

Diplomarbeit

Indikationen und Möglichkeiten von Freiheitsbeschränkung in Krankenanstalten

eingereicht von

Mirella Mainoni

Mat.Nr.: 0433322

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut / Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Univ.Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Graz, am 29.03.2010

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 29.03.2010

Danksagung

Mein Dank gilt insbesondere Herrn Univ. Prof. Wolfgang Kröll, nicht nur für die Idee der Diplomarbeit, sondern- und vorallem- seiner tatkräftigen Unterstützung und Betreuung während der Entstehung dieser Arbeit.

Großen Dank bringe ich auch meinen Eltern entgegen, die mich stets unterstützt haben und ohne sie mir das Studium in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.

Zusammenfassung

Der Themenbereich "Indikationen und Möglichkeiten von Freiheitsbeschränkungen in Krankenanstalten" befindet sich im Spannungsfeld zwischen klarer gesetzlicher Vorgaben und den Möglichkeiten einer medizinischen Behandlung von psychisch Kranken und geistig behinderten Personen die einer ständigen Pflege bedürfen.

Mit der Schaffung des Heimaufenthaltsgesetz reagiert der Gesetzgeber auf den Bedarf nach einer klaren Regelung dieser wichtigen Rechtsmaterie die persönliche Freiheit zu schützen und klare Richtlinien für die Beschränkung der Medizin in die Hand zu geben.

Psychische Erkrankungen und Suchtkrankheiten erfordern mitunter das Instrumentarium der Freiheitsbeschränkung um Patienten (gegen ihren Willen) wirksam zu ihrem Wohle behandeln zu können.

Oberstes Gebot auch für die Medizin und ihrer Anwendung bleibt jedoch der Schutz der persönlichen Freiheit des Menschen.

Abstract

The issue of imprisonment in any medical institutions is part of an ambivalent subject area, which was more or less displaced in a gray area until the legislature introduced the "Heimaufenthaltsgesetz".

By reacting to the urgent need for a restriction the legislature established a defined legal norm addressing the fundamental issue of securing the personal freedom and the creation of possibilities for the health personnel to dispossess patients from their freedom by appropriate and law legitimated actions.

Psychic disorders and addictions do in some cases require some types of alleviated imprisonments in order to treat the patients in a sufficient manner, nevertheless the defense of the individual freedom remains the most important legally protected interest.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Grauzone Freiheitsbeschränkung.....	1
2. Schutz der persönlichen Freiheit	3
3. Geltungsbereich des Heimaufenthaltsgesetzes.....	5
4. Freiheitsbeschränkung im Heimaufenthaltsgesetz	9
5. Indikationen für Freiheitsbeschränkung.....	14
6. Medizinische Maßnahmen.....	37
7. Zusammenfassung.....	38

1. Einleitung: Grauzone Freiheitsbeschränkung

Der Schutz der persönlichen Freiheit stellt eines der höchsten Rechtsgüter in westlichen Demokratien dar. Es ist somit ein Grundrecht und verfassungsmäßig verankert. Dies bedeutet, dass jeglicher Eingriff in dieses Grundrecht der persönlichen Freiheit einer verfassungsmäßigen Mehrheit im Parlament (das ist die gesetzgebende Institution) bedarf.

Lange Zeit hindurch befand sich der Themenbereich "Notwendige Freiheitsbeschränkung" nämlich zum Wohle der Freiheitsbeschränkten Person in einer rechtlichen Grauzone. Das heißt, es gab keine klaren gesetzlichen Richtlinien und die Vollziehung der Gesetze durch Gerichtsentscheidungen trugen nicht zur Rechtssicherheit bei.

Stigma und Intoleranz gegenüber Andersartigen und der gesellschaftliche Umgang mit alten, geistig behinderten und psychisch erkrankten Menschen mussten eine Veränderung erfahren.

Eine Reihe von Pflegeheimskandalen (z.B. Lainz- Skandal 1989) erhöhten den Druck auf den Gesetzgeber eine klare rechtliche Regelung zu schaffen.

Wenn schon die Verhängung einer Freiheitsstrafe für einen verurteilten Täter eine Freiheitsbeschränkung darstellt, da er in einem Gefängnis verwahrt wird, so ist zum Beispiel das Anbinden eines Patienten an sein Bett und gegen seinen Willen ein Extremmaß der Freiheitsbeschränkung, das keine Interpretation der freiheitsbeschränkenden Person zulässt, sondern nur klar gesetzlich geregelt werden darf.

Die herrschende Rechtslehre geht davon aus, dass es formal gesehen keine Gesetzeslücke und auch keine Grauzone gibt.

In der Medizin ist jedoch eine differenzierte Betrachtungsweise notwendig, da jeder einzelne medizinische Fall auf Grund der unterschiedlichen Beschaffenheit der Patienten einzigartig ist und im Entscheidungsbereich dadurch mitunter Grauzonen auftreten können.

Das Auflösen dieser Grauzonen auf Basis der Gesetzeslage stellt eine besondere Herausforderung und Gratwanderung für das behandelnde medizinische Personal dar, da das Wohl des Patienten absolute Priorität besitzt.

Mit der Schaffung des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) reagierte der Gesetzgeber 2004 auf den Bedarf der Medizin.

“Unter einer Freiheitsbeschränkung versteht das Heimaufenthaltsgesetz die Unterbindung der Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln oder durch deren Androhung.“¹

Unter physischen Mitteln werden die Anwendung mechanischer, elektronischer und/oder medikamentöser Maßnahmen verstanden, die in die körperliche Bewegungsfreiheit eingreifen.(§3 Abs.1 HeimAufG).² (siehe Kapitel 4)

¹ Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 110

² Vgl.
Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 110

2. Schutz der persönlichen Freiheit

Der Schutz der persönlichen Freiheit ist, wie oben erwähnt, im Verfassungsrange festgelegt und mehreren Rechtsquellen wieder zu finden.

Historisch gesehen ist die persönliche Freiheit bereits in der konstitutionellen Monarchie (19. Jahrhundert) verankert worden. Damals jedoch war nur die körperliche Bewegungsfreiheit von diesem Begriff umfasst, nicht jedoch die Summe aller menschlichen Freiheiten im modernen Rechtssystem.³

Grundlage der heutigen Begriffsbestimmung "Schutz der persönlichen Freiheit" bildet die europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (europäische Menschenrechtskonvention- EMRK) vom 4. November 1950.

1988 wurde das Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrG) verabschiedet.

Im Jahr 2000 wurde schließlich anlässlich des europäischen Rates von Nizza die Charta der Grundrechte der Europäischen Union proklamiert. Auch diese Grundrechtscharta wurde durch die Annahme des Vertrages von Lissabon durch die Republik Österreich in Geltung gesetzt.

Art 5 EMRK lit. e normiert die Freiheitsentziehung an einem Menschen für zulässig der sich "in rechtmäßiger Haft befindet, weil er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten bildet, oder weil er geisteskrank, Alkoholiker, rauschgiftsüchtig oder Landstreicher ist."⁴

Art 1 Abs 1 PersFrG sichert das Jedermannsrecht auf Freiheit und Sicherheit zu.

Abs 2 legt fest, dass: „ Niemand aus anderen als den in diesen Bundesverfassungsgesetz genannten Gründen oder auf eine andere als die gesetzlich vorgeschriebene Weise festgenommen oder angehalten werden darf.“

³ Vgl.
Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 62

⁴ Vgl.
Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg

Art 6 der Charta der Grundrechte der europäischen Union enthält, das Jedermannsrecht auf „Freiheit und Sicherheit“⁵

Trotz der verfassungsrechtlichen Grundlagen (EMRK, PerFrG, Charta der Grundrechte der EU) herrschte insbesondere bei der Anhaltung geistig behinderter oder psychisch kranker Menschen in Krankenanstalten und Heimen beim Personal Verunsicherung über die Interpretation der Einschränkung der persönlichen Freiheit. Aus diesem Grund sah sich der Gesetzgeber veranlasst ein Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) zu entwerfen und schließlich auch zu verabschieden.

§1 Heimaufenthaltsgesetz⁶ sieht vor, dass der Schutz der persönlichen Freiheit und der Menschenwürde grundsätzlich unantastbar ist.

Insbesondere für Personen, die alters-, behinderungs- oder krankheitsbedingt einer Pflege oder Betreuung bedürfen gilt dies in besonderem Maße. Dabei ist unter allen Umständen auf die Wahrung und Achtung der Menschenwürde Bedacht zu nehmen.⁷

Auch hier stellt der Gesetzgeber eingangs die persönliche Freiheit von Menschen in den Mittelpunkt. Das heißt im Zweifel haben Freiheitsrechte den Vorrang gegenüber freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.⁸

Herrschende Lehre, Gesetzgeber und Judikatur sind der einhelligen Meinung, dass mit diesen oben genannten Gesetzen die persönliche Freiheit des Menschen ausreichend abgesichert ist.

⁵ Vgl.

Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 65,66,69

⁶ **§1.(1) Die persönliche Freiheit von Menschen, die auf Grund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der 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.** (BGBl I 11/2204)

⁷ Vgl.

BGBl I 11/2004

⁸ Vgl.

Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 103,104

3. Geltungsbereich des Heimaufenthaltsgesetzes

§2 Abs1 HeimAufG⁹ regelt den Geltungsbereich.

Darunter fallen:

1. Alten- und Pflegeheime, Behindertenheime
2. Andere Pflege- und Betreuungseinrichtungen
3. Krankenanstalten

Dies umfasst :

- Alle Arten von Alten- und Pflegeheimen
- Tagsüber betriebene Einrichtungen der Altenheime wie z.B. Tagesheime, Tagesheimstätten, Tagesbetreuungseinrichtungen.
- Geriatrische Tageszentren
- Behindertenheime wie z.B. Pflege- und Betreuungszentren, psychosoziale Langzeitwohnheime
- Pflegeanstalten für chron. Kranke
- Spitalsabteilungen in Pflegeheimen
- Krankenanstalten in denen geistig Behinderte oder psychisch Kranke Menschen, die ständige Pflege/Betreuung brauchen und dort betreut oder gepflegt werden
- Alle anderen Einrichtungen in denen mindestens drei psychisch Kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können.¹⁰

Im Besonderen wird besonders auf den Geltungsbereich in den Krankenanstalten eingegangen, da der Gesetzgeber hier normiert, dass es nur auf Personen anzuwenden sei, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.

⁹ §2 (1) Dieses Bundesgesetz regelt allein die Voraussetzungen und die Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen sowie in anderen Einrichtungen, in denen wenigsten drei psychisch Kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. In Krankenanstalten ist dieses Bundesgesetz nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen. (BGBl I 11/2204)

¹⁰ Vgl.
Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 107

Der Geltungsbereich ist hier strikt personenbezogen, das heißt das HeimAufG ist nur in Krankenanstalten anwendbar in denen konkret Menschen die psychisch krank, geistig behindert sind und deshalb der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.¹¹

Eine abstrakte Betreuungsmöglichkeit reicht hier nicht aus.

Der Begriff der Krankenanstalt umfasst hier sämtliche Krankenanstalten und Abteilungen wo solche Menschen gepflegt oder betreut werden (ausgenommen jene die im Geltungsbereich des Unterbringungsgesetzes UbG stehen).

