQ)⁴³, neuropsychologische Beurteilungsverfahren (Rey Auditory Verbal Learning Test, Grooved Pegboard Test)⁴⁴, Short- Performance- Test (SKT)⁴⁵, MMSE⁴⁶ und ISPOCD- Testbatterie⁴⁷ zur Verfügung.

³⁴ Moller JT et al. Long- term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study, Lancet 1998

Johnson T. et al. Postoperative cognitive dysfunction in middle-aged patients, Anesthesiology 2002

³⁵ Ho PM et al. Predictors of cognitive decline following artery bypass graft surgery, Ann Thorac Surg 2004

³⁶ Caza N. et al. The effects of surgery and anesthesia on memory and cognition, Progress in Brain Research 2008

³⁷ Hudetz JA et al. Postoperative cognitive dysfunction in older patients with history of alcohol abuse, Anesthesiology 2007

³⁸ Moller JT et al. Long- term postoperative cognitive dysfunction in the elderly :ISPOCD1 study, Lancet 1998

³⁹ Moller JT et al. Long- term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study, Lancet 1998

⁴⁰ Ostergaard Jensen B. et al. Cognitive outcomes in elderly patients after off-pump versus conventional coronary artery bypass grafting: A randomized trial, Circulation 2006

⁴¹ Newman S. et al. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery, Anesthesiology 2007

Rubens FD et al. Lessons learned on the path to a healthier brain. Dispelling the myths and challenging the hypothesis, Perfusion 2007

⁴² Wang Y. et al. The effect of postoperative pain and its management on postoperative cognitive dysfunction, Am J Geriatr Psychiatry 2007

⁴³ Wagle AC et al. The cognitive failures questionnaire in psychiatry, Compr Psychiatry 1999

⁴⁴ Murkin JM et al. Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery, Ann Thorac Surg 1995

Newman S. et al. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery, Anesthesiology 2007

2.4.6 Therapie

Wegen eines Mangels an kontrollierten Studien können derzeit keine Empfehlungen oder Therapieoptionen angegeben werden.

2.4.7 Prognose

Es handelt sich um eine reversible Störung, sodass auf lange Zeit gesehen keine Defizite zu beobachten sind⁴⁸.

2.5 Sucht

2.5.1 Opiode

2.5.1.1 Wirkungsspektrum

Opiode verfügen über ein sehr breites Wirkungsspektrum. Sie wirken analgetisch, euphorisierend und hypnogen. Morphin und Heroin sind die bekanntesten Vertreter dieser Gruppe. Es kommt sehr schnell zu einer Abhängigkeit- oft schon bevor eine Dosissteigerung oder Entzugerscheinungen auftreten.

2.5.1.2 Klinik

Bei chronischem Opioidabusus kommt es zu Blutdruckabfall, Bradykardie, Schlafstörungen, Müdigkeit, Miosis, starkem Gewichtsverlust, Zittern, Ataxie, verwaschener Sprache, Haarausfall und Karies.

Schon nach ca. 6-12 Stunden machen sich die ersten Entzugssymptome bemerkbar und dauern ungefähr eine Woche: Tachykardie, Spasmen, Diarrhoe, Übelkeit und Erbrechen, Polyurie, Angst, Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche und

⁴⁵ Erzigkeit H. SKT Manual, Weinheim Beltz Test GmbH 1989

Kim YS et al. Factor structure and scoring of the SKT test battery, J Clin Psychol 1993

SKT: Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen auch bei diskreten kognitiven Funktionsstörungen sensitiv

⁴⁶ Helkala E-L et al. Usefulness of repeated presentation of Mini Mental State Examination as a diagnostic procedure-a population based study, Acta Neurol Scand 2002

MMSE: Screeningtest zur Diagnosestellung einer Demenz (Abfrage der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Richtigkeit, Beurteilung der Sprache, Schreiben, Zeichnen)

⁴⁷ Moller JT et al. Long- term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study, Lancet 1998

⁴⁸ Rundshagen I. Postoperative kognitive Dysfunktion, Anästh Intensivmed 2008

Suizidgedanken. Delirante Psychosen sind jedoch nur bei wenig Patienten zu beobachten.

2.5.1.3 Therapie

Am Anfang der Therapie steht ein Entzug unter professioneller Begleitung. Es werden zusätzlich eine Psycho- und Soziotherapie eingeleitet. Eine Pharmakotherapie, mit z.B. Morphinantagonisten, die bei einer vital bedrohenden Intoxikation eingesetzt werden oder bei leichten bis schweren Entzugserscheinungen mit Benzodiazepinen, Bisoprolol, Clonidin, Oxazepam und Clomethiazol⁴⁹, kann, muss aber nicht erfolgen. Auch ein opiatgestützter Entzug, bei dem Heroin durch Methadon ersetzt wird, ist eine Option. Eine Entwöhnung ist langfristig sehr schwer und Rückfälle sind häufig. Eine Substitution ist sehr genau abzuwägen.

2.5.2 Benzodiazepine

2.5.2.1 Wirkungsspektrum

Benzodiazepine wirken sedativ, hypnogen, narkotisch, aber auch euphorisierend und gehören in die Gruppe der Tranquilizer und Hypnotika. Eine Gewöhnung geschieht sehr rasch. Eine Abhängigkeit ist definiert durch einen Missbrauch mit leichtfertigen regelmäßigen Einnahmen des Schlafmittels (ICD- 10).

2.5.2.2 Klinik

Bei einem chronischen Missbrauch sind Symptome wie Müdigkeit, Langsamkeit, Leistungsabfall, Dysarthrie und Koordinationsstörungen zu beobachten.

2.5.2.3 Therapie

Die Behandlung ist ähnlich der von Alkoholabhängigen (siehe Alkoholdelir).

⁴⁹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Entzugssyndrom>

2.5.3 Psychostimulantien

In die Gruppe der Psychostimulantien gehören zahlreiche Substanzen (Amfetaminil, Coffein, Ephedrin, Ecstasy, Modafinil, Pemolin).

2.5.3.1 Wirkungsspektrum

Eine Leistungssteigerung und Müdigkeitsüberwindung sind die erwünschten Effekte. Eine Anhängigkeit besteht sehr schnell und eine Dosissteigerung wird rasch benötigt.

2.5.3.2 Klinik

Die Spanne der unerwünschten Wirkungen reicht von vegetativen Störungen, Schlafstörungen (häufig werden Tranquilizer additiv eingenommen) bis hin zu deliranten/ paranoid- halluzinatorischen Psychosen. Die Entzugserscheinungen sind Müdigkeit, Heißhunger und Kreislaufprobleme. Die Therapie ist ähnlich der Opiodtherapie.

2.5.3.3 Therapie

Hierbei ist eine Therapie mit Neuroleptika induziert.

2.5.4 Cocain

2.5.4.1 Wirkungsspektrum

Cocain führt zu Euphorie, erhöhter Leistungsfähigkeit, das Hungergefühl ist reduziert und Müdigkeit wird nicht wahrgenommen. Eine Depression nach dem Ende der Wirkung von Cocain ist sehr häufig⁵⁰.

2.5.4.2 Klinik

Entzugserscheinungen bei einer Cocainabhängigkeit sind mit Befindlichkeitsstörungen und vegetativen Störungen gering ausgeprägt.

⁵⁰ http://de.wikipedia.org/wiki/Kokain#Wirkung_im_Zentralnervensystem

2.5.4.3 Therapie

Entzugerscheinungen können oft mit Antidepressiva ausreichend therapiert werden. Das Therapiemanagement wird vervollständigt durch eine Psycho- und Soziotherapie.

2.5.5 Cannabis

Cannabinoide und THC (Δ -9-Tetrahydrocannabinol) sind die Hauptbestandteile von Cannabis.

2.5.5.1 Wirkungsspektrum

Schon nach wenigen Minuten des Gebrauchs treten Wirkungen wie Entspannung, Erleichterung des Denkens, Euphorie, Abschalten vom Alltag und Vergessen von Problemen ein.

2.5.5.2 Klinik

Bei chronischem Abusus könne kognitive Störungen des Denkens und Gedächtnisses entstehen und weiters zeigen sich körperliche Symptome (Mydriasis, Mundtrockenheit, Tremor, Tachykardie und Koordinationsstörungen). Die Entzugssymptomatik ist sehr gering.

Jedoch können nach exzessivem Cannabisabusus Psychosen mit ausgeprägtem Angsterleben, Aggressivität aber auch Halluzinationen vorkommen.

2.5.5.3 Therapie

Das Behandlungskonzept umfasst eine Psychotherapie und Integration des Patienten. Da die körperlichen Entzugerscheinungen nicht vorrangig sind, kommt es kaum zu stationären Aufenthalten⁵¹.

