

Zusammenfassung des Referats von Hrn. Prim. Dr. Rainer Gross anlässlich der Fortbildungsveranstaltungen der NÖ Landesakademie zum Thema „Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen“ am 9. 11.2011 in St. Pölten und am 17.11.2011 in Bad Vöslau.

Medikation und/als Freiheitsbeschränkung bei HeimbewohnerInnen

A) Allgemeines zur medikamentösen Therapie älterer PatientInnen

In der Theorie sollten alle Medikamente – speziell aber Psychopharmaka – bei älteren PatientInnen besonders vorsichtig und zurückhaltend eingesetzt werden, weil ja die Medikamentenwirkung durch eine oft bereits altersgemäß verminderte Abbauleistung sowohl verlängert als auch intensiviert werden kann! (Dies gilt sowohl für Abbau durch die Leber als auch durch die Niere ⇒ verlängerte Halbwertszeiten!)

Aus diesen Gründen erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Nebenwirkungen (speziell anticholinerg¹ Nebenwirkungen und auch extrapyramidal² Symptomatik) im Vergleich zu jüngeren PatientInnen. Speziell beim Einsatz von mehreren Psychopharmaka oder aber von Psychopharmaka und gleichzeitig verabreichten Medikamenten zur Behandlung der somatischen Erkrankung des Alters sind die Interaktionen z.B. bei fünf oder mehr gleichzeitig verschriebenen Medikamenten kaum mehr wirklich abschätzbar bzw. kontrollierbar!

Nachdem aber in der Gerontologie – noch mehr in der Geronto-Psychiatrie – Multimorbidität der Regelfall ist, sehen wir leider auch medikamentöse Polypragmasie als Regelfall!³

¹ Anticholinerge NW: Sehr oft Mundtrockenheit, oft verminderte Darmmotilität, Harnverhaltung, Tachykardie, Schwitzen, Blutdruckabfall

² „Extrapyramidale“ NW: „Parkinsonoid“ (Rigor, Tremor, Akinesie), subjektiv oft quälend: Akathisie, nach Jahren oft Dyskinesien

Aufgrund der oben geschilderten vermehrten Risiken ist zwar Vorsicht bei medikamentöser Therapie im Alter durchaus geboten, allerdings sollte man sehr wohl trotzdem bei Indikation eine medikamentöse Therapie versuchen und nicht unterlassen nach dem Motto: „Das ist halt so im Alter!“ Dies gilt besonders für die Therapie der so häufigen Depression im Alter!

Das Motto daher: **Start low, go slow – but go!**

Zur Polypragmasie

Sie alle kennen die berühmten „Latten“ von gleichzeitig verschriebenen Medikamenten, die speziell bei den Angehörigen, oft aber auch beim Pflegepersonal und bei den Ärzten den Reflex auslösen: „Das kann ja nicht gesund sein...“ Meist ist eine große Anzahl von parallel verschriebenen Medikamenten, oft genug auch von parallel verschriebenen Medikamenten aus derselben Stoffklasse nicht so sehr Ausdruck von Achtlosigkeit oder therapeutischer Übereifrigkeit seitens der verschreibenden ÄrztInnen, sondern vielmehr Ausdruck einer über die Jahre gewachsenen Hilflosigkeit: Ein Medikament, das vor Jahren bei einer akuten Krise gut geholfen hat, wird einfach beibehalten (im Sinne von „Wenn’s ihm endlich besser geht, nur nicht absetzen...“). Bei der nächsten auftretenden Krise kommt dann ein neues Medikament hinzu – und bleibt ebenfalls die nächsten Jahre aufrecht. Nach mehreren Jahren sehen wir dann ein Wachstum der Medikamentenliste im Sinne von „medikamentösen Jahresringen“ wie bei den Bäumen – und eine sehr große Vorsicht bezüglich Reduktion, Absetzversuch etc. Vor allem deshalb, weil ja nun niemand mehr wissen kann, welches z.B. von drei verschiedenen Neuroleptika/Antipsychotika das Wirksame ist bzw. ob Patient noch gleichzeitig ein Dominal und ein Xanor braucht bzw. wie sich das alles mit den Medikamenten gegen Diabetes, Hypertonie etc. verträgt...