Dies sind insbesondere Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Genesungsheime, Spitalsabteilungen in Pflegeheimen aber auch „normale“ Abteilungen in Krankenanstalten.

Der krankenanstaltliche Geltungsbereich gilt zum Beispiel für folgende Fälle:

Eine Person die auf Grund ihrer schweren psychischen Erkrankung ständiger Pflege und Betreuung bedarf und sich einer Operation unterziehen muss, kann wegen postoperativer Verwirrtheit für eine gewisse Zeit an den Armen fixiert werden, um sich nicht durch ungesteuerte Bewegungen am Handrücken, wo ein Venenkatheter liegt, verletzen zu können. Die Erstprüfung ergibt, dass hier das HeimAufG anzuwenden ist. Die Zulässigkeitsprüfung wirft folgende Fragen auf: Liegt hier eine freiheitsbeschränkende Maßnahme überhaupt vor?

Eine Fixierung einer Person in tiefer Bewusstlosigkeit ist keine Freiheitsbeschränkung, da hier die Freiheitsbeschränkung nicht wahrnehmbar ist. Im gegenständigen Fall stellt die postoperative Verwirrtheit nicht das völlige Fehlen des Bewusstseins, sondern nur eine geringergradige Beeinträchtigung des Bewegungswillens dar. Weshalb die Fixierung als freiheitsbeschränkende Maßnahme im Sinne des HeimAufG qualifiziert ist und einer Überprüfung unterzogen werden kann.

Die Zulässigkeitsprüfung dieser Freiheitsbeschränkung muss hier scheitern, da der kausale Zusammenhang zwischen der ernsten und erheblichen Gefährdung der Gesundheit des Patienten durch das mögliche Herausreißen der Kanüle nicht im

¹¹ Vgl.
Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 82, 83

Zusammenhang mit der psychischen Grunderkrankung steht, sondern lediglich mit einer postoperativen Verwirrtheit.

In einem anderen Fall wird eine geistig schwer behinderte Person, welche normalerweise in einem Behindertenwohnheim lebt, wegen des Verdachtes einer Verätzung der Speiseröhre und des Magens oder einer möglichen Vergiftung zur Beobachtung ins Krankenhaus gebracht. Da diese Person wegen seiner geistigen Behinderung auch dort ständigen Pflege- und Betreuungsbedarf hat, ist auch hier das HeimAufG anzuwenden.

Wenn diese Person nun wegen ihres autoaggressiven Verhaltens, welche aus ihrer Behinderung resultiert, vorübergehend mit Gurten am Bett fixiert wird, so ist nach Prüfung der Zulässigkeitskriterien- hier ist der Kausalzusammenhang gegeben- die Freiheitbeschränkung als zulässig zu bewerten.

Die Prüfung eines weiteren Falles eines Patienten der sich wegen eines Schlaganfalls im Krankenhaus befindet und in Folge dessen sich dort eine ausgeprägte Altersdemenz entwickelt hat, ergibt folgendes Ergebnis der Prüfung ob das HeimAufG anzuwenden ist: Die ausgeprägte Altersdemenz ist eine psychische Krankheit im Sinne des HeimAufG und dieses ist daher auch anzuwenden obwohl der Patient sich noch in der Krankenanstalt befindet bis er einen Heimplatz bekommt. Bedarf der Patient wegen seiner Demenz, die eine begründete Lebens- und Gesundheitsgefährdung darstellt, einer Freiheitsbeschränkung so wäre die nach dem HeimAufG zulässig obwohl sich der Patient noch in der Krankenanstalt befindet. Wenn nun der Patient im oben genannten Fall anlässlich einer Blutabnahme trotz seiner Demenz einsichts- und urteilsfähig ist, so kann er dieser Fixierungsmaßnahme zustimmen. Dann ist diese Maßnahme nicht als Freiheitsbeschränkung zu werten.¹²

Um den Geltungsbereich des HeimAufG klar abzugrenzen nimmt der Gesetzgeber in §2 Abs 2 vier Gruppen von Einrichtungen ausdrücklich von diesem Gesetz aus:

¹² Vgl.
Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 85,86,87,88

1. Nicht stationäre Einrichtungen der Behinderten Hilfe (Behindertenwerkstätten, Teilstationäre Wohnformen für psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen)
2. Heime und andere Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger
3. Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie
4. Anstalten für geistig abnorme und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher¹³

Obwohl vom Gesetzgeber im Gesetz nicht erwähnt gilt das HeimAufG nach herrschender Lehre und Rechtssprechung auch nicht für:

- Familienähnliche Wohngemeinschaften, in denen Personen gepflegt oder betreut werden
- Mobile Dienste z.B. Hauskrankenpflege
- Nachsorgeeinrichtungen einschl. psychosozialer Dienste
- Generationen Wohnhäuser, Seniorenwohnhäuser
- Betreutes Wohnen für Senioren
- Alle Einrichtungen für die Pflege und Betreuung körperlich behinderter Menschen
- Alle Einrichtungen der Altenhilfe, die nicht der ständigen Pflege oder der ständigen Betreuung dienen z.B. Gymnastik, Handarbeiten, Singen, etc.¹⁴

“Ebenso wenig gilt das HeimAufG für die Aufnahme, die Pflege und Betreuung, die medizinische Behandlung oder den Umgang mit sonstigen Persönlichkeitsrechten der Bewohner.¹⁵¹⁶

¹³ §2 (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.(BGBI I 11/2204)

¹⁴ Vgl.
Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 108

¹⁵ Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 97

¹⁶ § 2 (3) Im Übrigen gilt dieses Bundesgesetz nicht für die Aufnahme, die Pflege und Betreuung, die Behandlung und den Umgang mit sonstigen Persönlichkeitsrechten der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie anderen Einrichtungen¹⁶(BGBI I 11/2204)

5. Freiheitsbeschränkung im Heimaufenthaltsgesetz

§ 3 Abs 1 HeimAufG normiert den Begriff der Freiheitsbeschränkung.¹⁷

Vorab sei erwähnt, dass der Gesetzgeber explizit den Begriff Freiheitsbeschränkung verwendet, obwohl in der Terminologie der verfassungsrechtlichen Grundrechte auf Freiheit der Begriff „Freiheitsentzug“ verwendet wird.

Der Grund der abweichenden Begriffswahl liegt laut Mag Dr. Gudrun Strickmann¹⁸ (Heimaufenthaltsrecht) darin, dass der Gesetzgeber aus rein politischen Gründen den „harten Begriff des Freiheitsentzuges zu verschleiern versucht, um das Gesetz „freundlicher“ erscheinen zu lassen.¹⁹

Eine Freiheitsbeschränkung liegt nach dem Willen des Gesetzgebers somit immer dann vor, wenn es einem Menschen unmöglich gemacht wird seinen Aufenthalt nach seinen freien Willen zu verändern. Es wird hierbei zunächst auf die Beschränkung der Bewegungsfreiheit auf einen bestimmten räumlich abgegrenzten Bereich abgezielt.

Diese Allseitigkeit der Bewegungsbeschränkung bildet den Unterschied zu Beschränkungen der Bewegungsfreiheit die durch andere Gesetze bzw. Grundrechte erfasst sind. So ist z.B. die Unmöglichkeit bestimmte Räume oder Gebiete zu betreten keine Freiheitsbeschränkung im Sinne dieses Gesetzes.

Obwohl im Gesetz nicht erwähnt ist zum Beispiel auch eine rein bauliche Maßnahme möglicherweise eine Freiheitsbeschränkung, wie z.B. das Anbringen schwerer Türen die von den im Gesetz betroffenen Personen normalerweise nicht mehr geöffnet werden können oder auch „Labyrinth“ zur Lenkung dementer Personen.

¹⁷ § 3 (1) Eine Freiheitsbeschränkung im Sinne dieses Bundesgesetzes liegt vor, wenn eine Ortveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit psychischen 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 ärztliche Behandlung, zugestimmt hat (BGBl I11/2204)

¹⁸ Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008

¹⁹ Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 98

Die bedeutet, dass das Gesetz nur beispielhaft Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung normiert.²⁰

Zentrales Kriterium der Beschränkung ist die Unterbindung der Ortsveränderung mit physischen Mitteln . Das sind mechanische, elektronische und medikamentöse Maßnahmen.²¹

Während sowohl mechanische als auch elektronische Maßnahmen extrakorporal auf die Beschränkung der Freiheit des Patienten einwirken, wirken medikamentöse Maßnahmen im Inneren des Körpers und besitzen daher eine besondere Eingriffsintensität. Als physische Mittel zur Freiheitsbeschränkung sind nur Medikamente zu werten deren Primärintention bei der Verabreichung in der Dämpfung des Bewegungsdrangens besteht. Haben solche Medikamente lediglich als gleichsam unvermeidliche Nebenwirkung die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses und werden wegen eines anderen therapeutischen Zweckes verabreicht so stellen sie keine Freiheitsbeschränkung im Sinne dieses Gesetzes dar.²²

Keine Freiheitsbeschränkung liegt nach der Judikatur vor, wenn sich der betroffene Personenkreis auch ohne Maßnahmen nicht fortbewegen kann z.B. ein gelähmter Mensch im Rollstuhl wird mittels Sitzgurt fixiert um einen drohenden Sturz zu vermeiden.

Auch bewusstlose Menschen denen überhaupt die Möglichkeit einer willkürlichen körperlichen Bewegung fehlt sind in ihrer Freiheit in der Auslegung dieses Gesetzes nicht beschränkt.

Schutzgitter die an einem Bett angebracht werden um ein Herausfallen durch unwillkürliche Bewegungen eines Betroffenen zu verhindern sind auch keine freiheitsentziehenden Maßnahmen. Auch keine Freiheitsbeschränkung liegt vor, wenn in der Folge einer Operation und damit verbundenen Anästhesie geistig noch beeinträchtigte Patienten zu ihren Schutz fixiert werden.

²⁰ Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 110

²¹ Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 112,113

²² Gudrun Strickmann
Heimaufenthaltsrecht
Linde Verlag Wien 2008 pg 101

Nicht nur die Freiheitsbeschränkung selbst sondern auch deren Androhung ist in diesem Gesetzestext mit erfasst.

Hierbei muss nicht einmal die freiheitsentziehende Maßnahme konkret angedroht werden, sondern es reicht vielmehr aus, wenn aus dem Gesamtbild des Geschehens für die betreute oder gepflegte Person der Eindruck entsteht, dass er seinen Aufenthaltsort nicht mehr verlassen kann. Gemeint ist hiermit dass eine oben genannte Person einen unversperrten Ort nicht verlassen darf, weil sie damit rechnen muss am Verlassen gehindert oder zurückgeholt zu werden.

Der räumliche Umfang der Beschränkung spielt in diesem Gesetz keine Rolle. So trifft die Beschränkung genauso zu wenn man ein gewisses Areal einer Einrichtung nicht verlassen darf, wie auch ein einzelnes Zimmer oder auch ein Bett (z.B. durch angurten, Zwangsjacke, etc.)