⁵¹ <http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/27.BundesDrogenKongress/bdk-27-ganter.pdf>

2.5.6 LSD (D- Lysergsäurediethylamid)

2.5.6.1 Wirkungsspektrum

LSD und andere Halluzinogene können neben ihren erwünschten Wirkungen (Wahrnehmungsveränderungen, wie optische Halluzinationen, Euphorie, Enthemmung, Bewußtseinslosigkeit), organische Psychosen ausgelöst werden.

2.5.6.2 Klinik

Die körperlichen Symptome äußern sich durch Tachykardien, erhöhtem Blutdruck, Vasokonstriktion, Mydriasis, Akkomodationsstörungen, Piloerektion, Hyperhidriasis, Muskelkrämpfen, Zittern, Diarrhoe, Übelkeit und Erbrechen.

2.5.6.3 Therapie

Diese werden akut mit Haloperidol behandelt, aber es kann auch noch nach Absetzen des Halluzinogens zu sogenannten „Flash backs“ kommen⁵².

2.6 Demenz

Laut Definition ist die Diagnose einer Demenz dann zu stellen, wenn Störungen des Gedächtnisses, Desorientiertheit, Denkens, Antriebs, Affektivität und Psychomotorik, einen Grad erreicht haben, der die Lebensführung wesentlich beeinträchtigen.

2.6.1 Alzheimer- Demenz

2.6.1.1 Klinik

Die Symptomatik besteht aus einer anfänglichen Merkschwäche und einer Wortfindungsstörung. Oft gehen depressive Episoden einer Alzheimer- Demenz voraus zusätzlich. Später sind alle Denkfunktionen und das Langzeitgedächtnis betroffen.

⁵² Tölle/Windgassen Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.164-173, Springer-Verlag

2.6.1.2 Pathophysiologie

Neuropathologisch ist bei der Alzheimer- Demenz eine diffuse Hirnatrophie durch den Niedergang von Neuronen zu erkennen. In der Histologie finden sich senile Plaques aus β - Amyloid- Protein und fibrilläre Ablagerungen aus Tau- Protein. Eine weitere wichtige Rolle in der Pathogenese spielt das Acetylcholin, welches vermindert synthetisiert wird, da auch die Cholinacetyltransferase reduziert ist.

2.6.1.3 Diagnostik

Die Diagnose ergibt sich aus einem klinisch- psychopathologischen Befund und einer Bildgebung (CT, MRT). Als weiteres diagnostisches Hilfsmittel dient der Mini- Mental- State- Examination (MMSE⁵³).

2.6.1.4 Therapie

Die Therapie der Alzheimer- Demenz besteht aus einem nicht- medikamentösen und einem medikamentösen Teil. Nicht – medikamentös werden Ergotherapien, u. v. m. durchgeführt. Zu den für eine Alzheimer- Demenz unterstützenden Medikamenten gehören die Cholinesterasehemmer wie Donepezil, Galantamin und Rivastigmin und Wirkstoffe, die das Glutamat beeinflussen (Memantine).

2.6.2 Vaskuläre Demenz

2.6.2.1 Klinik

Die Symptomatik am Anfang ist meist subjektiv und besteht aus Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Gereiztheit und Verstimmtheit. Im Verlauf kommt es zu affektiven Störungen, Gedächtnisstörungen, Delir, Verwirrheitszustand und im Endstadium zu Desorientiertheit und motorische Unruhe. Man kann auch einen unsicheren Stand und Gang, eine gebeugte Körperhaltung und Zittern beobachten.

⁵³ MMSE: Screeningtest zur Diagnosestellung einer Demenz (Abfrage der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Richtigkeit, Beurteilung der Sprache, Schreiben, Zeichnen)

2.6.2.2 Pathophysiologie

Als Pathologie findet man bei der vaskulären Demenz häufig eine Mikroangiopathie, eine generalisierte zerebrale Arteriosklerose (Multiinfarkt-Demenz), Morbus Biswanger. Man findet eine diffuse Demyelinisierung mit Glia- und Axonverlust bei Hyalinisierung kleiner Arterien.

2.6.2.3 Diagnostik

Die Diagnose ergibt sich aus der Anamnese, einer kardiologischen Abklärung und psychopathologischen Störungen. Zusätzlich kann eine Doppler- Sonographie der extrakraniellen Gefäße Stenosen aufzeigen. Bei fortgeschrittenem klinischen Bild der Demenz geben ein CT und MRT Aufschluss über ischämische Gebiete. Ein PET und SPECT oder EEG zeigen auch eine Lokalisation der Läsionen.

2.6.2.4 Therapie

Zur Therapie der vaskulären Demenz können ASS, Clopidogrel oder Ticlopidin eingesetzt werden⁵⁴.

2.7 Hirntrauma

2.7.1 Klinik

Das Commotionssyndrom umfasst eine Bewusstlosigkeit für maximal eine Stunde, retrograde oder anterograde Amnesie und die Patienten können lange an Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Affektlabilität und Erschöpfung leiden. Die posttraumatische Bewusstseinsstörung kann eine längere Dauer haben. Weiters können neurologische und neuropsychologische Defizite auftreten.

2.7.2 Klassifikation

Die Klassifikation erfolgt im ICD-10 als „organisches Psychosyndrom nach Hirntrauma“⁵⁵.

⁵⁴ Tölle/Windgassen Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.301-308, Springer-Verlag

⁵⁵ Tölle/Windgassen Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.284-287, Springer-Verlag

2.7.3 Pathologie

Beim schweren Hirntrauma mit Contusionssyndrom kommt es zu einer Schädigung der Hirnsubstanz. In der Folge ist das Auftreten einer traumatischen Psychose, welches einem Delir ähnlich ist, möglich.

2.7.4 Therapie

Die Therapie besteht aus einer medikamentösen Behandlung mit Neuroleptika.

2.8 Suizidalität

Die Statistik zeigt, dass sich jedes Jahr 10/100 000 Frauen und 20/100 000 Männern Selbstmord begehen. Suizidversuche finden sich ungefähr 10- bis 100 mal häufiger. Die Selbstmordrate steigt mit zunehmendem Lebensalter. Bei Jugendlichen ist der Suizidimpuls ca. 30% finden. Auch zu vermerken ist, dass Suizidhandlungen bei psychisch Kranken häufiger vorkommen als bei der Allgemeinbevölkerung.

Eine besondere Stellung nimmt die Suizidalität auf psychiatrischen Stationen ein. Durch die schwere der Grunderkrankungen sind einer Studie nach bis zu 40% der Patienten suizidal⁵⁶.

2.8.1 Klinik

Die Beurteilung der Suizidgefahr ist sehr schwierig und ist wohl eine der verantwortungsvollsten Tätigkeiten eines Arztes. Zum Bild der Suizidgefahr gehören akute Angst, Schuldgefühle, schwere lange Depressionen, Selbstbezeichnungen, Aussichtslosigkeit, starke latente Aggressivität und frühere Suizidversuche des Patienten oder näherer Angehöriger.

2.8.2 Risikofaktoren

Patienten mit psychischen Störungen, Alkohol- Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Depressionen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen und früheren Suizidversuchen⁵⁷ haben ein erhöhtes Risiko einen Suizidversuch/ Suizid durchzuführen.

⁵⁶ Tölle/Windgassen Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.130-134, Springer-Verlag

⁵⁷ <http://oe1.orf.at/102405.html>

2.8.3 Diagnostik

Die Diagnostik bzw. die Beurteilung der Suizidgefährdung besteht aus einer ausführlichen Anamnese und den oben angeführten klinischen Symptomen.

2.8.4 Therapie

Bei einer akuten Suizidalität besteht die Indikation einer Zwangseinweisung in eine psychiatrische Anstalt.

Bei einer bekannten Grunderkrankung, wie Depressionen,...finden Psychopharmaka ihre Anwendung.

3 Rund ums Heimaufenthaltsgesetz

3.1 Historischer Rückblick

Bis zum In- Kraft- Setzen des Heimaufenthaltsgesetzes war es für das verantwortliche Personal in Pflegeheimen und- anstalten, Behindertenheimen und Krankenanstalten nicht klar, wie sie mit geistig Behinderten oder psychiatrisch kranken Menschen in Situationen einer Selbst- oder Fremdgefährdung, handeln sollen. Noch immer ist es eine Gratwanderung zwischen „Freiheit und Sicherheit“. Das Heimaufenthaltsgesetz regelt nun die Veranlassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen zum Schutz des Patienten und die Wahrung des Grundrechtes auf Schutz der persönlichen Freiheit. Somit soll dieses Gesetz keinen Freibrief für freiheitsbeschränkende Maßnahmen darstellen, sondern dafür sorgen, dass, unter weit gehender Selbstbestimmung des Betroffenen, ein Freiheitsentzug in rechtlich geordneten Bahnen verläuft und durch klare Richtlinien eine rechtliche Grauzone abgeschafft werden kann.

Zusätzlich ist es dank des Heimaufenthaltsgesetzes nicht mehr notwendig, psychisch kranke und geistig behinderte Patienten aus ihrer gewohnten Umgebung, das heißt ihren Pflegeheimen, zu entreißen, um in eine psychiatrische Klinik für einen adäquaten Umgang zu verlegen.