Dies alles noch dadurch erschwert, dass:

- A) die verschreibenden Ärzte oft wenig bis keinen Kontakt miteinander haben bzw. pflegen (evtl. auch nicht die beiden „parallel behandelnden“ praktischen Ärzte im Heim) und
- B) viele Patienten zwar jahrelang zahlreiche Psychopharmaka einnehmen, jedoch seit Jahren bis schlimmstenfalls Jahrzehnten keinen Facharzt für Psychiatrie mehr gesehen haben!

Nur Zyniker könnten einwenden, dass dies für sehr viele jüngere PatientInnen im ambulanten Bereich genauso gilt... Bekanntlich werden ja mehr als 90 Prozent aller Psychopharmaka in Österreich von nicht-psychiatrischen Ärzten verschrieben! Nach einer schon älteren Studie aus 2001 erhalten mehr als 60 Prozent der BewohnerInnen von Pflegeheimen Psychopharmaka, allerdings werden nur 11 Prozent der Pflegeheim-BewohnerInnen regelmäßig von psychiatrischen FachärztInnen betreut.

Schon die bisher geschilderten Schwierigkeiten bezüglich medikamentöser Therapie der HeimbewohnerInnen machen die Aufgabe schwer genug. Nun aber kommt durch das Heimaufenthaltsgesetz noch die „juristische Ebene“ hinzu: Dies hat nach Inkrafttreten des Gesetzes bei vielen Pflegepersonen, aber auch ÄrztInnen im Heimbereich zu der Überzeugung geführt, dass sie jetzt „überhaupt nicht mehr medikamentös sedieren“ dürfen, jedoch auch sonst keine Beschränkungen mehr durchführen dürften – wie solle das alles gehen?

Durch die Informationsarbeit der HeimbewohnervertreterInnen wissen jetzt wahrscheinlich schon alle, dass

- A) Freiheitsbeschränkungen sehr wohl weiterhin möglich und erlaubt sind – sie müssen allerdings als solche gemeldet werden und anschließend erfolgt eine Überprüfung durch den Heimbewohner-Vertreter oder es wird aber im Rahmen einer Tagsatzung vom Gericht über die Zulässigkeit entschieden!
- B) die Frage, inwieweit die Gabe eines Medikamentes eine Freiheitsbeschränkung darstellt, im Wesentlichen immer eine Einzelfall-Entscheidung darstellen wird: In den allermeisten Fällen aber wird entscheidend sein, wie weit Pflegepersonal und ÄrztInnen fähig und bereit sind, die Gründe für diese Medikation so darzulegen und zu dokumentieren, dass auch medizinische Laien sie nachvollziehen können!

Dabei wird immer auch mitentscheidend sein, was das primäre Therapieziel ist, das durch die Medikation erreicht werden soll und was demgegenüber als „schlimmstenfalls unvermeidliche oder in Kauf zu nehmende“ Nebenwirkung zu betrachten wäre. Dies alles wird natürlich dann noch viel schwerer zu beurteilen, wenn

mit den Bewohnerinnen/PatientInnen kein Gespräch auf Realitätsebene bezüglich ihrer Symptomatik und auch ihres Leidensdruckes mehr möglich ist.

Komplizierend kommt hinzu, dass speziell im geronto-psychiatrischen Bereich sehr oft nur Symptome behandelt werden können – noch ohne sicheres Wissen um ihre Ätiologie! (Beispiel: Depressiv-ängstliches Zustandsbild bei ...??)

Die häufigsten F-Diagnosen im Heimbereich:

Demenz F00 – F03

Blaude Demenz

Demenz + BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

Depression im Alter F3

Inklusive Depression bei beginnender Demenz oder aber Depression + Demenz

[DD oft schwierig]

Depression + Angstsymptomatik

Psychotische Symptomatik (insbesondere mit wahnhaft-paranoidem Erleben und/oder Halluzinationen) F 06 bzw. F2

Delir/Verwirrtheitszustand F05

Potentiell sedierende Medikamenten-Gruppen

1. „Klassische“ bzw. „typische“ Neuroleptika/Antipsychotika
 - A) „hochpotent“
 - B) „niedrig potent“
2. Neue bzw. „atypische“ Neuroleptika/Antipsychotika
3. Antidepressiva
4. Tranquilizer/Benzodiazepine

Was würden wir uns wünschen?

Prinzipiell vor allem mehr Zeit, d. h. praktisch: Mehr Personal!