Eine wichtige Komponente des Gesetzestextes ist, dass der Betroffene gegen oder ohne seinen Willen in seiner Freiheit beschränkt wird. Eine Einwilligung durch die betroffene Person schließt eine Freiheitsbeschränkung im Sinne dieses Gesetzes aus.

Diese Einwilligung muss jedoch ernstlich sowie frei von Zwang und Irrtum erteilt worden sein. Das bedeutet dass die betroffene Person auch die Fähigkeit zur freien Willensentscheidung haben muss.

Wichtig ist hierbei die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit und nicht die zivilrechtliche Geschäftsfähigkeit. Also auch psychisch kranke und geistig behinderte Menschen, die zwar zivilrechtlich besachwaltet sind, können eine natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzen.

Die Einwilligung durch diese Personen kann sich aber nur auf eine konkrete Situation und einen zeitlich absehbaren Rahmen beziehen. Eine pauschale Zustimmung zu allen Beschränkungen ist jeden Falls unwirksam. Letztlich zieht die Freiwilligkeit eines Aufenthaltes in einer vom Gesetz umfassten Einrichtung (§2) nicht automatisch die Zustimmung zu allfälligen internen Beschränkungen nach sich.²³²⁴

²³ Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 109,110,111

²⁴ Beispiele aus der Praxis für die Beschränkung der persönlichen Freiheit:
- Zimmertüren die nur von außen zu öffnen sind und der Bewohner keinen Schlüssel bekommt

Zustimmung zur Freiheitsbeschränkung gemäß §3 Abs 2 HeimAufG:

Keine Freiheitsbeschränkung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine einsichtsfähige Person die Zustimmung zu einem Eingriff in sein Recht auf persönliche Freiheit erteilt hat. Voraussetzung ist jedenfalls, dass die Zustimmung vor der Durchführung einer Freiheitsbeschränkung erfolgen muss und dass es sich dabei um eine einsichtsfähige Person handelt.

Unter Einsichtsfähigkeit versteht man die Fähigkeit, Grund und Bedeutung einer Behandlung einzusehen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen.

(Juristisch: Diskretions- und Dispositionsfähigkeit)

-
- Pflegeabteilungen die nur mittels eines Zahlencodes verlassen werden können und der Bewohner diesen nicht kennt oder nicht damit umgehen kann
 - Sicherheitspersonal das den Eingang überwacht und bestimmte Bewohner nicht außer Haus lässt
 - Bewohner die denen Schuhe weggenommen werden um sie am Verlassen des Hauses zu hindern
 - Bewohner denen sedierende Mittel verabreicht werden, ohne dass dies medizinisch notwendig wäre
 - Wenn behinderte Menschen die Krücken oder der Rollstuhl weggenommen wird, so dass sie sich nicht mehr alleine fortbewegen können
 - Wenn betroffene Personen in einem Schlafsack, den sie nicht selbst öffnen können nächtigen müssen
 - Wenn Steckgitter angebracht werden um Menschen an einer Ortsveränderung zu verhindern
 - Wenn Personen Kleidungsstücke angelegt oder übergezogen werden, die eine Ortveränderung ausschließen wie z.B. Zwangsjacke, Fixiergurte
 - Wenn Personen unter Anwendung von Gewalt festgeschnallt werden um sie an eine Infusion anzuhängen

Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass die Form der Freiheitsbeschränkung, wie oben geschildert, nichts mit der Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung zu tun hat. Viel mehr ist rechtlich jede einzelne Maßnahme zu prüfen, die den Schutzbereich des Grundrechtes auf Freiheit beeinträchtigt.

Auf zwei Spezialfälle einer möglichen Freiheitsbeschränkung wird im folgenden noch besonders eingegangen:

- a. Elektronische Überwachung: der Einsatz elektronischer Überwachungsgeräte die die Auslösung eines Alarmes zur Folge haben (z.B. Lichtschranken oder Bewegungsmelder) sind für sich alleine gesehen noch keine Freiheitsbeschränkung. Erst wenn als Reaktion auf den Alarm eine Bewegungsbeschränkung wie zum Beispiel das Festhalten von Personen statt findet, ist die elektronische Überwachung ein freiheitsentziehendes Mittel. Es jedenfalls der Einzelfall zu prüfen ob es sich hierbei um eine Freiheitsbeschränkung handelt, wenn etwa in Heimen bei Ein- und Ausgängen eine elektronische Überwachung erfolgt.
- b. Die Zulässigkeit von Zwangsjacken: wird diese so verwendet dass der Betroffene keine Ortveränderung mehr vornehmen kann, so ist es jedenfalls eine Freiheitsbeschränkung im Sinne des §3 im HeimAufG.
Das Anlegen eines am Rücken verschließbaren Overalls (Schlafanzug, Pyjama) ist nur eine einfache Beschränkung aber keine Freiheitsbeschränkung im Sinne dieses Gesetzes. Der Betroffene kann sich nämlich frei bewegen und eine Ortsveränderung wird somit nicht unterbunden. Müsste die betroffene Person jedoch befürchten wegen dieses auffälligen Kleidungsstückes am Verlassen eines Heimes gehindert zu werden, so würde diese Maßnahme als Freiheitsbeschränkung zu werten sein.

Einwilligungsfähigkeit ist die individuelle Einsichts- und Urteilsfähigkeit des konkret Betroffenen im Bezug auf die konkrete medizinische Maßnahme. Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit einer Person an und auch nicht darauf ob die betroffene Person unter Sachwalterschaft steht.

Damit diese Einwilligung rechtswirksam ist muss sie frei von Willensmängeln und inhaltlich ausreichend bestimmt sein. Dies muss der betroffenen Person vorher mitgeteilt werden. Die Einwilligungserklärung bedarf keiner besonderen Form-Erfordernis.²⁵

²⁵ Hans Peter Zierl
Heimrecht
ProLibris Verlag 2004 pg 113,114,115

5. Indikationen zur Freiheitsbeschränkung

Zu den Indikationen für Freiheitsbeschränkung zählen eine Bandbreite an psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten.

Abhängigkeit und Sucht

“ Sucht ist nach der WHO ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist.

Psychische Abhängigkeit ist definiert als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen nach einer bestimmten Substanz/Droge.

Physische(körperliche) Abhängigkeit ist charakterisiert durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von Entzugerscheinungen.

Missbrauch oder schädlicher Gebrauch beinhaltet ein Konsumverhalten, das zu einer körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschädigung führt.

Abhängigkeit oder Sucht kann charakterisiert werden als dominierendes Verlangen oder Zwanghaftes Bedürfnis und Angewiesensein auf bestimmte Substanzen. Die vorübergehende Besserung einer unbefriedigenden Situation und die anschließende „Ernüchterung“ lässt einen Circulus virtiosus entstehen, dessen Hauptelement das unbezwingbare Verlangen nach dem Suchtmittel und der Kontrollverlust sind.

Süchtiges Verhalten wird eine selbstzerstörerische Komponente zugeschrieben.“²⁶

Alkoholabhängigkeit

“Nach der Definition der Who sind Alkoholiker „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen

²⁶Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 307

Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung, daher brauchen sie eine Behandlung“.

Jellinek definiert: „Unter Alkoholismus versteht man jeglichen Gebrauch von Alkoholischen Getränken, der einem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt.“ Kriterien sind also Abhängigkeit und Schädlichkeit.

Klassifikation nach ICD 10: F10 .²⁷

Äthiopathogenese:

“Der Alkoholismus hat eine multifaktorielle Genese:

- Genetische Disposition
- Neurobiologische Faktoren: Alkohol führt zur Veränderung fast aller Transmittersysteme. Durch Neuroadaption entwickelt sich ein „Suchtgedächtnis“ vor allem im Bereich dopaminergener Neurone.
- Psychologische Faktoren: Zu den psychologischen Faktoren zählen Broken-Home-Situationen (Verlusterlebnisse, Traumatisierungen) sowie negative Identifikation/ Vorbildfunktion im Elternhaus. Aus psychodynamischer Sicht wird Alkoholabhängigkeit als Regression auf die orale Stufe interpretiert.
- Soziokulturelle Faktoren: von Bedeutung sind die ständige Verfügbarkeit, Einflüsse von Vorbildern, Werbung, Zeitgeist. Auch berufsbedingte Einflüsse können von Bedeutung sein.²⁸

Symptomatik:

“Das klinische Bild des Alkoholismus kann sich aus verschiedenen internistischen, neurologischen und psychischen Symptomen zusammensetzen.

Psychisch kommt es häufig zu depressiver Verstimmung, Stimmungslabilität und Reizbarkeit. Schuld und Minderwertigkeitsgefühle führen nicht selten zur Suizidalität. Veränderungen der psychischen Leistungsfähigkeit zeigen sich besonders in Form von Gedächtnislücken sowie Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen.

²⁷ Rainer Tölle, Klaus Windgassen
Psychiatrie

13. Auflage Springer Verlag 2003 pg 148

²⁸ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 318

Infolge toxischer Hirnschäden kann es nach langjährigem Alkoholmissbrauch zur alkoholbedingten Wesensänderung kommen.

Verdächtig auf Alkoholismus sind auch Symptome der Intoxikation (z.B. Ataxie, Foetor alcoholicus). Weitere Kennzeichen sind deutliche Störungen und Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie der sozialen Funktionen.“²⁹

Akute Alkoholintoxikation

“Die akute Alkoholintoxikation (Alkoholvergiftung) reicht von leichten (Blutalkoholgehalt 0,5-1,5), mittelgradigen und schweren Intoxikation (meist Blutalkoholgehalt 2,5-4 Promille) bis hin zum alkoholischen Koma (BAK >4 Promille) und beinhaltet eine vorübergehende akute organische Psychose. Sonderformen sind der komplizierte und der pathologische Rausch.“³⁰

Symptome des pathologischen Rausches sind Dämmerzustände mit schlagartigem Beginn, typischerweise kommt es zu Erregungszuständen mit Gewalttaten und psychotischen Symptomen. Weiters kann es zu Desorientiertheit kommen, die Stimmung ist durch Angst und Gereiztheit charakterisiert, für den gesamten Zustand soll eine Amnesie bestehen.³¹

Alkoholdelir (Delirium tremens)

„ Das Alkoholdelir ist eine häufige, gefährliche neuropsychiatrische Folgekrankheit des Alkoholismus und tritt meist als Entzugsdelir auf. Auslöser sind häufig akute Erkrankungen und Operationen. Es dauert in der Regel 2- 3 Tage, kann aber auch länger persistieren.

Das Delir ist ein lebensbedrohlicher psychiatrischer Notfall. Unbehandelt führt es in 20- 30% der Fälle zum Tod (Herz- Kreislaufversagen, Pneumonie).

²⁹ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 320

³⁰ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 323

³¹ Vgl.
Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 323

Leitsymptome sind neben Desorientiertheit, motorischer Unruhe und optische Halluzinationen, vegetative Entgleisung (Tremor, Schwitzen, Tachykardie).