3.2 Heimaufenthaltsgesetz

3.2.1 Allgemeines

In Österreich fielen 2004 insgesamt 156 Krankenanstalten mit mehr als 47.539 Patienten unter das Heimaufenthaltsgesetz⁵⁸.

Die persönliche Freiheit jedes Menschen und die Wahrung und Achtung der Grundrechte⁵⁹ jedes einzelnen gelten beim Heimaufenthaltsgesetz als oberste Prämisse.

Dieser Grundsatz lässt den Schluss zu, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme das letzte Mittel der Wahl, die Ultima Ratio ist, wenn ein Patient sich selbst oder andere gefährdet⁶⁰. Vor dem Veranlassen und Einsetzen einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme müssen alle pflegerischen Alternativen, wie Psychotherapie, Bewegungstherapie u. v. m., ausgeschöpft und dokumentiert werden.

Im Zweifelsfall, bei einem nicht einig sein von anordnungsbefugten Personen oder bei einer Güterabwägung, die immer für die persönliche Freiheit sprechen muss⁶¹, ist von einer Freiheitsbeschränkung abzusehen und es müssen die Freiheitsrechte vorrangig behandelt werden.

Auch wenn psychisch Kranke und geistig Behinderte oft von Sachwaltern vertreten werden, haben diese Patienten den gleichen Anspruch auf Achtung und Wahrung ihrer Grundrechte wie einwilligungsfähige Patienten⁶².

Ein Aspekt, den man nicht außer Acht lassen sollte ist die Rolle der Pflegepersonen: Sie sind für die Pflege und Betreuung der betroffenen Patienten

⁵⁸ Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit „Freiheitsbeschränkungen“, 16.6.2005 Workshop 4

⁵⁹ HeimAufG § 1. (1) Die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit Pflege oder Betreuung bedürfen, ist besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen.

⁶⁰ HeimAufG § 4 Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn,

1. der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet,
2. sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist sowie
3. diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.

Vgl. zum UbG Pommer „least restrictive alternative“, RdM 2003

⁶¹ Vgl. zu Schauer Würde 51, BMJ „abwägenden Rechtsgüterschutz zwischen einem sicheren Eingriff in die persönliche Freiheit und einer wahrscheinlichen Schädigung von Leben oder Gesundheit als höherwertige Rechtsgüter“

⁶² Vgl. zu Ramharter ÖJZ 2001

verantwortlich und können aufgrund der durch Eingriffe in die persönliche Freiheit, die nicht durch Gesetze gesichert sind, die Quelle einer Gefährdung darstellen⁶³. Im HeimAufG § 1 Abs 2⁶⁴ kann man ablesen, dass dieses Gesetz nicht die Erlassung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen regelt, sondern eher die Ermächtigung zur Veranlassung solcher Zwangsbefugnisse an den Gesetzgeber vereinheitlicht⁶⁵.

An diesem Punkt will ich die Begriffe „psychische Krankheit“ und „geistige Behinderung“ definieren. Laut HeimAufG § 4 Z 1⁶⁶ sind dies unbestimmte Rechtsbegriffe, die sich an medizinischen Klassifikationen (ICD-10) orientieren können, jedoch nicht müssen. Eine „psychische Krankheit“ wird definiert durch emotionale, soziale und kognitive Störungen, die das Verhalten beeinflussen. Es werden weiters organische, endogene Psychosen, reaktive Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen unterschieden⁶⁷. Eine „geistige Behinderung“ wird beschrieben durch eine beträchtliche unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, die von früher Kindheit an (Auftreten vor dem 18. Lebensjahr) bestehen muss und eine geringe soziale Anpassungsfähigkeit.

3.2.2 Geltungsbereich

Der Geltungsbereich wird im HeimAufG § 2 geregelt. Einbezogen in diesen Geltungsbereich sind Alten- und Pflegeheime, Behindertenheime, Einrichtungen zur ständigen Pflege und Betreuung, Geriatriezentren, Seniorenresidenzen, heimähnliche Einrichtungen, die alle mindestens drei Patienten betreuen müssen sowie in Krankenanstalten, wenn psychisch Kranke oder geistig Behinderte dort eine ständige Pflege oder Betreuung bekommen⁶⁸. Es können alle Krankenanstalten und Abteilungen das Heimaufenthaltsgesetz anwenden, außer Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie, die im Geltungsbereich des

⁶³ Vgl. zu Schläffer infoEXTRA 1999 „Zum Einfluss von Organisationskulturen auf die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen“

⁶⁴ HeimAufG § 1 Abs 2 Freiheitsbeschränkungen sind nur dann zulässig, soweit sie im Verfassungsrecht, in diesem Bundesgesetz oder in anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen sind

⁶⁵ Vgl. Art 1 Abs 2 und 3 sowie Art 2 Abs 1 PersFrG, Art 5 Abs 1 Z 5 EMRK „die gesetzlich vorgeschriebene Weise“

⁶⁶ HeimAufG § 4 Z 1 Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn
1. der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet

⁶⁷ <http://who.int/classifications/icd/en>

⁶⁸ Vgl. Barth/Engel „Heimrecht“

Unterbringungsgesetz (UbG) unterstehen⁶⁹. Weiters müssen freiheitsbeschränkende Maßnahmen personenbezogen sein und es muss ein ursächlicher Zusammenhang⁷⁰ bestehen. Ein Kausalzusammenhang zwischen einer Aufnahme eines Patienten in eine Krankenanstalt und der psychischen Krankheit/geistigen Behinderung ist laut dem HeimAufG nicht erforderlich⁷¹. Nicht in den Geltungsbereich gehörend sind mobile Hilfsdienste, psychosoziale Dienste, Familienpflege zu Hause ect.⁷² Diese Formen der Pflege und Betreuung sind vor staatlichen Eingriffen ausgenommen. Auch ausgenommen sind Anstalten für Rechtsbrecher und Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger⁷³. Der Geltungsbereich bezieht auch die unmittelbare räumliche und zeitliche Nähe ein, jedoch wird das Rechtsverhältnis zwischen Patient und Einrichtung beendet, wenn er diese verlässt und muss bei einer Wiederaufnahme neu definiert werden⁷⁴.

3.2.3 Freiheitsbeschränkung

Die Definition und die Möglichkeiten der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden im HeimAufG § 3⁷⁵ abgehandelt.

Demnach liegt eine Freiheitsbeschränkung immer dann vor, wenn es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach ihrem freien Willen räumlich zu verändern, das heißt eine Allseitigkeit der Bewegungsbeschränkung.

Es kommen dafür mechanische, elektronische und medikamentöse Maßnahmen („physische Mittel“) in Frage. Mechanische Maßnahmen sind z.B. Steckgitter am Bett, Fixierungen ect. Unter elektronischen Maßnahmen versteht man, dass am

⁶⁹ Vgl. § 2 UbG und § 2 Abs 2 HeimAufG

⁷⁰ Barth/Engel Heimrecht „Zu beachten ist (...), dass die Pflege oder Betreuung durch die psychische Krankheit oder geistige Behinderung des Patienten und nicht durch die ihm in der Anstalt oder Einrichtung zukommende oder zugekommene medizinische Behandlung bedingt ist.“

⁷¹ Vgl. LG Krems 8.9.2006, 2 R 127/06y

⁷² Barth /Engel „Heimrecht“

⁷³ HeimAufG § 2 Abs 2 Dieses Bundesgesetz ist auf nicht-stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe, auf Heime und andere Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger, auf Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie sowie auf Anstalten für geistig abnorme und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher nicht anzuwenden.

⁷⁴ Strickmann „Grenzen der Einrichtung“ zu HeimAufG § 2 Abs 1

⁷⁵ HeimAufG §3. (1) Eine Freiheitsbeschränkung im Sinn dieses Bundesgesetzes liegt vor, wenn oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird.

(2) Eine Freiheitsbeschränkung liegt nicht vor, wenn der einsichts- und urteilsfähige Bewohner einer Unterbindung der Ortsveränderung, insbesondere im Rahmen eines Vertrages über die ärztliche Behandlung, zugestimmt hat.

Patienten „Ortungssysteme“ fixiert werden, die bei Verlassen eines bestimmten Raums ausgelöst werden und somit eine Rückholung des Patienten nach sich zieht⁷⁶. Medikamentöse Maßnahmen sind dann als Freiheitsbeschränkung zu verstehen, wenn durch die Wirkung des Medikaments eine Verminderung des Bewegungsdrangs herbeigeführt wird⁷⁷.

Laut einer Begleitstudie des Institutes für Rechts- und Kriminalsoziologie sind mechanische (Steckgitter und Rollstuhlgurte) und elektronische Maßnahmen die am häufigsten angewendeten⁷⁸.