Dies wird es natürlich in absehbarer Zeit aufgrund des bekannten Kostendrucks nicht geben (trotz der Lippenbekenntnisse von PolitikerInnen speziell vor den Wahlen und speziell vor älterem Publikum...).

Trotzdem würde ich dringend empfehlen, mehr Zeit für den interprofessionellen Austausch z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen zu verwenden (Heimärztin + Pflegepersonal + evtl. auch Verwaltungsdirektion).

Gemeinsam ist es sicher leichter, zu neuen und evtl. erfolgreicheren Strategien im Umgang mit einem Patienten und einer für diesen leidvollen – aber auch im Tagesablauf störenden – Symptomatik zu kommen: Idealerweise könnten auch Vereinbarungen bzw. Therapieziele schriftlich niedergelegt werden – inklusive Vereinbarungen, wann der Erfolg kontrolliert wird bzw. worin die überhaupt Erfolgskriterien bestehen sollten!

In manchen Fällen kann es auch sicher hilfreich sein, die lokal zuständige sozialpsychiatrische Ambulanz „konsiliariter“ anzurufen – in Einzelfällen auch Patienten evtl. dort vorzustellen! (Diese Aussage im vollen Bewusstsein, dass meine KollegInnen an den Fachabteilungen mich dafür nicht lieben werden – auch nicht die KollegInnen an der eigenen Abteilung...) Leider gibt es ja außerhalb von Mauer-Öhling keine geronto-psychiatrischen Abteilungen mehr [auch dort offiziell „LPH“ und nicht mehr Spitalsabteilung ⇒ daher billiger!]. Sehr wohl aber gibt es zunehmend geronto-psychiatrische PatientInnen, die wir nun im Rahmen unserer ohnehin bettenmäßig sehr spärlich bemessenen Allgemein-Psychiatrien behandeln müssen – und dementsprechend oft auch sehr schnell wieder ins Heim zurückschicken müssen. (Über die Unterschiede im Verhalten vieler BewohnerInnen/PatientInnen im Heim und an der Spitalsabteilung später gerne mehr.)

Insgesamt bleibt die Dokumentation bezüglich Indikation von Psychopharmaka bei HeimbewohnerInnen im Umgang mit HeimbewohnervertreterInnen und Gericht sicher zentral: Im schlimmsten Fall wird eine Medikamentengabe in einem sehr um seine BewohnerInnen bemühten Heim ohne adäquate Dokumentation bei der Tagsatzung seitens Gericht wohl eher als unzulässig beurteilt werden als umgekehrt eine Medikamentengabe in einem um seine BewohnerInnen nicht so engagierten Heim, das aber jegliche Medikation und ihre Notwendigkeit sorgfältigst dokumentiert hat!

Noch ein Stichwort zum „Bewusstsein“ unsererseits bezüglich Freiheitseinschränkung:

Die allermeisten von uns werden sich für den Fall, dass die eigenen Eltern oder später wir selbst der Pflege in einem Heim bedürfen, wahrscheinlich wünschen, nicht übermäßig bzw. ohne ausreichende Indikation in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt zu werden. Dies scheint völlig klar – entspricht unserem Bewusstsein als auf unsere Rechte bedachte Staatsbürger.

Demgegenüber aber steht unsere Erfahrung im pflegerischen bzw. ärztlichen Alltag, dass es „ohne Sedierung oft nicht geht“. Dabei müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass der Vertrauensvorschuss⁴, den helfende Berufe wie Ärzte oder Krankenpflege früher ungefragt von Patienten und Angehörigen erhalten haben, deutlich gesunken ist: Wir müssen zumindestens fähig und bereit sein, die Gründe unseres Handelns unseren PatientInnen, deren Angehörigen – und eben auch den oft ungeliebten „Kontrolloren“ gegenüber zu erläutern. (Dies bedeutet auch, dass die Versicherung, dass doch alles nur zum Wohle des Patienten stattfindet, nicht mehr ausreichend sein wird!)

Die Priorität der Rechtsgüter hat sich eindeutig geändert von „Salus suprema lex“ (also der Gesundheit als oberstem zu schützendem Rechtsgut) zu „Voluntas suprema lex“ (also den persönlichen Freiheiten des Patienten als höchstem Rechtsgut – inklusive seiner Bewegungsfreiheit).