Alkoholentzugssyndrom (synonym: Prädelir, vegetatives Entzugssyndrom)

“Das Alkoholentzugssyndrom ist die häufigste neuropsychiatrische Störung bei Alkoholabhängigkeit, dessen fließend in ein Alkoholdelir übergehen kann. Typische Symptome sind Tremor, Hyperhidrosis, Schlafstörungen, depressive Verstimmung und Unruhe. Im Rahmen des AES treten bei ca. 10% der Patienten zerebrale (epileptische) Anfälle auf. Das typische Entzugssyndrom beginnt in der Regel 4-12 Stunden nach Trinkende und klingt meist innerhalb 1 Woche ab.“

Hirnorganische Veränderungen

“Bei chronischen Alkoholismus steht die organische Persönlichkeitsveränderung im Vordergrund mit Stimmungslabilität, reizbar-aggressiven Verhalten, Nachlassen der Kritikfähigkeit, Interessensverlust infolge alkoholtoxischer zerebraler Schädigung und später durch Hirnatrophie. Schließlich kann es zur Einschränkung intellektueller Funktionen bis hin zum Vollbild einer Alkoholdemenz kommen.“³²

Alkoholbedingte amnestische Störungen

Wernicke-Enzephalopathie:

Hierbei handelt es sich um eine, auf Thiaminmangel beruhende Störung. Klinisch kommt es oft zu Fieber und Magen- Darmstörungen. Der typische Symptomtrias setzt sich zusammen aus Bewusstseinstörung, Ataxie und Augenmuskelerkrankungen.

Korsakow- Syndrom (amnestisches Syndrom):

Hierbei handelt es sich um ein eher selteneres Bild, welches mit einer Wernicke-Enzephalopathie beginnt. Leitsymptome sind Gedächtnisstörungen mit

³²Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 323, 324

Konfabulationen, reduzierter Auffassungsgabe, Orientierungs- und Antriebsstörungen sowie Polyneuropathie.³³

Hepatische Enzephalopathie:

“ Diese imponiert akut als hepatisches Koma mit Bewusstseinsstörungen, Flapping-Tremor und Hyperreflexie. Chronisch kommt es zu dementiellen Veränderungen und choreathetischen Bewegungsstörungen.“³⁴

Medikamente und Drogenabhängigkeit

“Definition: Als wesentliches Charakteristikum gilt das zwanghafte Bedürfnis, die betreffende(n) Substanz(en) zu konsumieren und sich diese unter allen Umständen zu beschaffen. Neben der psychischen besteht meist auch eine physische Abhängigkeit in Form von Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) und Auftreten von Entzugerscheinungen.

Nach ICD-10 bestehen zusätzlich Hinweise auf Kontrollverlust, eingeengtes Verhaltensmuster, zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen.“

Ätiopathogenese:

“Auch bei der Entstehung der Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit liegt ein multifaktorielles Bedingungsgefüge vor.

Medikamentenmissbrauch basiert häufiger auf der Behandlung organischer oder funktioneller Beschwerden wie Kopfschmerzen, psychosomatische Störungen, Schlaf- und Verdauungsstörungen. Im Gegensatz zu Alkohol- und

³³Vgl.

Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 325

³⁴Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 325

Drogenabhängigen sind Medikamentenabhängige in der Regel (lange Zeit) unauffällig und sozial angepasst bis überangepasst („stille, unsichtbare Sucht“). Bei der Entstehung eines Abusus illegaler Drogen spielen psychosoziale Zwänge eine bedeutende Rolle.“

Symptomatik:

“Die Symptome und das Verhaltensmuster unterscheiden sich je nach Drogentyp. Zeichen der psychischen Abhängigkeit sind unter anderem ängstliche Unruhe und psychische Anspannung, daneben bestehen vegetative Symptome wie Schwitzen und Tachykardie, Übelkeit. Diese Symptome sistieren nach Zufuhr der Droge (körperliche Abhängigkeit). Durch Einnahme immer höherer Dosen kommt es zur Toleranzentwicklung.“

“Je nach Substanztyp kommt es zur Veränderung der Persönlichkeit. Die Kranken stumpfen ab, vernachlässigen Hygiene und Körperpflege.“³⁵

Opioide:

“Zu dieser Gruppe zählen unter anderem die Substanzen Morphin, Heroin, Codein, Methadon sowie die stark wirksamen Analgetika Pethidin, Pentazosin, Tilidin und Buprenorphin. Fast alle diese Stoffe unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Opiate und Opioide besitzen unter den Drogen das höchste Abhängigkeitspotential und sind gekennzeichnet durch die ausgeprägte psychische und physische Abhängigkeit mit rascher Toleranzentwicklung.

Alle Mittel dieser Gruppe bewirken eine ausgeprägte Schmerzstillung. Bei Missbrauch beherrschen Euphorie und ein Gefühl des Entrücktseins das Bild, schnelle i.v. Injektion führt zu einem „Flush“ mit wohliger Wärme- und Glücksgefühl, weitere Symptome sind Somnolenz und Affektlabilität. Typischerweise entwickelt sich eine Wesensänderung.

An somatischen Symptomen finden sich bei Abhängigen häufig eine Bradykardie, Gewichtsverlust, Inappetenz, spastische Obstipation, Miktionsstörungen, Tremor und eine trockene-fahlgraue Haut.

³⁵ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 335, 336, 338

Die klinische Symptomatik einer Opiat-/Heroinintoxikation wird durch den Trias Atemdepression, Koma und Miosis bestimmt.

Entzugssymptome treten bei Opiatabhängigkeit ca. 6-12 Stunden nach der letzten Einnahme auf und erreichen nach 24-48 Stunden ihren Höhepunkt. Sie klingen innerhalb von 10 Tagen ab.“

Sedativa und Hypnotika:

“Häufig missbräuchlich verwendete Substanzgruppen sind neben dem Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate, Meprobamat, Clomethiazol und Diphenhydramin.

Barbiturate und ihre Analoga (Meprobamat, Diphenhydramin) besitzen ein erhebliches Abhängigkeitspotential und eine beträchtliche Toxizität.“

“Bei Missbrauch kommt es zur Euphorie, Sedierung, Affektlabilität, Dysphorie, Gedächtnislücken, zum Teil auch paradoxer Aktivierung. Körperliche Symptome sind Dysarthrie, Ataxie sowie Exantheme.

Das Barbiturat-Abstinenzsyndrom zeigt sich allgemein mit Schwäche, Tremor, Myoklonien, Übelkeit, orthostatischer Dysregulation und Albträumen.

Nach längerfristiger Einnahme hoher Dosen und schlagartigem Absetzen kann es zu deliranten Zustandsbildern mit ängstlicher Unruhe und zerebralen Krampfanfällen kommen.

Bei längerfristiger Einnahme von Benzodiazepinen kann zu dysphorischen Verstimmungen, Gleichgültigkeit und psychischer Leistungsminderung und paradoxe Reaktionen führen.“

“Abruptes Absetzen von Benzodiazepinen kann zu Rebound- Phänomenen (Angst, Schlafstörungen) führen. Zu den Entzugssymptomen zählen vegetative Dysregulation, Schlafstörungen, Tremor, Tachykardie, Unruhe, Desorientiertheit, Dysphorie, evtl treten zerebrale Krampfanfälle auf. Typisch sind Perzeptionsstörungen wie optische Wahrnehmungsverzerrungen und kinästhetische Störungen.“

Kokain:

“Hier finden sich eine starke psychische und keine physische Abhängigkeit.“

“Die akute Kokainwirkung, auch “Kick“ genannt, verursacht ein euphorisches Stadium mit gehobener Stimmung, Glücksgefühl, Rededrang, Abbau von Hemmungen, Libidosteigerung, subjektiver Steigerung von Leistungsfähigkeit und Kreativität sowie

reduziertem Hunger-,Durst- und Schlafgefühl. Insbesondere im nachfolgendem Rauschstadium treten dann z.T. auch taktile, optische oder akustische Halluzinationen und paranoide Gedanken stärker in den Vordergrund.“

“Bei chronischen Kokainkonsum kommt es zu taktilen und akustischen Halluzinationen, paranoid- halluzinatorischen Psychosen(Verfolgungs- und Beziehungsideen) sowie kognitiven Beeinträchtigungen. Körperliche Symptome sind u.a. Tachykardie, Temperaturerhöhung, Impotenz und Nasenseptumdefekte.

Bei Intoxikation finden sich Ataxie, maligne Hyperthermie, epileptische Anfälle und Mydriasis. Zu den Entzugssymptomen zählen Dysphorie und Katerstimmung.“

Cannabionide:

“Cannabis ist die am häufigsten verwendete illegale Droge. Es existieren zwei Formen, die beide aus der weiblichen Pflanze des indischen Hanf stammen. Haschisch und Marihuana. Cannabis ist häufig Einstiegsdroge für weitergehende Suchterkrankungen. Hauptwirkungen der Cannabis-intoxikation sind: Euphorie, Entspannung und psychomotorische Verlangsamung, Ideenflucht, Dehnung des Zeiterlebens und Konzentrationsstörungen. Der Cannabisrausch ist in der Regel nach 3-5 Stunden abgeklungen.“

“Körperliche Symptome sind Rötung der Konjunktiven, Tachykardie, Störung der Feinmotorik sowie insbesondere eine Bronchitis.

Nach anhaltend regelmäßigem Konsum kann ca. 10 Stunden nach dem letzten Konsum ein mildes Entzugssyndrom u.a. mit den Symptomen Craving, Aggressivität, Schlafstörungen, Unruhe, Hyperalgesie und Dysphorie auftreten. Unter akuter stärkerer Substanzeinwirkung kann eine Intoxikationspsychose auftreten, nach chronischem höher dosiertem Konsum eine Cannabis Psychose mit schizophreniformer Symptomatik. Chronische Intoxikationszustände könne zu einem amotivalen Syndrom mit Lethargie, Passivität und Teilnahmslosigkeit führen.“

Stimulanzien:

“ Hierzu zählen die Amphetamine und amphetaminähnlichen Substanzen. Zu den Designerdrogen werden neben den „klassischen“ synthetischen Halluzinogenen LSD und DOM auch Phencyclin (Pcp,Angel´s Dust), Ketamin;phenyäthylamin wie Metamphetamin (speed) sowie „Designernarkotika und –opiate“ (MPPP, Fentanyl) gezählt. Es entsteht psychische, aber keine körperliche Abhängigkeit. Daher tritt kein

charakteristisches Abstinenzsyndrom auf, abgesehen von dem Zustand seelischer und körperlicher Ermattung („Entzugsdepression“).