Jedoch auch eine Androhung einer Freiheitsbeschränkung allein gilt als eine solche. Auch eine Abhängigkeit vom Willen einer Pflegeperson, wie z.B. das Aufsperrn einer verschlossenen Tür auf Verlangen, wird als Freiheitsbeschränkung verstanden⁷⁹.

Eine nächtliche Haustorsperre⁸⁰ oder beruhigende Medikamente, die dem Patienten ein Durchschlafen ermöglichen sind keine Freiheitsbeschränkungen, müssen jedoch in einzelnen Fällen überprüft werden.

An dieser Stelle werde ich nun die auf das HeimAufG § 4⁸¹ bezüglich der Gefährdung, Dauer und Intensität eingehen. Eine ernstliche Gefährdung besteht darin, dass das Leben, die Gesundheit oder körperliche Integrität des Betroffenen oder anderer Personen akut gefährdet sein muss. Eine solche Gefährdung mit anschließender Schädigung ist laut § 84 Abs 1 des Strafgesetzbuchs dann gegeben, wenn „*eine Gesundheitsschädigung von mehr als 24- tägiger Dauer, ein Knochenbruch, eine Gehirnerschütterung oder eine angesichts der Wichtigkeit des betroffenen Organs, des Ausmaßes der Krankheitserscheinung und der Ungewissheit des Heilungsverlaufes an sich schwere Beeinträchtigung der*

⁷⁶ Barth/Engel „Heimrecht“

⁷⁷ Vgl. OGH 7 Ob 186/06p

⁷⁸ Berlach- Pobitzer I. et al. Begleitstudie zur Implimentierung des HeimAufG- Erste Forschungsergebnisse

⁷⁹ OGH 18.12.2006 7 Ob 639/91 zum HeimAufG

⁸⁰ Vgl. Ganner „Zur nächtlichen Haustorsperre“

⁸¹ HeimAufG § 4 Abs 1 Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn

1. der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet,
2. sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist sowie
3. diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.

*Gesundheit droht.*⁸² Das bedeutet, dass die Schädigung eine Qualität einer schweren körperlichen Verletzung besitzt⁸³.

Zuvor müssen, wie oben erwähnt, alle Alternativen erfolgt sein.

Ist die Entscheidung einer Freiheitsbeschränkung getroffen worden, so muss nach dem HeimAufG § 4 Abs 2 eine Verhältnismäßigkeitsprüfung durchgeführt werden. Das heißt eine Einigkeit, Erforderlichkeit und Angemessenheit⁸⁴ der freiheitsbeschränkenden Maßnahme müssen bestehen.

Es ist ein schwieriger und komplizierter Prüfungsvorgang eine Vorhersage, eine „Gefahrenprognose“ zu erstellen, da eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben sein muss, dass nicht nur ein geringfügiger Schaden der Gesundheit und des Lebens entsteht.⁸⁵

Erst eine Beurteilung der Gesamtsituation ermöglicht eine Feststellung, ob eine Körperverletzung oder Schädigung der Gesundheit ernstlich ist.

Nur Mediziner dürfen einen Betroffenen, wenn ein gefährdendes Verhalten zum ersten Mal auftritt, für psychisch krank oder geistig behindert erklären. Wenn Diagnosen von früheren Behandlungen vorliegen, kann auf diese zurückgegriffen werden.

Wer darf nun eine Freiheitsbeschränkung anordnen? Laut HeimAufG § 5⁸⁶ dürfen Abteilungsleiter, der mit der Leitung betraute Arzt oder sein Vertreter, die mit der Leitung des Pflegediensts beauftragte Person oder ihr Vertreter, Angehörige des

⁸² § 84 Abs 1 des StGB

⁸³ Vgl. LG Korneuburg 25 R 75/06s

⁸⁴ Vgl. Zierl „Heimrecht“

⁸⁵ Vgl. Barth/Engel „Heimrecht“

⁸⁶ HeimAufG § 5 Eine Freiheitsbeschränkung darf nur aufgrund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt ist

1. der mit der Führung der Abteilung oder – falls eine solche nicht besteht – der mit der Leitung der Einrichtung betraute Arzt oder sein Vertreter oder
2. in Einrichtungen, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen, die mit der ärztlichen Aufsicht oder einer mit der Leitung des Pflegediensts betraute Person oder ihr Vertreter oder
3. in Einrichtungen, die weder unter ärztlicher Leitung oder Aufsicht noch unter pflegerischer Leitung stehen, ein mit der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen betrauter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder sein Vertreter oder die mit der pädagogischen Leitung betraute Person oder ihr Vertreter.

(2) Wenn eine Freiheitsbeschränkung voraussichtlich länger als 24 Stunden oder wiederholt erforderlich sein wird, darf sie nur von einem Arzt angeordnet werden. Auch eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Maßnahmen muss von einem Arzt angeordnet werden.

(3) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur unter Einhaltung fachgemäßer Standards und unter möglicher Schonung des Bewohners durchgeführt werden.

(4) Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

gehobenen Gesundheits- und Pflegediensts und die Person mit der pädagogischen Leitung oder deren Vertreter, wenn keine ärztliche Leitung oder Aufsicht besteht.

Bei der Vornahme einer Freiheitsbeschränkung können die Person der Anordnung und Ausführung der Maßnahmen andere sein. Daher muss in diesen Fällen die Anordnungsverantwortung von der Durchführungsverantwortung getrennt gesehen werden⁸⁷.

Eine Freiheitsbeschränkung mit einer Dauer von mehr als 24 Stunden oder einer Wiederholung (die allerdings nur einmalig angeordnet werden muss⁸⁸) muss von einem Arzt mit „ius practicandi“ angeordnet werden.

3.2.4 Aufklärung, Einwilligung und Dokumentation

Eine Aufklärung muss in jedem Fall geschehen, und zwar höchstpersönlich, formfrei und ohne Zwang. Nach dem Prinzip des „informed consent“ und Einhaltung des HeimAufG § 7⁸⁹, muss der Patient über die Dauer, Intensität, Folgen und Risiken aufgeklärt werden⁹⁰ und muss eine bestimmte Situation betreffen.

Für eine Einwilligung, die vom Patienten jederzeit widerrufen werden kann, muss vom befugten Arzt eine Einwilligungsfähigkeit beurteilt werden. Der Patient muss hierfür *„Wesen, Bedeutung und Tragweite“ verstehen können, er muss dem „kognitiven (Fähigkeit, den Grund und die Bedeutung der Maßnahme einzusehen= Einsichtsfähigkeit⁹¹) und einem voluntativen Element (Fähigkeit, den Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen= Urteilsfähigkeit)⁹² entsprechen.*

Wenn eine Zustimmung, das heißt Einwilligung erfolgt, so ist die Maßnahme keine Freiheitsbeschränkung und bedingt auch keine rechtliche Überprüfung. Aus

⁸⁷ Vgl. GuKG § 15 Abs 2

⁸⁸ Barth/Engel „Heimrecht“

⁸⁹ HeimAufG § 7 Abs 1 Die anordnungsbefugte Person hat die Bewohner über den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Zudem hat sie von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen.

⁹⁰ Barth/Engel „Heimrecht“

⁹¹ Vgl. Heide „Zwangsbehandlung“

⁹² Kopetzki „Unterbringungsrecht“

Beweisgründen sollte ein von Patienten unterzeichnetes Gedächtnisprotokoll des mündlichen Aufklärungsgesprächs⁹³ und dessen Dokumentation⁹⁴ durchgeführt werden.

Eine Freiheitsbeschränkung muss dem gesetzlichen Vertreter und der Vertrauensperson des Patienten sofort mitgeteilt werden⁹⁵.

Die Dokumentation ist im HeimAufG § 6⁹⁶ geregelt. Diese muss schriftlich mit anschließenden Abfügen der Zeugnisse und dem Nachweis der Verständigungen erstellt werden. Eine Dokumentation dient als Beweismaterial.

3.2.5 Ausnahmesituationen

Im Notfall kann auch eine nicht befähigte Person eine Freiheitsbeschränkung vornehmen, wenn diese gerechtfertigt ist. Diese Person muss unmittelbar einen Arzt oder eine anordnungsbefugte Person hinzuziehen. Dies ist deswegen notwendig, da eine Notfallsituation akut und oft nur von kurzer Dauer ist, sollte jedoch nicht zur Gewohnheit werden („(...) dürfen aber nicht zur Generalstrategie für die Zukunft gemacht werden“⁹⁷). Es steht in der Verantwortung des Heimträgers die ständige Anwesenheit von anordnungsbefähigten Personen zu gewährleisten.

Bei einem im Koma liegenden Patienten, das heißt einer tiefen Bewusstlosigkeit, ist das Vornehmen einer einschränkenden Maßnahme nicht als

⁹³ Barth/Engel „Heimrecht“

⁹⁴ Vgl. Zierl „Heimrecht“

⁹⁵ HeimAufG § 7 Abs 1 und 2 Die anordnungsbefugte Person hat den Bewohner über den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Zudem hat sie von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen. Der Leiter der Einrichtung hat von der Freiheitsbeschränkung oder von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen und diesen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich zu verständigen.

⁹⁶ HeimAufG § 6 (1) Der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung sind schriftlich zu dokumentieren. Ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendigen Verständigungen sind diesen Aufzeichnungen anzuschließen.

(2) Ebenso sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit festzuhalten.

⁹⁷ Kopetzki in einem Vortrag Wien 6.6.2005

Freiheitsbeschränkung anzusehen⁹⁸ und es besteht keine Meldepflicht. Begründung hierfür ist die Tatsache, dass ein im Koma liegender Patient keine vorbestehende Bewegungsfreiheit vorhanden war und keines Schutzes bedarf⁹⁹.

Im Gegensatz dazu besteht bei einer postoperativen Verwirrtheit eine geringe Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit und des Bewegungswillens. Eine Freiheitsbeschränkung muss in diesem Fall überprüft werden¹⁰⁰.

Eine postoperative Verwirrtheit kann als psychische Krankheit, wenn der Kausalzusammenhang anzuerkennen ist, angesehen und somit eine Freiheitsbeschränkung angeordnet werden („*Fähigkeit zu einer selbst bestimmten Verhaltenssteuerung*“ ist deutlich reduziert)¹⁰¹.

Diese Situationen zeigen auf, dass eine Regelung der Freiheitsbeschränkung im Rahmen medizinischer Behandlungen nicht eindeutig geregelt sind und sich die verantwortlichen Personen in einem Graubereich bewegen.

Es gibt für einen einwilligungsfähigen, gesunden Menschen die Möglichkeit von zwei Arten vorsorglich Entscheidungen für die Zukunft zu treffen: Die Vorsorgeverfügung und die Vorsorgevollmacht. Bei der Vorsorgeverfügung wird über Anordnungen in bestimmten Lebenssituationen bestimmt, wenn man selbst nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Die Vorsorgevollmacht hingegen ist die Erteilung einer Vollmacht von einem gesunden Menschen an eine Person seines Vertrauens. Diese wird aber erst dann wirksam, wenn er aufgrund der Krankheit nicht mehr fähig dazu ist. Das heißt er entscheidet selbst darüber, wer welche Entscheidungen trifft¹⁰². Diese so genannte antizipierte Einwilligung ist allerdings in der Rechtssprechung umstritten. Demnach ist es trotz dem Willen der Menschen unzulässig einen Freund, nicht nahe Verwandte, einen Vereinssachverwalter oder vertrauten Menschen als Vertreter zu bestimmen. Es muss sich demnach, um die Rechtswirksamkeit einer Freiheitsbeschränkung mit einer vorsorglichen Zustimmung zu erlangen, um eine absehbare Situation handeln, und die Einwilligung muss sich auf eine übersehbare Zeit beziehen.

⁹⁸ Strickmann „Heimaufenthaltsrecht“

⁹⁹ Vgl. Kopetzki „Unterbringungsrecht“

¹⁰⁰ OGH 7 Ob 144/06m

¹⁰¹ Vgl. Kopetzki „Unterbringungsrecht“

¹⁰² Barta/Ganner „Alter“

3.2.6 Bewohnervertreter

Ein Überblick über die österreichischen Verhältnisse: Seit 1. Juli 2005 sind 60 Bewohnervertreter für die Betreuung von mehr als 1650 Einrichtungen verantwortlich. Es werden monatlich ca. 2400 Neumeldungen einer Freiheitsbeschränkung oder Freiheitseinschränkung aufgezeichnet¹⁰³.

Der Patient hat zwei Möglichkeiten einer Vertretung, die sich gegenseitig nicht ausschließen.

Der gewillkürte Vertreter kann ein naher Angehöriger (auch ein langjähriger Freund gilt als dieser¹⁰⁴), ein Rechtsanwalt oder ein Notar sein. Wenn eine schriftliche Vollmacht vorliegt, hat dieser Vertreter die Aufgabe die Wahrnehmung der persönlichen Freiheit des Patienten zu übernehmen (§ 8 Abs 1 HeimAufG¹⁰⁵).

Der Patient kann einen Vertreter frei wählen¹⁰⁶, muss es aber nicht.

Wenn ein Patient, der einem Sachverwalter unterliegt, eine schriftliche Vollmacht will, so muss eine Geschäftsfähigkeit des Patienten nachweisbar sein. Eine Urteils- und Einsichtsfähigkeit ist nicht ausreichend¹⁰⁷. Eine schriftliche Vollmacht kann in diesem Fall nur dann abgeschlossen werden, wenn der Sachverwalter eine Wirkung auf die rechtsgeschäftliche Willenserklärung hat und seine Zustimmung gibt¹⁰⁸.

Eine Beendigung einer Vollmacht ist sofort an den Einrichtungsleiter zu melden¹⁰⁹.

Die zweite Möglichkeit ist der Bewohnervertreter. Dieser kommt zusätzlich bei einer geplanten oder vorgenommenen Freiheitsbeschränkung hinzu (HeimAufG § 8 Abs 2¹¹⁰).

Ein Bewohnervertreter kann unabhängig vom Patienten Rechtsmittel erheben und seine Aufgabe endet mit dem Tod des Patienten¹¹¹. Die Wirkung eines

¹⁰³ Jaquemar/Bürger/Pimon, FamZ 2006

¹⁰⁴ Vgl. Ganner „Heimratgeber“

¹⁰⁵ HeimAufG § 8 Abs 1: Die Vertretung des Bewohners bei der Wahrnehmung seines Rechtes auf persönliche Freiheit obliegt dem von ihm hierfür bestellten nahen Angehörigen, Rechtsanwalt oder Notar. Dieser vom Bewohner bestellte Vertreter bedarf einer auf die Wahrnehmung dieses Rechtes lautenden schriftlichen Vollmacht.

¹⁰⁶ Vgl. Zierl „Heimrecht“

¹⁰⁷ Vgl. Barth, ÖJZ 2005

¹⁰⁸ Kopetzki „zur Prozessvollmacht im UBG“

¹⁰⁹ Vgl. Ganner „Heimratgeber“

¹¹⁰ HeimAufG § 8 Abs 2 Darüber hinaus wird auch der für die Namhaftmachung von Sachwaltern nach der Lage der Einrichtung örtlich zuständige Verein (§ 1 des Vereinsachwalter- und Patientsanwaltsgesetzes, BGBl. Nr. 156/1990) kraft Gesetzes Vertreter des Bewohners, sobald eine Freiheitsbeschränkung vorgenommen oder in Aussicht gestellt wird. Durch diese Vertretungsbefugnis werden die Geschäftsfähigkeit des Bewohners und die Vertretungsbefugnis eines anderen gesetzlichen Vertreters nicht berührt.

Bewohnervertreter kann nicht durch einen Rechtsanwalt, Notar oder bestellten Vertreter aufgehoben werden¹¹².

Der örtlich zuständige Verein ist nach § 1 VSPAG zuständig, dem Einrichtungsleiter und dem Vorsteher des zuständigen Bezirksgerichtes einen Bewohnervertreter zu nennen, das heißt namhaft zu machen. Ob der Bewohnervertreter qualifiziert für seine Tätigkeit ist, liegt in der Verantwortung des Vereins¹¹³.

An dieser Stelle gebe ich einen Überblick über die Pflichten und Befugnisse eines Bewohnervertreter (laut HeimAufG § 9 Abs 1¹¹⁴):

- unangemeldete Besuche in der Einrichtung
- persönlichen Eindruck über den Patienten verschaffen und diesen (und auch andere Bewohner) befragen
- Mitwirkung bei der Besprechung einer Freiheitsbeschränkung
- Einsichtnahme in Pflegedokumente, Krankengeschichten, ect.
- Antrag auf eine gerichtlichen Überprüfung bei Verstößen, unlösbaren Konflikten oder lückenhafter Dokumentation bei einem konkretem Patienten (Meldung an des Bundesministerium für Justiz als letzte Instanz)
- dem Patienten entsprechende Aufklärung über die Funktion als Bewohnervertreter und die gerichtliche Überprüfung/Vertreterhandlungen und muss den Wünschen des Bewohners folgen (siehe HeimAufG § 10 Abs 1¹¹⁵)
- Verschwiegenheitspflicht, außer an die in HeimAufG § 9 Abs 3 genannten Behörden¹¹⁶

¹¹¹ OGH 1.2.2007,9 ob148/06i

¹¹² Vgl. Abschlussbericht NR:AB 378 BlgNR 22.GP2

¹¹³ Vgl. § 3 VSPAG

¹¹⁴ HeimAufG § 9 Abs 1 Der bestellte Vertreter oder Bewohnervertreter ist insbesondere berechtigt, die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, sich vom Bewohner einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, mit der anordnungsbefugten Person und Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkung zu besprechen, die Interessenvertreter der Bewohner oder Klienten der Einrichtung zu befragen und in dem zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen Umfang Einsicht in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen. Bei der Wahrnehmung seiner Rechte hat der bestellte Vertreter oder Bewohnervertreter auf die Forderungen des Betriebs der Einrichtung Bedacht zu nehmen.