“Psychische Symptome sind Unruhe, Nervosität, Enthemmung, Kritiklosigkeit, Euphorie, Ideenflucht, optische und akustische Sinnestäuschungen, paranoide Symptome und Angst. Körperlich kommt es neben der Appetitzügelung zu einem Blutdruckanstieg mit Gefahr des Herz- Kreislaufversagens. Nach langfristiger Einnahme können sich (motorische) Stereotypen und paranoide halluzinatorische Psychosen manifestieren.“

“Die Hauptgefahr des Missbrauchs liegt bei potenziellen psychiatrischen Komplikationen wie Panik-, Derealisationsstörungen, Depressivität und drogeninduzierte Psychosen.“

Halluzinogene:

“Als Halluzinogene werden Substanzen bezeichnet, die lebhaftere Wahrnehmungsstörungen unterschiedlicher Art hervorrufen. Hierzu gehört LSD, Mescaline, Psilocybin, DOM (Dimethoxymethylamphetamin) sowie Phencyclidin (PCP, Angel’s Dust), das chemisch den Amphetaminen ähnelt.“

“Es besteht eine unterschiedlich stark ausgebildete psychische Abhängigkeit, eine physische Abhängigkeit fehlt.“

“Halluzinogenrausch äußert sich in ekstatischer Gefühlsintensivierung, psychedelischen Effekten, optischen (pseudo-)Halluzinationen, Depersonalisation, Ideenflucht, starker Affektlabilität und in Omnipotenzgefühlen. Neben Wahrnehmungsverzerrungen, Verkennungen und Halluzinationen finden sich vor allem Veränderungen des Ich- Erlebens, Körpergefühls und Raum-Zeit- Erlebens.“

“Anstieg von Herzfrequenz und RR, Hyperreflexie, Mydriasis sind körperliche Symptome.“³⁶

³⁶ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 339,340,341,343,345

Erregungszustände

“Hauptcharakteristika von Erregungszuständen sind eine meist zeitlose Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, affektive Enthemmung und Kontrollverlust. Es kann zu ausgeprägter Gereiztheit und aggressiven Äußerungen bis hin zu unvermittelten Gewalttätigkeiten kommen.

Erregungszustände können im Rahmen der meisten psychischen Störungen, aber auch bei einer Vielzahl organischer Grunderkrankungen auftreten.

Die wichtigsten psychiatrischen Ursachen sind:

- Psychotische Erregungszustände (Schizophrenie, Manie)
- Demenzen
- Akute organische Psychosyndrome
- Impulskontrollstörungen
- Intoxikationen, Entzugssyndrome (Alkohol, Drogen)
- Akute Belastungsreaktion
- Persönlichkeitsstörungen³⁷

Persönlichkeitsstörungen

“Definition: Unter Persönlichkeitsstörungen werden tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster verstanden, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigt. In vielen Fällen gehen diese Störungen mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung zeigen sich deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen.“

Symptomatik und klinische Subtypen:

“ Auffälliges Verhalten tritt besonders im Bereich der Affektivität (z.B. depressive Verstimmung, des Antriebs (z.B. Verminderung von Schwung und Initiative), der Impulskontrolle (z.B. Wutanfälle), der Wahrnehmung von Situationen und Menschen,

³⁷Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 562

des Denkens (gelockertes Denken) und der Beziehungen zu anderen (z.B. erschwerte Kontaktfähigkeit) auf.“

Paranoide Persönlichkeitsstörung:

“Durchgängige und ungerechtfertigte Neigung, in verschiedensten Situationen die Handlung anderer als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren.“

“Wesentliche Merkmale sind ausgeprägtes Misstrauen, übertriebene Empfindlichkeit, rigides streitsüchtiges Beharren auf vermeintlich eigenen Rechten, Vermeidung engerer Kontakt und Neigung zur pathologischen Eifersucht.“³⁸

Affektive Störungen

“Affektive Störungen sind hauptsächlich durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität) meist zur Depression oder gehobenen Stimmung (Manie) hin charakterisiert.

- Depressionen können ein vielgestaltiges Bild zeigen, Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Hemmung von Denken und Antrieb und körperlich vegetative Störungen.
- Die Manie ist durch euphorisch gehobene Stimmungslage, Enthemmung, Selbstüberschätzung und Ideenflucht gekennzeichnet.“³⁹

Depressive Episode:

“Das klinische Bild der Depression kann vielgestaltig sein. Als Leitsymptome gelten depressive Verstimmung, Hemmung von Antrieb und Denken sowie Schlafstörungen. Das Ausmaß von Depressivität kann von leicht gedrückter Stimmung bis zum schwermütigen, scheinbar ausweglosen, versteinerten Nichts-mehr-fühlen-Können reichen. Der Antrieb ist typischerweise gehemmt, die Kranken können sich zu nichts aufraffen, sind interessens- und initiativlos und können sich nur schwer oder gar nicht

³⁸ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 355,359,360

³⁹ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 76

entscheiden. Häufig klagen sie über Angst und quälende innere Unruhe und fühlen sich hilf- und hoffnungslos. Die Hemmung von Antrieb und Psychomotorik kann sich bis zum depressiven Stupor steigern, bei dem die Kranken teilnahmslos und fast bewegungslos verharren.

Das Denken ist einerseits gehemmt, andererseits durch häufiges Grübeln geprägt. Ein praktisch obligates Symptom der Depression sind Schlafstörungen.⁴⁰

Weiters können leibliche Missempfindungen und Befindlichkeitsstörungen wie Druck- und Schweregefühl im Brust- oder Bauchraum bzw. der Extremitäten auftreten. Oder auch vegetative Symptome wie Appetitlosigkeit, Obstipation, Libidomangel. Viele Patienten fühlen sich erschöpft und energielos.⁴¹

Manie:

“Leitsymptome der Manie sind inadäquate gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken (Ideenflucht) und Selbstüberschätzung.

Weitere Symptome sind Euphorie, Hyperaktivität, Rededrang.

Fatale Folgen der Manie können vermehrte Geldausgabe, Distanzlosigkeit und Enthemmung sein.

Fatal für den Kranken ist das völlige Fehlen eines Krankheitsgefühls, was eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen erforderlich machen kann.“⁴²

⁴⁰Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 85

⁴¹Vgl.
Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 85

⁴²Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 90

Wahrnehmungsstörungen

Wahn:

“Als Wahn bezeichnet man eine unkorrigierbare falsche Beurteilung der Realität, die erfahrungsabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Die Überzeugung steht also im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen. Wahnphänomene können in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichen Inhalten auftreten.

Wahnideen gehören zu den inhaltlichen Denkstörungen.“

“Nach der Wahnentstehung werden unterschieden: Wahneinfluss, Wahnwahrnehmung, Erklärungswahn.“⁴³

Halluzinationen:

“(Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) sind „leibhaftige Trugwahrnehmungen, die nicht aus realen Wahrnehmungen durch Umbildung, sondern völlig neu entstanden sind“ (Jaspers). Sie werden also nicht durch den „äußeren“ Sinnesreiz hervorgerufen. Dennoch haben sie elementaren Charakter und werden leibhaftig empfunden. Klinisch sind Wahn und Halluzinationen im psychotischen Erleben eng miteinander verbunden: von der Realität dessen, was der Kranke in den Halluzinationen erlebt, ist er fest und unkorrigierbar überzeugt; er ist nicht auf Bestätigung angewiesen.

Halluzinationen sind auf alle Sinnesgebiete bezogen. Akustische Halluzinationen können Geräusche oder Stimmen sein. Optische Halluzinationen kommen insbesondere bei organisch begründeten Psychosen, aber auch bei Schizophrenen vor. Szenenhafter Ablauf ist typisch für das Delir.⁴⁴

⁴³Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 49

⁴⁴Rainer Tölle, Klaus Windgassen
Psychiatrie
13. Auflage Springer Verlag 2003 pg 179

Schizophrenie

“Definition: Es handelt sich wahrscheinlich um eine heterogene Gruppe von Störungen. Bei diesen Erkrankungen kommt es zum Auftreten charakteristischer, symptomatisch oft sehr vielgestaltiger psychopathologischer Querschnittsbilder mit Wahn, Halluzinationen, formalen Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen und psychomotorische Störungen. Nachweisbare körperliche Ursachen, aus denen im Einzelfall die Diagnose gestellt werden könnte, fehlen.“

Symptomatik:

“Die schizophrenen Erkrankungen bieten ein sehr buntes und heterogenes Erscheinungsbild. Über die pathognomische Wertigkeit der Erkrankung gibt es unterschiedliche Auffassungen. In der deutschsprachigen Psychiatrie sind die Lehre Bleulers von den Grundsymptomen (typische Störungen der Affektivität, formale Denkstörungen, Ich- Störungen) und den akzessorischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen, katatone Symptome) sowie die Lehre Schneiders von den Symptomen 1.Ranges (Gedanken-laut-Werden, interpretierende Stimmen, Gedankenentzug, Wahnwahrnehmung etc.) und 2.Ranges (andere Sinnestäuschungen, Wahneinfälle etc.) dominieren“⁴⁵

“ Die Beschreibung der zahlreichen Schizophreniesymptomen zeigt, dass alle psychischen Funktionen betroffen sein können. Diese Symptome treten beim einzelnen Kranken nicht sämtlich und nicht immer in starker Ausprägung auf.“

“Die verschiedenartig wirkenden Symptome konvergieren in den Störungen des Ich. Schizophrenie ist eine Erkrankung der Person insgesamt.“⁴⁶

Organische psychische Störungen

“Als organische Psychosyndrome werden psychopathologische Syndrome/ Erkrankungen bezeichnet, die durch Schädigung bzw. krankhafte Veränderungen des Gehirns hervorgerufen werden. Dabei kann die Ursache ausschließlich das

⁴⁵ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 146

⁴⁶Rainer Tölle, Klaus Windgassen
Psychiatrie
13. Auflage Springer Verlag 2003 pg 201

Gehirn betreffen oder eine systemische Erkrankung bestehen, die das Gehirn in Mitleidenschaft zieht. In jedem Fall liegt eine diagnostizierbare zerebrale Schädigung bzw. Krankheit vor. Trotz unterschiedlicher körperlicher Ursachen können gleichartige psychopathologische Syndrome entstehen.“⁴⁷

Der empirische Gehalt des Begriffs „organisch“ wird durch die Nachweisbarkeit einer körperlichen Ursache festgelegt.⁴⁸

“Das Grundlegende Merkmal der organischen Psychosynndrome ist eine Auffälligkeit des psychischen Erlebens und Verhaltens, die durch eine vorübergehende oder persistierende Funktionsstörung des Gehirn bedingt ist.“⁴⁹

Akute organische Psychosynndrome(Akute organische Störungen, akute exogene Psychose, Delir):

“Definition: Die akuten organischen Psychosynndrome beruhen auf akuten Schädigungen bzw. Veränderungen des Gehirns. Das Vollbild ist charakterisiert durch einen plötzlichen Beginn und fluktuierenden Störungen der kognitiven Fähigkeiten, der Psychomotorik und der Affektivität. Sie sind gewöhnlich reversibel, wenn die Ursache wegfällt oder erfolgreich behandelt wird.“

“Man unterscheidet akute organische Psychosynndrome

- mit Bewusstseinsänderung (Delir) oder
- ohne Bewusstseinsänderung (z.B. Halluzinationen, amnestische Zustände, affektive Durchgangssynndrome)“

Athiopathogenese:

“Die Ätiologie ist multifaktoriell. Neben einer individuellen Disposition sind verschiedene exogene Faktoren von Bedeutung. So sind z.B. Patienten mit hirnorganischen Verletzungen oder Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit besonders gefährdet, ein akutes organisches Psychosyndrom zu entwickeln. Bei Patienten mit

⁴⁷ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 176

⁴⁸Vgl.
Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 176

⁴⁹Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg177

einer früheren Episode eines organischen Psychosyndroms ist es wahrscheinlich, dass sie unter gleichen Bedingungen wieder eines entwickeln. Zu den Ursachen für das „postoperative“ akute organische Psychosyndrom gehören u.a. Stress durch den Eingriff, postoperative Schmerzen, Schlaflosigkeit, Schmerzmittel oder sonstige Medikamente, Elektrolytschwankungen, Infektionen, Fieber und Flüssigkeitsverlust.“

“Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, haben das Risiko, auf Grund einer Überdosierung ein Delir zu entwickeln.“

“Auch bestimmte nicht psychoaktive Medikamente können ein akut organisches Psychosyndrom verursachen.“

Symptomatik:

“ Akute organische Psychosyndrome setzen gewöhnlich plötzlich ein. Trotzdem gibt es häufig prodromale Symptome z.B. Unruhe tagsüber, Angst, Furchtsamkeit, Überempfindlichkeit für Licht oder Geräusche, leichte Ablenkbarkeit. Gering ausgeprägte „Durchgangssyndrome“ mit Verstimmungen subdepressiver, ängstlicher, gehobener, apathischer oder hysteriformer Färbung sind oft schwer als organische Psychosyndrome zu erkennen.