¹¹⁵ HeimAufG § 10 Abs 1 Der Bewohnervertreter hat den Bewohner über die beabsichtigten Vertretungshandlungen und sonstige Angelegenheiten auf geeignete, dessen Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Er hat den Wünschen der Bewohners zu entsprechen, soweit diese dessen Wohl nicht offenbar abträglich und dem Bewohnervertreter zumutbar sind.

¹¹⁶ HeimAufG § 9 Abs 3 Der Bewohnervertreter ist befugt, den für die Aufsicht über die Einrichtung oder zur Bearbeitung von Beschwerden zuständigen Behörden die von ihm in Ausübung seiner

Dabei müssen die Bewohnervertreter Rücksicht auf den Ablauf der Einrichtung nehmen und dürfen den Betrieb nicht stören.

3.2.7 Gerichtliche Überprüfung Rekursverfahren und Haftung

Die Einleitung einer gerichtlichen Überprüfung erfolgt durch den Patienten, den Vertretern, der Vertrauensperson oder dem Einrichtungsleiter am Bezirksgericht, welches dem Standort der Einrichtung zugeteilt ist.

Die gerichtliche Überprüfung befasst sich mit der noch andauernden oder einer stattgefundenen und nicht mit der künftigen Freiheitsbeschränkung, oder mit einer Freiheitsbeschränkung ohne Anordnung.

Wenn eine Freiheitsbeschränkung noch andauert, muss laut HeimAufG § 12¹¹⁷ binnen 7 Tage nach Antragstellung, das Bezirksgericht eine Anhörung abhalten, in der es sich einen Eindruck über Situation macht. Dazu gehören die Einsicht in die Dokumentation und die Anhörung der Vertreter, Vertrauensperson, anordnungsbefugten Person und andere Personen, die eine Auskunft geben können. Nach dieser Anhörung ist eine erste Entscheidung zu fällen. Wird die Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt, kommt es binnen 14 Tagen zu einer mündlichen Verhandlung, die in der Institution des Patienten abzuhalten ist. Für diese mündliche Verhandlung wird ein unabhängiger Sachverständiger bestellt. Auch weitere Expertisen können vorgelegt werden. Die Anhörung und mündliche Verhandlung können auch in einem abgehalten werden. Am Schluss dieser Verhandlung kann eine für zulässig erklärte Freiheitsbeschränkung für 6 Monate anberaumt werden und die freiheitsbeschränkende Maßnahme ist zu bestimmen (HeimAufG § 15 Abs 2¹¹⁸). Bei einer über die befristete Freiheitsbeschränkung des

Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen mitzuteilen. Er hat diesen Behörden insoweit Auskünfte zu erteilen, als dies für die Besorgung der ihnen zukommenden Aufgaben erforderlich ist.

¹¹⁷ HeimAufG § 12 Abs 1 Das Gericht hat sich binnen sieben Tagen ab dem Einlangen des Antrags einen persönlichen Eindruck vom Bewohner in der Einrichtung zu verschaffen. Es hat ihn über Grund und Zweck des Verfahrens zu unterrichten und hiezu zu hören, die Krankengeschichte, die Pflegedokumentation und andere Aufzeichnungen über ihn einzusehen sowie seinen Vertreter, seine Vertrauensperson, die anordnungsbefugte Person und erforderlichenfalls andere zur Verfügung stehende Auskunftsperson zu hören. Auch kann das Gericht der Anhörung des Bewohners einen nicht in der Einrichtung angehörenden und von dieser unabhängigen Sachverständigen beiziehen.

Abs 2 Das Gericht kann die Anhörung mit einer mündlichen Verhandlung verbinden.

¹¹⁸ HeimAufG § 15 Abs 2 Erklärt das Gericht die Freiheitsbeschränkung für zulässig, so hat es hierfür im Beschluss eine bestimmte, sechs Monate nicht übersteigende Frist zu setzen und die näheren Umstände sowie das zulässige Ausmaß der Freiheitsbeschränkung unter möglichster Schonung des Bewohners genau zu bestimmen.

Gerichts bestimmte Dauer, muss am Gericht spätestens 14 Tage vor dem Ablauf der Frist eine Verständigung erfolgen.

Wird die Freiheitsbeschränkung in der ersten Anhörung für unzulässig erachtet, so muss diese sofort aufgehoben werden.

Der Patient, die Vertreter und die Vertrauenspersonen haben die Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen den Gerichtsbeschluss zu bekämpfen, der Einrichtungsleiter hat eine Rekursfrist von 7 Tagen. Bei einer noch andauernden Freiheitsbeschränkung muss das Rekursgericht innerhalb von 14 Tagen zu einem Beschluss kommen. Die Vertreter, der Patient oder seine Vertrauensperson haben das Recht auf eine neuerliche gerichtliche Überprüfung (HeimAufG § 18¹¹⁹). Die Frist der Freiheitsbeschränkung beträgt ein Jahr.

Laut HeimAufG § 18 Abs 2 kommt es zur Beendigung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind.

Die Befugnis zur Vornahme einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme stellt eine behördliche Rechtshandlung dar. Sie ist verfassungsrechtlich als Beleihung dieser Person mit einer hoheitlichen Aufgabe zu beurteilen, die unter Einsatz von „imperium“ (Zwangsgewalt) zu besorgen ist¹²⁰. Demnach ist der Anordnungsbefugte einem staatlichen Organ gleichzustellen, auch wenn er im übrigen Aufgabenbereich in der Privatwirtschaft tätig ist („Daseinsvorsorge“). Dies hat zur Folge, dass für diese Personen zivilrechtliche und strafrechtliche gesetzliche Bestimmungen angewendet werden können.

Strafrechtlich gesehen, ist die anordnende Person ein Beamter, und kann somit einen Amtsmissbrauch begehen.

¹¹⁹ HeimAufG § 18 Abs 1 Vor Ablauf der gerichtlich festgesetzten Frist über die Dauer der Freiheitsbeschränkung hat das Gericht neuerlich über die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu entscheiden, wenn dies der Bewohner, sein Vertreter oder seine Vertrauensperson beantragt. Abs 2 Auch eine gerichtlich für zulässig erklärte Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Von der Aufhebung ist neben den in § 7 Abs 1 und 2 genannten Personen auch das Gericht unverzüglich zu verständigen.

¹²⁰ VfGH 28.6.2003, G 208/02

3.2.8 Abgrenzung von anderen, ähnlichen Gesetzen freiheitsbeschränkender Maßnahmen

Es gibt einige ähnliche Gesetze, die vom Heimaufenthaltsgesetz unterschieden werden müssen.

Das Seuchenrecht und sanitätspolizeiliche Maßnahmen veranlassen bei Menschen mit übertragbaren Krankheiten eine Freiheitsbeschränkung¹²¹, sodass eine weitere Ausbreitung der Krankheit eingedämmt wird. An dieser Stelle kann es Überschneidungen in Krankenanstalten (ausgenommen in psychiatrischen Abteilungen/Krankenanstalten) geben, wenn ein psychisch kranker oder geistig behinderter Mensch eine ansteckende Krankheit hat.

Da psychiatrische Abteilungen/Krankenanstalten dem UbG unterliegen, kann es strafrechtlich zu keiner Überschneidung mit dem Heimaufenthaltsgesetz kommen. Auch bei Strafgefangenen mit einer psychischen Krankheit/geistigen Behinderung kann es das Heimaufenthaltsgesetz nicht angewandt werden (siehe HeimAufG § 2 Abs 2). Bei Strafgefangenen kann es jedoch zu einer Überschneidung kommen, wenn dieser in einer Krankenanstalt aufgrund seiner psychischen Krankheit/geistigen Behinderung einer ständigen Pflege und Betreuung bedarf und er zusätzlich von einem Justizbeamten bewacht wird. Demnach liegt laut dem Heimaufenthaltsgesetz § 3 Abs 1 eine Freiheitsbeschränkung vor, da der Patient an einer Ortsveränderung gehindert wird.

Eine Freiheitsbeschränkung im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes findet mit dem Zivilrecht keine Überschneidung. Zivilrechtlich gilt seit 1990 das Unterbringungsgesetz mit dem § 12 Abs 1: „(...) hinsichtlich dere(r) ein Pflegeschäftsverfahren bei einem anderen Gericht abhängig ist“.¹²²

¹²¹ Vgl. Stellamor/Steiner „zum Sanitätsrecht“

¹²² Vgl. Strickmann „Heimaufenthaltsrecht“

4 Leitfaden für die tägliche Praxis

Sinn dieses Leitfadens ist es, Ärzten und anordnungsbefugten Personen eine Art „Check- Liste“ als Hilfe über die wichtigsten Schritte bei der Anordnung einer Freiheitsbeschränkung zu geben.

„Schritt- für- Schritt- Anleitung“ für die praktische Anwendung des Heimaufenthaltsgesetzes im Klinikalltag“

Psychisch kranke(r)/geistig behinderte(r) Patient/Patientin mit *Selbst- oder Fremdgefährdung*



Analyse der Situation:

- Liegt eine ernstliche und erhebliche Gefährdung vor? Erstellung eines „Gefahrenprognose¹²³“ (Wichtigkeit des betroffenen Organs/Körperteils, Dauer der körperlichen Beeinträchtigung, Gefährlichkeit des Zustandes, Unbestimmtheit des Heilungsverlaufs, Krankheitserscheinungen, körperlicher Zustand des/der Patienten/Patientin vor der Körperverletzung, derzeitiger Stand der Medizin¹²⁴).
- Hat der/die Patient/Patientin einen Sachwalter?
- Liegt ein Behandlungsvertrag vor?



Ausschöpfung aller nicht freiheitsbeschränkenden
Alternativen/Lösungsmöglichkeiten.

—

+

¹²³ Vgl. Zierl „Heimrecht“

¹²⁴ Vgl. Fabrizio „Strafgesetzbuch, §84 StGB Rz 3“

Alternativen erfolgreich: keine Anordnung

Freiheitsbeschränkung nicht
abwendbar:

Freiheitsbeschränkung



Aufklärung des/der Patienten/Patientin (Grund, Dauer, Art, Intensität der
Freiheitsbeschränkung)/ Beurteilung der Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit
des/der Patienten/Patientin durch den/die Arzt/Ärztin

—

+

Einwilligung des/der Patienten/Patientin:
Keine Meldung an die Krankenhausleitung/
Bewohnervertretung

Keine Einwilligung des /der
Patienten/Patientin:

Anordnung
und Durchführung der
Freiheitsbeschränkung



Dokumentation (Aufklärungsgespräch, Anordnung, Durchführung, Meldung an
Krankenhausleiter(in)/Bewohnervertreter(in))



Umgehende Meldung der Anordnung einer Freiheitsbeschränkung an die
Krankenhausleitung



Unmittelbare Meldung der Freiheitsbeschränkung an die Bewohnervertreter(innen) von der Krankenhausleitung



Überprüfung der Meldung der Freiheitsbeschränkung durch den/die Bewohnervertreter/Bewohnervertreterin mit möglicher Veranlassung einer gerichtlichen Überprüfung

5 Anregungen zur Ausbildung/Weiterbildung der Ärzte

Da die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung eine große Herausforderung an die Ärzte darstellt, und jeder Arzt mit „ius practcandi“ in die Situation kommen kann eine Freiheitsbeschränkung anzuordnen, wäre eine Weiterbildung in dieser Sache sehr sinnvoll. Ärzte, die keine psychiatrische Fachausbildung absolviert haben, haben sich mit der Psychiatrie während des Studiums/ihrer Ausbildung beschäftigt, jedoch kann die fachliche Überforderung in dieser Situation sehr groß sein. Diese Weiterbildung könnte diese Themen umfassen:

- rechtliche Grundlagen und sichere Anwendung einer Freiheitsbeschränkung
- Beurteilung einer psychischen Krankheit/geistigen Behinderung
- Beurteilung der Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit
- verschiedene Alternativen, um eine Freiheitsbeschränkung abzuwenden

6 Literaturverzeichnis

B

Barth P. Der Rechtsanwalt als Sachwalter. Ein Überblick zur Rechtslage unter Berücksichtigung des KindRÄG 2001 und des neuen AußStrG., ÖJZ 2005, 53

Barth P. /Engel A. Heimrecht 2004, Manz' sche Wien

Barta H. /Ganner M. Alter, Recht und Gesellschaft. Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung, Innsbruck 1998 (Nachdruck 1999)

Böhner H. et al. Aktuelle Diagnostik und Therapie postoperativer Delirien, Dtsch Med Wochenschr 126: 504-506, 2001

Borthwick M. et al. Detection, prevention and treatment of delirium in critically ill patients, United Kingdom Clinical Pharmacy Association 1: 1-33, 2006

Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrG)Art 1 Abs 2 und 3 sowie Art 2 Abs 1 „die gesetzlich vorgeschriebene Weise“

Burns A. et al. Delirium, J Neurol Neurosurg Psychiatry 75: 362-367, 2004

C

Caza N. et al. The effects of surgery and anesthesia on memory and cognition, Progress in Brain Research 169: 409-422, 2008

Chevrolet JC et al. Clinical review: Agitation and delirium in the critically ill-significance and management, Crit Care 11: 214-218, 2007

D

Delvin JW et al. Delirium assesement in the critically ill, Intensive Care Med 33: 929-940, 2007

Der Oberste Gerichtshof: OGH 7 Ob 186/06p, OGH 18.12.2006 7 Ob 639/91 zum HeimAufG, OGH 7 Ob 144/06m, OGH 1.2.2007,9 ob148/06i

Der Österreichische Verfassungsgerichtshof
VfGH 28.6.2003, G 208/02

Dieckelmann A. et al. Akute postoperative Psychosyndrome. Eine prospektive Studie und eine multivariante Analyse von Risikofaktoren, Chirurg 60: 470-474 1989

E

Ebersoldt M. et al Sepsis-associated delirium, Intensive Care Med 33: 941-950, 2007

Eggers V. et al. Septische Enzephalopathie- Differentialdiagnose und therapeutische Einflussmöglichkeiten, Anaesthesist 52: 293, 2003

Engelmann L. et al. Diagnostik und Intensivtherapie bei Sepsis und Multiorganversagen, Springer Verlag 2006

Erzigkeit H. SKT Manual, Weinheim Beltz Test GmbH 1989

Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) Art 5 Abs 1 Z 5 „die gesetzlich vorgeschriebene Weise“

F

Fabrizy E.E. Strafgesetzbuch, „§ 84 StGB Rz 3“, 8. Auflage, Manz' sche Wien 2002

G

Gallinat J. et al. Das Postoperative Delir, Anaesthesist 48: 507-518, 1999

Ganner M. Österreichischer Heimratgeber, Manz' sche Wien 2004

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) § 15 Abs 2

Griffiths RD et al. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder, *Curr Opin Anaesthesiol* 20: 124-129, 2006

H

Haase U. et al. Pharmacotherapy- physostigmine administered post-operatively, *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 42: 188-189, 2007

Helkala E-L et al. Usefulness of repeated presentation of Mini Mental State Examination as a diagnostic procedure- a population based study, *Acta Neurol Scand* 106: 341-346, 2002

Heide J. Medizinische Zwangsbehandlung. Rechtsgrundlagen und verfassungsrechtliche Grenzen der Heilbehandlung gegen den Willen des Betroffenen, Duncker & Humblot 2001

Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) § 1, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 12, § 15, § 18

Hilger E. et al. Pathophysiologische Korrelate deliranter Syndrome, *J Neurol Neurochir Psychiatr* 3: 32-40, 2002

Ho PM et al. Predictors of cognitive decline following artery bypass graft surgery, *Ann Thorac Surg* 2004

Hofer „Freiheitsentziehung“

Hopkins RO et al. Assessing neurocognitive outcomes after critical illness: are delirium and longterm cognitive impairments related?, *Curr Opin Crit Care* 12: 388-394, 2006

Hudetz JA et al. Postoperative cognitive dysfunction in older patients with history of alcohol abuse, *Anesthesiology* 106: 423-430, 2007

I

Inouye SK et al. Delirium in older persons, N Engl J Med 354: 1157-1165, 2006

J

Jaquemar S. /Bürger C. /Pimon R. Heimaufenthaltsgesetz in der Praxis. Erste Erfahrungen der Bewohnervertreterinnen, FamZ 22, 2006

Johnson T. et al. Postoperative cognitive dysfunction in middle-aged patients, Anesthesiology 96: 1351-1357, 2002

K

Kim YS et al. Factor structure and scoring of the SKT test battery, J Clin Psychol 49: 61-71, 1993

Krauseneck T. et al. Psychiatrische Erkrankungen auf der Intensivstation-Teil 1 Das Delir, AINS 11-12:720-726, 2006

Kopetzki C. Unterbringungsgesetz I und II, Gesamtdarstellung in zwei Bänden, Springer Verlag 1995; Vortrag Wien 6.6.2005;

L

Landesgericht Korneuburg (LG Korneuburg) 25 R 75/06s

Landesgericht Krems (LG Krems) 8.9.2006, 2 R 127/06y

M

Moller JT et al. Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study, Lancet 351: 857-862, 1998

Murkin JM et al. Statement of consensus on assesement of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery, Ann Thorac Surg 59: 1289-1295, 1995