Entwickelt sich ein ausgeprägtes organisches Psychosyndrom, dann wird ein Patient zunehmend desorientiert und verwirrt. In diesem Stadium ist die zeitliche und örtliche Orientierung gestört. Die zeitliche Desorientiertheit ist häufig das erste Symptom, das bei einem milden organischen Psychosyndrom auftritt. Mit Ausnahme schwerster Fälle bleibt die Orientierung zur Person jedoch intakt, d.h. der Patient ist sich seiner Identität bewusst. Bei stärker ausgeprägten akuten Psychosyndromen nimmt die Fähigkeit zu kohärentem Denken ab, die Denkabläufe sind verlangsamt, desorganisiert und weniger konkret. Urteilsfähigkeit und Problemlösungen werden schwierig oder unmöglich.

Wenn der Patient versucht, die grundlegenden kognitiven Defizite zu kompensieren, kann es zu fehlerhafter Identifikation kommen. Wahrnehmungsstörungen sind häufige, einschließlich Illusionen und Halluzinationen. Diese können alles Sinne betreffen, sind aber am häufigsten visueller Art. Sie werden oft von einer wahnhaften Ausgestaltung der realen Erfahrung begleitet und weisen häufig emotionale und verhaltensmäßige Beziehungen zum Inhalt der Störung auf. Lebhaftige (Alb-)Träume kommen häufig vor und vermischen sich mit den Halluzinationen. Auch die Psychomotorik ist gewöhnlich gestört (z.B. lethargisch oder hyperaktiv).

Die am häufigsten auftretenden Gefühle im Rahmen ausgeprägter Psychosyndrome sind Furcht und Angst.

Häufig kommt es zu autonomer Dysregulation (z.B. Schwitzen, Erbrechen). Auch der Schlaf- Wach-Rhythmus ist meist gestört.

Die Fluktuationen der Symptomatik ist ein typischen Zeichen des akuten organischen Psychosyndroms.

Für den Zeitraum des akuten organischen Psychosyndroms besteht eine partielle Amnesie.⁵⁰

Akute organische Psychosyndrome mit Bewusstseinsstörungen (Delir):

“Alle organischen Psychosyndrome, die mit Leitsymptomen einer Bewusstseinsstörung einhergehen und bei akuten körperlichen Krankheiten auftreten, werden als Delir bezeichnet.“⁵¹

Zu den Symptomen eines Delirs zählen sowohl Situationsverknüpfung, optische Sinnestäuschungen und Veränderungen des Realitätsbezuges, als auch die Zustände verminderter und eingenger Vigilanz⁵².

“Insgesamt umfasst das Delir alle diejenigen psychoorganischen Prädispositionstypen, die bei akuten körperlichen Erkrankungen auftreten und durch das Leitsymptom Bewusstseinsstörung gekennzeichnet sind.“

“Die Bewusstseinsstörung kann mehr eine quantitative Herabsetzung der Bewusstseinsklarheit (Bewusstseinsstörung, Somnolenz, Sopor, Koma) oder eine qualitative Veränderung des Bewusstseins zum Ausdruck kommen.“

“Weiterhin kommen Wahrnehmungsstörungen mit Illusionen und Halluzinationen. Behinderungen des abstrakten Denkens mit Verwirrtheit des Gedankenganges, Veränderungen der Psychomotorik und des Schlaf- Wach-Rhythmus sowie emotionale Störungen (z.B. Angst, Reizbarkeit) vor.“⁵³

⁵⁰Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg181,182,183

⁵¹ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 183

⁵²Vgl.
Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 184

⁵³Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister

Die 4 Syndrome des schweren akuten organischen Psychosyndroms sind:

1. Bewusstseinsminderung verschiedenen Grades von Somnolenz bis Koma
2. Verwirrtheitszustand d.h. Delir ohne Halluzinationen und Wahn
3. Delir im engeren Sinn: Verwirrtheit, allgemeine Unruhe, vegetative Symptome und Halluzinationen stehen im Vordergrund
4. Dämmerzustand: Änderung des Bewusstseinszustandes⁵⁴

Akute organische Psychosyndrome ohne Bewusstseinsstörungen:

“Die Unterteilung erfolgt nach der vorrangigen Symptomatik:

- Die organische Halluzinose ist charakterisiert durch das Vorherrschen optischer, akustischer oder taktiler Halluzinationen, zum Teil verbunden mit Wahnerleben .
- Das akute amnestische Syndrom (akutes Korsakow-Syndrom) ist gekennzeichnet durch extreme Gedächtnisstörungen, die die Patienten teilweise durch Konfabulationen zu überspielen versuchen.
- Weitere Formen sind u.a. affektive (depressive oder maniforme),aspontane, paranoide und pseudoneurasthenische Psychosyndrome.

Im Verlauf einer Hirnerkrankung können diese Syndrome allmählich an Schwere zunehmen und fließend in ein akutes organisches Psychosyndrom mit Bewusstseinsstörung übergehen und umgekehrt. Sie können auch in ein chronisches psychoorganisches Syndrom übergehen.“⁵⁵

Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 184

⁵⁴Vgl.

Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4.Auflage Thieme Verlag 2009 pg.184

⁵⁵Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 185

Chronisch organische Psychosyndrome/dementielle Syndrome:

“Chronisch organische Psychosyndrome sind die Folge einer chronischen Veränderung des Gehirns. Das Demenzsyndrom ist eines der wichtigsten Prototypen der chronischen hirnorganischen Psychosyndroms. Charakteristisch ist eine objektiv nachweisbare Beeinträchtigung des Gedächtnisses (v.a. Lernfähigkeit für neue Informationen, Reproduktion von Erinnerungen) sowie ein zunehmender Verlust früherer intellektueller Fähigkeiten(v.a. abstraktes Denken, Urteilsvermögen, Konzentrationsfähigkeit). Eine Bewusstseinsstörung liegt nicht vor. Eine weitere Gruppe an Symptomen betrifft Veränderungen der Persönlichkeit (Motivation, Psychomotorik, emotionale Kontrolle, Sozialverhalten).

“Nach ICD-10 wird nur dann von Demenz gesprochen, wenn das Psychosyndrom ein solches Ausmaß hat, dass Einschränkungen in der Alltagsbewältigung vorliegen.“

“Der aus dem psychopathologischen Querschnittsbild abgeleitete Demenzbegriff ist sehr weit und umfassend. Er engt sich in verschiedenen Richtungen ein, wenn zu seiner Charakterisierung zusätzlich klinische Merkmale wie Schweregrad, Verlauf, Krankheitsdauer oder Lokalisation der zugrunde liegenden Schädigung herangezogen werden.“

“Charakteristische Störungen der Demenz sind Störungen des Gedächtnisses und der höheren intellektuellen Funktionen. Die Gedächtnisstörungen sind teilweise mitverantwortlich für räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen. Eine Bewusstseinsstörung fehlt.

“Als Folge der kognitiven Störungen kann es zudem zu Störungen der Kritik- und Urteilsfähigkeit kommen.“

“In weit fortgeschrittenen Stadien vergessen die Patienten die Namen der Angehörigen, ihren Beruf, sogar ihren eigenen Namen. Schwer demente Patienten können mutistisch werden“

“Zum Teil kommt es zu paranoiden Einbildungen und nachfolgen eventuell zu falschen Bezeichnungen, verbalen oder körperlichen Angriffen. Die Beschuldigungen können z.B. bis zum Eifersuchtswahn führen.

Neuropsychologische Störungen können auftreten. Sprachvermögen und Sprachverständnis können beeinträchtigt sein, die Sprache ist oft vage, stereotyp, unpräzise und umständlich. Als Ursache können aphasische Störungen vorliegen. Mögliche weitere Störungen sind Agnosien (z.B. Wortfindungsstörungen), Agnosien(

Nichterkennen von Gegenständen oder Personen), Apraxien (komplexe Handlungsabläufe sind nicht durchführbar), Aplexie (Lesestörungen), Agraphie (Schreibstörungen), Akalkulie (Rechenstörungen), konstruktive Apraxie.

Vermeidungsstrategien werden entwickelt, um kognitive Defizite nicht offensichtlich werden zu lassen.“⁵⁶

Weiters kann es zu Veränderungen der Persönlichkeit kommen. Häufig bestehen affektive Veränderungen und Defizite der Impulskontrolle oder sonstige Veränderungen der prämorbidem Persönlichkeitszüge.⁵⁷

“Erscheinungsbild und Verhalten des Patienten können Hinweise geben. Ein apathischer oder leerer Gesichtsausdruck, emotionale Labilität, unbeherrschte Ausdrucksart oder unangebrachte Witze sind verdächtig auf eine Demenz, insbesondere in Verbindung mit Gedächtnisstörungen.“⁵⁸

Alzheimer Demenz:

“ Es handelt sich um eine primär degenerative, zerebrale Erkrankung mit typischen neuropathischen Kennzeichen (Hirnatrophie, pathologische Fibrillenveränderungen, amyloide Plaques).“

“Die Patienten oder Angehörigen bemerken meist als erstes Symptom eine schleichend zunehmende Vergesslichkeit, die häufig zunächst noch auf das fortgeschrittene Alter zurückgeführt wird. Allmählich werden Gedächtnisstörungen und Störungen der höheren geistigen Funktionen immer deutlicher. Die Erkrankung kann außerdem zu Beginn durch ein depressives Bild geprägt sein, was die Diagnose erschwert. Dieser Zustand äußert sich in Interesselosigkeit, Antriebsstörungen und Leistungseinbußen.

Im weiteren Verlauf können alle möglichen neuropsychologischen Symptome (z.B. Sprachstörungen, Alexie, Akalkulie, Apraxie, Agnosie) und psychopathologische

⁵⁶Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 193

⁵⁷Vgl.
Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 194

⁵⁸ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 194

Symptome (z.B. depressive Bilder, Wahn, Halluzinationen, Unruhezustände, Weglauftendenzen) auftreten. In den späteren Stadien der Demenz können zudem auch neurologische Symptome auftreten.“

“Die Reaktion der Patienten ist unterschiedlich und kann von unangemessener Fröhlichkeit bis hin zur Depressivität und Suizidalität reichen.“⁵⁹

Belastungsstörungen

“Eine Belastungsstörung ist eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse, die nach Art und Ausmaß deutlich über das nach allgemeiner Lebenserfahrung zu Erwartende hinausgehen und denen aufgrund ihrer Ausprägung oder Folgen Krankheitswert zukommt. Dabei werden in der Regel die affektive Situation, die Leistungsfähigkeit und die sozialen Beziehungen beeinträchtigt.