N

Nationalrat Ausschlussbericht NR :AB 378 BlgNR 22.GP2

Newman S. et al. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery, *Anesthesiology* 106: 572-590, 2007

O

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit „Freiheitsbeschränkungen“, 16.6.2005
Workshop 4

Ostergaard Jensen B. et al. Cognitive outcomes in elderly patients after off-pump versus conventional coronary artery bypass grafting: A randomized trial, *Circulation* 113: 2790-2795, 2006

P

Pandharipande P. et al. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill, *Curr Opin Crit Care* 11:360-368, 2005

Pandharipande PP et al. Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial, *JAMA* 298: 2644-2653, 2007

Pommer S. Das UbG im Rechtsvergleich, *RdM* 85: 169, 2003

Prüter C. Medikamentös induzierte Psychosen, *Psychoneuro* 31: 422-435, 2005

R

Ramharter G., vgl. zu Ramharter G. Freiheitsbeschränkungen in Pflegeheimen nach der derzeitigen Rechtslage; ist eine Gesetzesänderung erforderlich?, *ÖJZ* 2001, 592

Rubens FD et al. Lessons learned on the path to a healthier brain. Dispelling the myths and challenging the hypothesis, *Perfusion* 22: 153-160, 2007

Rundshagen I. Postoperative kognitive Dysfunktion, *Anästh Intensivmed* 49: 566-580, 2008

S

Schlaffer P., vgl. zu Schaffer P. infoEXTRA 8, Im rechtsfreien Raum, Juni 1999
„Zum Einfluss von Organisationskulturen auf die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen“

Schauer M., vgl. zu Schauer M. Würde im Alter: Der Beitrag der Rechtsordnung, BMJ , Richterwochen Saalfelden, 9.-13. Mai 2005, „abwägenden Rechtsgüterschutz zwischen einem sicheren Eingriff in die persönliche Freiheit und einer wahrscheinlichen Schädigung von Leben oder Gesundheit als höherwertige Rechtsgüter“

Schmidt LG et al. Evidenzbasierte Suchtmedizin Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen, Deutscher Ärzte- Verlag 2006

Stellamor K. /Steiner J.W. Handbuch des österreichischen Arztrechts. Arzt- Recht- Ethik. Band I: Arzt und Recht, „zum Sanitätsrecht“, Manz' sche Wien 1999

Schmitt TK et al. Postoperatives Delir beim Intensivpatienten, Anaesthesist 57: 403-429, 2008

Siddiqi N. et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients, Cochrane Database Syst Rev 2 2007: CD005563

Strafgesetzbuch (StGB)§ 84 Abs 1

Strickmann G. „Grenzen der Einrichtung“ zu HeimAufG § 2 Abs 1; Strickmann „Heimaufenthaltsrecht“, Linde Verlag 2008

T

Tölle R./Windgassen K. Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie,13.Auflage S.130-134,158-158164-173,284-287,301-308,Springer Verlag

Tracey KJ et al. Physiology and immunology of the cholinergic antiinflammatory pathway, J Clin Invest 117: 289-296, 2007

U

Unterbringungsgesetz (UbG) § 2

V

Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz (VSPAG) § 3

W

Wagle AC et al. The cognitive failures questionnaire in psychiatry, Compr Psychiatry 40: 478-484, 1999

Walder B. et al. Schlafstörungen bei kritisch kranken Patienten, Anaesthesist 56: 7-17, 2007

Wang Y. et al. The effect of postoperative pain and its management on postoperative cognitive dysfunction, Am J Geriatr Psychiatry 15: 50-59, 2007

WHO/Dilling H. /Freyberger H.J. Taschenführer zur ICD- 10- Klassifikation psychischer Störungen, Huber 2008

Z

Zierl H.P. Heimrecht, proLibris.at 2004

Internetquellen

A

AWMF online- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie:
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-006.htm>

B

Berlach- Pobitzer I. et al. Begleitstudie zur Implimentierung des HeimAufG- Erste Forschungsergebnisse 2007:

<http://www.irks.at/downloads/HeimAufGIRKS.pdf>

G

Ganter A. Diagnostik und Therapie des Cannabismisbrauchs, 27. Bundes Drogen Kongress:

<http://fdr->

online.info/media/BundesDrogenKongress/27.BundesDrogenKongress/bdk-27-ganter.pdf

O

Ö1- Suizid- Risikofaktoren (Service von „Österreichische Apothekerkammer“, „Gesundheitsressort der Stadt Wien“):

<http://oe1.orf.at/102405.html>

S

Strauß J.M. Postoperative Verwirrtheit- Ursachen und Therapie, Berlin 17.3.2007:

<http://www.brietzke->

berlin.de/assets/applets/Postoperative_Verwirrtheit__Ursachen_und_Therapie.pdf

W

Wikipedia- Die freie Enzyklopädie:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Entzugssyndrom>

http://de.wikipedia.org/wiki/Kokain#Wirkung_im_Zentralnervensystem

World Health Organization (International Classification of Diseases ICD):

<http://who.int/classifications/icd/en>

Anhang –Projektplan

11/2008	Auswahl und Definition des Diplomarbeitsthemas
	Konzepterstellung der Diplomarbeit
	Erstellen eines Fragebogens
	Ansuchen um ein Förderungsstipendium an der Medizinischen Universität Graz
12/2008	Literaturrecherche (PubMed, Fachbücher, Fachzeitschriften, Internet)
	Schreibbeginn der Diplomarbeit
3/2009	Zuteilung zum Diplomarbeits Thema in „mugthesis“
4/2009	Fertigstellen der Diplomarbeit
5/2009	Einreichung der Diplomarbeit
	Sicherstellung des Förderungsstipendiums

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Veronika Kalcher
geboren am: 23. Mai 1984 in Graz
Familienstand: ledig

Schulbildung

9/1994 – 6/2002 BG&BRG Seebachergasse Graz
Reifeprüfung mit Auszeichnung bestanden

Hochschulausbildung

10/2002 Studienbeginn an der Medizinischen Universität in Graz
7/2004 – 8/2004 Pflichtfamulatur Transplantationschirurgie, Universitätsklinik
Graz (3 Wochen)
7/2005 Pflichtfamulatur Radiologie, Universitätsklinik Graz (2
Wochen)
7/2006 Pflichtfamulatur Innere Medizin, Landeskrankenhaus Bruck (3
Wochen)
8/2006 – 6/2007 Auslandsstudienjahr Université Catholique de Lille (Faculté
Libre de Médecine)
7/2007 Pflichtfamulatur Innere Medizin, Landeskrankenhaus Bruck (4
Wochen)
8/2007 – 9/2007 Pflichtfamulatur Anästhesiologie u. Intensivmedizin,
Landeskrankenhaus Klagenfurt (2 Wochen)
9/2007 Auslandspflichtfamulatur Unfallchirurgie, Charité Berlin (2
Wochen)
4/2008 – 6/2008 Praktikum 6. Studienjahr Spezielle Neurologie,
Universitätsklinik Graz
8/2008 Auslandsfamulatur Gynäkologie und Geburtshilfe, Kasr Elaini
Universität Kairo (4 Wochen)
10/2008 – 11/2008 Praktikum 6. Studienjahr Allgemeinmedizin Dr. Elisabeth
Krainer Graz
11/2008 – 12/2008 Praktikum 6. Studienjahr HNO Ordenskrankenhaus
Elisabethinen Graz

- 12/2008 – 4/2009 Praktikum 6. Studienjahr Allgemeinchirurgie,
Ordenskrankenhaus Barmherzigen Brüder Marschallgasse
Graz
- 2/2009 Auslandsfamulatur Pädiatrie und Neonatologie, Semmelweis
Universität Budapest (4 Wochen)
- 11/2008 – 5/2009 Diplomarbeit zum Thema „Freiheitsbeschränkungen in
Krankenanstalten“ bei Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll
(Förderungsstipendium der Medizinischen Universität Graz)

Studienbegleitende Tätigkeiten

- 10/2004 – 9/2005 Biopsychosoziale Medizin: Anamnesegruppe und Supervision
- 12/2004 – 5/2006 wissenschaftliche Mitarbeit im Team Doz. Dr. Annemarie
Weinberg, Kinderchirurgie Universitätsklinik Graz
- 5/2008 Teddy-Arzt am 6. Grazer Teddybär-Krankenhaus
- 10/2008 Mitarbeit 19. Grazer Fortbildungstage 2008
- 3/2009 Präsentation Projekt „Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin im 6.
Studienjahr“ (Team Dr. Wendler, Dr. Sprenger, Dr. Hellemann)
Dr. Michael Hasiba Preis 2009 Graz

Besondere Kenntnisse

- Sprachen Englisch, verhandlungsfähig
Französisch, gut in Wort und Schrift

Persönliche Interessen

- Soziales Pfadfinder 9/2001 – 2/2006 Jugendgruppenleiterin
- Sport Reiten, Tanzen
- Reisen

Notizen