Dabei handelt es sich um klinisch sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder. Gemeinsam ist ihnen aber allen, dass sie eine Reaktion auf bestimmte Belastungsfaktoren im psychischen oder sozialen Bereich darstellen. Je nach Art und Schwere einer Belastungssituation entwickeln auch ansonsten völlig gesunde Menschen reaktive Veränderungen im Gefühls- oder Verhaltensbereich.“⁶⁰

Posttraumatische Belastungsreaktion (Posttraumatic Stress Disorder):

“Verzögerte oder protrahierte Reaktion auf eine extreme Bedrohung. Wichtigste Symptome sind die wiederholte unausweichliche Erinnerung an das belastende Erlebnis, emotionaler oder sozialer Rückzug(mit Teilnahmslosigkeit und Verlust der Lebensfreude) sowie ein Zustand vegetativer Übererregtheit(Vigilanzsteigerung und Schreckhaftigkeit).“

“Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine tiefgreifende psychische Störung, die den betroffenen Menschen für eine Vielzahl anderer psychischen Störungen anfällig macht. Dabei treten insbesondere Alkohol- und Medikamentenmissbrauch

⁵⁹Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg201,202

⁶⁰Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 233

bzw. –abhängigkeit auf, außerdem affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen.“⁶¹

Suizidalität

“ Unter Suizid (Selbsttötung) versteht man die absichtliche Schädigung mit tödlichen Ausgang.

Unter Suizidversuch versteht man die absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel und im weiteren Sinne mit der Möglichkeit des tödlichen Ausgangs. Der Suizidversuch führt aber nicht zum Tod.

Als Parasuizid wird eine Handlung mit tödlichen Ausgang definiert, bei der sich ein Mensch absichtlich Verletzungen zufügt oder Medikamente/ Drogen außerhalb des anerkannten Dosisbereichs einnimmt.“

“Zum Bereich Suizidalität gehören im engeren traditionellen Sinn alle Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen, das eigene Leben durch Selbsttötung zu beenden.“

“Der Begriff Parasuizid geht über den Begriff Suizidversuch hinaus, da er nicht die Selbsttötungsmöglichkeit/-intention impliziert.

Diese Bezeichnung passt besser zu dem, was in der Klinik unter dem Begriff „Suizidversuch“ subsummiert wird, da bei vielen der Suizidversuch keine Selbsttötungsabsicht besteht, sondern der Wunsch nach vermehrter Zuwendung oder das Bedürfnis nach Ruhe.“

“Suizidalität ist ein multifaktoriell bedingtes Verhalten, bei dem neben Krankheitsfaktoren (z.B. Depression) auch psychosoziale Faktoren eine große Rolle spielen.

Suizidalität ist aus freier Willensentscheidung muss aus ärztlicher Sicht sehr kritisch gesehen werden, da sich dahinter oft psychopathologische Phänomene verbergen.“

“Risikofaktoren von Parasuizid und Suizid sind nicht immer identisch. Wichtige individuelle Risikofaktoren sind u.a. psychische und chronische körperlicher Erkrankungen, früherer Suizidversuch, Vereinsamung oder belastende Lebensereignisse.“

⁶¹Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 238,239

“Häufig kommt es zur Kombination verschiedener Risikofaktoren (z.B. Alter, Vereinsamung, Depression).

Psychische Erkrankungen spielen bei Suizid und Suizidversuch eine wichtige ursächliche Rolle.“⁶²

⁶²Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 384

6. Medizinische Maßnahmen

Die medizinischen Maßnahmen , die man in Krankenanstalten oder Pflegeheimen angewendet werden, sind vielfältig.

“Inhalt und Ziel der psychiatrischen Therapie sind die Besserung, Heilung und Rückfallverhütung von psychischen Störungen. Sie basiert auf 3 Säulen

1. Biologisch- somatische Therapieverfahren (v.a. Psychopharmakotherapie)
2. Psychotherapie
3. Soziotherapie

“Art und Stadium der vorliegenden psychischen Erkrankung sind ausschlaggebend dafür, ob der Behandlungsschwerpunkt bei somato-/pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen oder soziotherapeutischen Verfahren liegt.“⁶³

1. Psychopharmakotherapie

“Arzneimittel können beruhigen und Spannungen lösen (Tranquilizer, Sedativa), Angst lösen (Anxiolytika), den Schlaf fördern (Schlafmittel, Hypnotika) oder zur tiefen Bewusstlosigkeit führen (Hypnotika). Diese Arzneistoffe werden auch unter dem Sammelbegriff “Ataraktika“ (Unerschütterlichkeit) zusammengefasst.“⁶⁴

“Jede Substanz, die in die Regulation zentralvenöser Funktionen eingreift und seelische Abläufe modifiziert ist ein Psychopharmakon.

“Üblicherweise werden folgende Gruppen unterschieden:

- Tranquilizer/ Anxiolytika
- Hypnotika
- Antidepressiva
- Stimmungsstabilisierer; Phasenprophylaktika
- Neuroleptika/ Antipsychotika
- Antidementiva

⁶³Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 468

⁶⁴Thomas Herdegen
Pharmakologie und Toxikologie
2. Auflage Thieme Verlag 2010 pg 325

- Psychostimulanzien
- Entzugs- und Entwöhnungsmittel⁶⁵

Tranquilizer (Benzodiazepine)

“Unter dem Begriff Tranquillantien werden Psychopharmaka zusammengefasst, die zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen verwendet werden.“⁶⁶

“Weitاًus am häufigsten verwendet werden die Benzodiazepine.

Charakteristisch für Benzodiazepine ist eine allgemein beruhigende und dämpfende Wirkung. Im Einzelnen werden vier pharmakodynamische Eigenschaften beim Mensch therapeutisch genutzt:

- Anxiolyse (Unterdrückung von Angst, affektiver Spannung und Erregung)
- Beruhigung und Schlaffördernd
- Zentrale Muskelrelaxstion
- Antiepileptische Wirkung

Diese Eigenschaften sind prinzipiell bei allen Benzodiazepinen nachweisbar.“

“Die psychischen Indikationen ergeben sich vornehmlich aus der Anxiolyse. Ihretwegen werden Benzodiazepine bei phobischen Störungen, Panikattacken und bei der generalisierten Angststörungen verordnet.

Abgesehen von der „harten“ psychiatrischen Indikationen werden Benzodiazepine zur symptomatischen Therapie bei allen Angst-, Spannungs- und Erregungszuständen verschrieben. Eine weitere Indikation sind Schlafstörungen.“⁶⁷

Weiters werden sie in der Therapie von Epilepsien und bei Spasmen der Skelettmuskulatur eingesetzt. Sie werden auch beim Alkoholentzug und bei cerebralen Krämpfen infolge von Intoxikationen therapeutisch genutzt.⁶⁸

⁶⁵Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reih666e
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 471,472

⁶⁶Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reih666e
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 479

⁶⁷Aktories, Förstermann, Hofmann, Satrke
Allgemeine und spezielle Phamakologie und Toxikologie
9.Auflage Urban&Fischer Verlag 2005 pg 335,336

⁶⁸Aktories, Förstermann, Hofmann, Satrke
Allgemeine und spezielle Phamakologie und Toxikologie

“Die einzelnen Benzodiazepine unterscheiden sich nur relativ in Wirkprofil und Nebenwirkungen. Sie lassen sich in 3 Gruppen einteilen, deren einziges Kriterium die Wirkdauer und damit auch die Indikation ist.“⁶⁹

⁷⁰Pharmakokinetik und Wirkprofil von Benzodiazepinen

Wirkstoff (Handelsname)	Halbwertszeit HWZ (h)	Indikationen
-------------------------	-----------------------	--------------

Gruppe 1 kurz wirksam

Brotizolam	4-8	Schlafstörungen
Midazolam	2-4	Prämedik./Narkoseeinl.
Triazolam	2-8	Schlafstörungen

Gruppe 2 mittellang wirksam

Alprazolam	10-20	Anxiolyse
Bromazepam	20	Anxiolyse/Schlafstörungen
Clobazam	20	Anxiolyse/Krampfanfälle
Clonazepam	30-40	Krampfanfälle
Lormetazepam	8-15	Schlafstörungen
Oxazepam	5-2 langsamer Wirkungseintritt	Anxiolyse, Schlafstörungen
Temazepam	5-15	Schlafstörungen

Gruppe 3 lange HWZ und/oder aktive Metaboliten

Chlordiazepoxid	50-60*	Anxiolyse
Diazepam	30-70*	Anxiolyse, Sedierung,

9. Auflage Urban&Fischer Verlag 2005 pg 336

⁶⁹Thomas Herdegen

Pharmakologie und Toxikologie

2. Auflage Thieme Verlag 2010 pg 328,329

⁷⁰ Tabelle:

Krampfanfälle		
Flunitrazepam	20-30*	chron. hartnäckige Schlafstörungen, Narkoseeinl.
Flurazepam	20-100*	Schlafstörungen
Nitrazepam	20-30	Schlafstörungen
Tetrazepam	15-40	Myotonolyse

*aktiver Metabolit mit einer HWZ, die länger als die der Ausgangssubstanz ist

Nebenwirkungen von Benzodiazepinen:

- “Abhängigkeit und Entzug: Je kürzer die Wirkdauer des Benzodiazepin, desto größer ist das Risiko. Bereits nach 1 bis 2 Wochen können Patienten unter der Einnahme oder nach dem Absetzen der kurzwirksamen Benzodiazepine (wie Triazolam, Midazolam) innere Unruhe, Tremor, Aggression, Angst, Verwirrung, Desorientierung, Alpträumen sowie psychoseähnliche Störungen entwickeln. Zudem verleitet die Rebound-Insomnie den Patienten zur sofortigen Wiedereinnahme.
- Zentralnervöse und psychische Störungen: Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, aber auch paradoxe Effekte wie Euphorie, Aggression oder Enthemmung.
- Atemdepression: Benzodiazepine alleine können selbst bei suizidaler Absicht keine lebensbedrohliche Atemdepression verursachen. Dies kann jedoch passieren, wenn andere atemdepressive Substanzen wie Alkohol, Opiate eingenommen werden.
- Müdigkeit und Hangover: Benzodiazepine mit mittellanger oder Langer HWZ beeinträchtigen die Tagesvigilanz und vermindern die Konzentration mit herabgesetzter Reaktionsfähigkeit im Beruf und Verkehr.
- Sturzgefahr: Neben der Müdigkeit bzw. verminderten Aufmerksamkeit können Koordinationsstörungen (Ataxie) und der verminderte Muskeltonus zu einer erheblichen Sturzgefahr führen.
- Missbrauch: Missbrauch wird vor allem bei älteren Frauen beobachtet, dabei regelmäßig in Verbindung mit vermehrten Alkoholkonsum oder Alkoholabusus.⁷¹

⁷¹ Thomas Herdegen

Sedativa und Hypnotika:

Hypnotika:

“Jedes Arzneimittel, das Schlaf erzeugt, wird Hypnotikum genannt. Es handelt sich um keine scharf abgegrenzte Arzneimittelgruppe. Wann ein Sedativum zum Hypnotikum, ein Hypnotikum zum Sedativum oder auch zum Narkotikum wird, ist eine Frage der Dosierung.“

“Einteilung der Hypnotika in folgende Klassen:

- Benzodiazepine
- Non-Benzodiazepin- Hypnotika
- Chloralhydrat
- Melatonin

Sedativa wirken allgemein beruhigend, spannungslösend, angstlösend, schlaffördernd. Können aber auch zu tiefer Bewusstlosigkeit führen.

Allgemeine Nebenwirkungen von Schlafmitteln:

- “Störung der Schlafstruktur: Bei allen Schlafmitteln muss grundsätzlich mit Störung der Schlafstruktur gerechnet werden. Besonders Tiefschlaf- und REM- Schlafphasen werden kürzer bzw. unterdrückt.
- Zentrale Dämpfung: Durch die zentralnervöse Dämpfung kommt es zu Müdigkeit, Benommenheit, Gleichgewichtsstörungen und Einschränkungen des Konzentrationsvermögens.
- Muskelrelaxation und Fallneigung: Die Sedierung und Dämpfung sowie die Muskelrelaxation durch die zentrale Myotonolyse führen zur Gangunsicherheit.
- Paradoxe Reaktion: Bei älteren Patienten und Kindern besteht die Gefahr von Paradoxen Reaktionen wie Unruhe, u.a. Schlafwandeln.
- Vegetative und humorale Störungen: Langdauernde Einnahme kann zur Appetitsteigerung mit Übergewicht führen sowie zu Dysfunktion der Sexualhormone.“⁷²

Pharmakologie und Toxikologie
2. Auflage Thieme Verlag 2010 pg328,329
⁷² Thomas Herdegen
Pharmakologie und Toxikologie
2. Auflage Thieme Verlag 2010 pg325,326

Anridepressiva:

“Als Antidepressiva wird eine Klasse von chemisch unterschiedlichen Medikamenten bezeichnet, die vorwiegend zur Behandlung depressiven Störungen eingesetzt wird und zum Teil recht unterschiedliche Wirkprofile aufweist. Allen gemeinsam ist die stimmungsaufhellende und antriebsnormalisierende Wirkung mit der auch ein Abklingen der körperlichen Depressionssymptome einhergeht.

Antidepressiva haben beim Gesunden keinen Einfluss auf die Stimmung. Es besteht kein Abhängigkeitsrisiko.“

“In der medikamentösen Depressionsbehandlung werden derzeit folgende Klassen von Antidepressiva angewandt:

- Nicht- selektive Monoamin- Wiederaufnahmehemmer (NSMRI/TCA)
- Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- Selektive Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer (SNRI oder NARI)
- Selektive Serotonin- Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)
- Selektive Noradrenalin- Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (SNDRI)
- Monoaminoxidase- Hemmer (MAO-Hemmer)
- Melatoninagonisten
- Atypische Antidepressiva⁷³

“Antidepressiva besitzen vier Hauptwirkkomponenten:

1. Depressionslösung (Stimmunsaufhellung)
2. Psychomotorische Dämpfung oder psychomotorische Aktivierung
3. Angstlösung (Anxiolyse)
4. Antisuizidale Wirkung (bei TCA und einigen SSRI)

Stimmungsaufhellend wirken alle Substanzen. Sie unterscheiden sich aber dadurch, dass sie psychomotorisch entweder vorwiegend dämpfen oder vorwiegend aktivieren.“

“Depressive Syndrome- besonders im Rahmen unipolare depressiver oder bipolar affektiver Erkrankungen- sind das Hauptindikationsgebiet der Antidepressiva. Auch leichte Form der Depression können mit Antidepressiva behandelt werden.

⁷³ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 487,488

Sedierende Antidepressiva werden bei einem agiert-ängstlichen Syndrom eingesetzt, nicht- sedierende Antidepressiva werden bei einem gehemmt- apathischen depressiven Syndrom eingesetzt.“

“Antidepressiva sind weiter indiziert bei chronischen Schmerzen, Bulimie, Zwangs- und Angstsyndrome.“⁷⁴

Nebenwirkungen:

“Im Vordergrund steht bei den trizyklischen Antidepressiva typischerweise vegetative anticholinerge Nebenwirkungen. Unter den Kardiovaskulären Störungen ist die orthostatische Hypotonie am wichtigsten.

Serotoninselektive Antidepressiva (SSRI) können Gastrointestinale Störungen (Übelkeit, Nausea) sowie (innere) Unruhe verursachen.

Nebenwirkungen sind häufig sehr schwer von den zu Depression gehörenden Symptomen abzugrenzen (z.B. Mundtrockenheit, Obstipation). Sie treten typischerweise überwiegend in den 1. Behandlungstagen auf und klingen im Laufe der Therapie ab.“⁷⁵

Neuroleptika/Antipsychotika:

“Unter dem Begriff Neuroleptika werden Psychopharmaka zusammengefasst, die sich durch ein charakteristisches Wirkspektrum auf die Symptome psychotischer Erkrankungen auszeichnen. Ihr klinisch- therapeutischer Effekt beruht auf ihrer dämpfenden Wirkung auf psychomotorische Erregtheit, Aggressivität, affektive Spannung, psychotische Stimmungstäuschungen, psychotisches Wahndenken, katatone Verhaltensstörungen und schizophrene Ich- Störungen. Das Risiko einer Abhängigkeit besteht nicht.“⁷⁶

⁷⁴Aktories, Förstermann, Hofmann, Satrke
Allgemeine und spezielle Phamakologie und Toxikologie
9.Auflage Urban&Fischer Verlag 2005 pg328

⁷⁵Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 491,492

⁷⁶Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 496

“Wie bereits erwähnt bilden die klassische Hauptindikation der Neuroleptika psychotische Krankheitsperioden, die vor allem bei Schizophrenen vorkommen. Eine zweite Indikation sind manische Periode bei affektiven oder schizoaffektiven Erkrankungen. Weiterhin sind Neuroleptika bei hirnorganisch begründeten Psychosen indiziert. Neuroleptika können ferner bei wahnhaft- halluzinatorischer Symptomatik im Rahmen eines Alkoholentzugdelirs indiziert sein. Hierbei ist zu beachten, dass sie die Krampfschwelle senken und zum Teil starke vegetative Effekte besitzen.

Bei schweren chronischen Schmerzen werden sie zusätzlich zu Analgetika zur Wirkungsverstärkung und affektiven Distanzierung gegeben.“⁷⁷

“Neuroleptika besitzen außerdem antihistaminische, antiemetische, antiadrenerge, anticholinerge und antiserotonerge Wirkungen.“⁷⁸

Entzugs- und Entwöhnungsmittel (Antidiktiva)

“Der Einsatz von Medikamente von Entzugssymptomen und zur pharmakotherapeutischen Unterstützung der Entwöhnung umfasst folgende Substanzen:

Acamprosat:

Acamprosat ist eine Substanz, die zur medikamentös gestützten Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden kann.“

“Es kommt zu einer Abnahme des Verlangens nach Alkohol.“

⁷⁷ Aktories, Förstermann, Hofmann, Satrke
Allgemeine und spezielle Phamakologie und Toxikologie
9.Auflage Urban&Fischer Verlag 2005 pg 321

⁷⁸Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 498

Buprenorphin:

“Buprenorphin wird bei Opiatabhängigkeit eingesetzt, im Frühstadium zur Substitutionstherapie.“

Clomethiazol:

“Clomethiazol ist strukturellchemisch mit Thiamin (Vitamin B1) verwandt und besitzt sedierende, antikonvulsive und hypnotische Eigenschaften.

Primäre Indikation von Clomethiazol ist die Akutbehandlung des Delirium tremens, insbesondere des Alkoholentzugsdelirs.“

“Angesichts der Suchtgefahr sollte Clomethiazol allenfalls kurzfristig verordnet werden.“

Disulfiram:

“Disulfiram wird zur medikamentösen Alkoholentwöhnung eingesetzt.“⁷⁹

⁷⁹ Hans Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister
Psychiatrie und Psychotherapie Duale Reihe
4. Auflage Thieme Verlag 2009 pg 504,505,506

7.Zusammenfassung

Der Schutz der persönlichen Freiheit ist eines der höchsten Rechtsgüter der Rechtsordnung funktionierender Demokratie.

Jeglicher Eingriff dieses Grundrecht bedarf daher einer klaren gesetzlichen Regelung, die verfassungsmäßig abgesichert sein muss. Der "Schutz der persönlichen Freiheit" findet sich in der europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), im Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrG) und in der Charta der Grundrechte der europäischen Union.

Das Heimaufenthaltsgesetz normiert die Bedingungen unter denen eine Freiheitsbeschränkung zulässig ist.

In Krankenanstalten ist das Heimaufenthaltsgesetz an die damit verbundene rechtlich zulässige Freiheitsbeschränkung nur dann anzuwenden, wenn es Personen betrifft, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen. Nur so ist es möglich diese Menschen in bestimmten Fällen auch gegen ihren Willen in ihrer Freiheit zu beschränken um sie zu ihrem Wohle medizinisch behandeln zu können.

Das Heimaufenthaltsgesetz selbst geht im §1 HeimAufG davon aus, dass oberste Priorität die persönliche Freiheit von Menschen ist.

§ 2 HeimAufG präzisiert den Geltungsbereich des HeimAufG. Hier findet sich auch der Verweis darauf unter welchen Bedingungen dieses Gesetz in Krankenanstalten angewendet werden darf.

§ 3 HeimAufG normiert schließlich wann eine Freiheitsbeschränkung vorliegt, wann sie zulässig ist und wann dies nicht der Fall ist.

Da es sich nach diesem Gesetz zulässigen Freiheitsbeschränkung stets um eine Gratwanderung hinsichtlich medizinischer Beurteilung und rechtlicher Zulässigkeit handelt, ist den Indikationen besondere Bedeutung zu zumessen. In dieser Arbeit wird besonders auf Abhängigkeit und Suchtverhalten (Alkoholsucht, Drogensucht) und deren Folgen, Störungen und Auswirkungen im Bezug auf notwendige Freiheitsbeschränkung eingegangen. Weiters werden auch noch Erregungszustände, bipolare Störungen, Wahrnehmungsstörungen, organische psychische Störungen (mit/ ohne Bewusstseinsstörungen) und dementielle Syndrome hier im Zusammenhang mit einer möglichen Freiheitsbeschränkung behandelt.

Letztlich werden medizinische Maßnahmen wegen ihrer Bedeutung in diesem Zusammenhang erläutert und darauf auf die Psychopharmakotherapie näher eingegangen. Hierbei handelt es sich um die Therapie mit Benzodiazepinen, Antidepressiva, Antipsychotika und Entwöhnungsmitteln.