⁴ Früher gestanden Juristen den helfenden Berufen in ihrer Beziehung zu den PatientInnen ein „besonderes Gewaltverhältnis“ zu in etwa analog der Rolle von Eltern gegenüber ihren Kindern...

Übersicht der Medikamentenwirkungen

| | Neuroleptika „hochpotente“ alte NL | Neuroleptika „niedrigpotente“ alte NL | Neuroleptika neue „atypische“ NL | Antidepressiva | Tranquilizer |
|----------------------------------|--|---|---|----------------|--------------|
| anxiolytisch = angstlösend | (x) | x | (x) | x | xx |
| sedierend bis schlafanstoßend | x | xx | (x) ? | (x) | xx |
| „anti- psychotisch“ | xx | (x) | xx | ∅ | ∅ |
| stimmungs- aufhellend | ∅ | (x) | (x) | xx | ∅ |
| Sucht-Gefahr | ∅ | ∅ | ∅ | ∅ | xx |

Heimbewohner-VertreterInnen werden oft nachfragen bei:

1. Benzodiazepinmedikation über mehrere Monate ohne Versuch der Dosis-Reduktion
2. Langzeit-Therapie mit „klassischen“ Neuroleptika (wie Haldol, Cisordinol, Fluanxol etc. – speziell bei Verabreichung in Depot-Form)
3. Langzeit-Medikation mit niedrig potenten „klassischen“ Neuroleptika (wie Dominal, Truxal, Nozinan, Buronil – speziell tagsüber ohne eindeutig nachvollziehbare Indikation)
4. Medikation mit zwei (oder noch mehr) Neuroleptika gleichzeitig
5. „Chronische“ Bedarfsmedikation (die de facto fast jede Nacht verabreicht wird)

In all diesen Fällen sollte die medizinische Indikation für diese Medikation (und auch für ihre Dauer bzw. die Dosishöhe) in der Dokumentation vorliegen – und zumindest alle paar Monate „evaluiert“ werden!

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

Oder: Der Alltag im LPH...

Alle im Geronto-Bereich Tätigen wissen, dass weniger das Ausmaß der kognitiven Defizite als vielmehr das Ausmaß von BPSD-Symptomatik primär darüber entscheidet, wie lange ältere PatientInnen daheim gepflegt werden können bzw. ab wann sie „heimpflichtig“ werden.

Das Klientel der Heime hat sich ja in den letzten 30 Jahren massiv dahingehend verändert, dass die früher doch zahlreichen nicht dementen (bzw. kaum dementen) und körperlich noch einigermaßen gesunden bzw. bewegungsfähigen PatientInnen deutlich weniger wurden – weil diese nunmehr in großem Ausmaß noch daheim gepflegt werden können bzw. sich tlw. mit 24-Stunden-Pflege selbst versorgen (lassen) können.

Demgegenüber sind die „typischen“ HeimbewohnerInnen jetzt in viel höherem Ausmaß sowohl körperlich krank (meist multimorbid) als auch dement inklusive BPSD! Dementsprechend der pflegerische und betreuende Aufwand massiv erhöht – bei weniger massiv erhöhtem Personalschlüssel!

Das Konstrukt BPSD ist prinzipiell so weit gefasst, dass jegliche Symptomatik im Rahmen einer Demenz (abgesehen eben von den kognitiven Symptomen) darunter subsumiert werden kann: Dies gilt für psychotische Symptomatik, delirant-agitierte Zustandsbilder, Impuls- und Affektdurchbrüche (inklusive oder exklusive tätlicher Aggression) ebenso wie für depressive Symptomatik, Angstsymptomatik, Schlafstörung!

Logischerweise sagt dann die „Diagnose“ BPSD noch nichts über eine sinnvolle Medikation aus! Behandelt werden eben (sinnvollerweise) die jeweiligen aktuellen Symptome – und diese können z.B. sowohl massive Antriebssteigerung als auch Antriebshemmung bedeuten, ebenso massive Schlafstörung als auch das Gegenteil!

Sie bemerken bereits: Es macht für die allfällige Einschätzung einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung einen Unterschied, ob die Diagnose lautet „Altersdemenz inklusive Schlafstörung und Angstsymptomatik“ oder aber „BPSD“!

Unabhängig von der Diagnose ist immer zu unterscheiden zwischen kurzfristigen und längerfristigen therapeutischen Maßnahmen. (Dies gilt für eine allfällig nötige Fixierung ebenso wie für Medikation – ist aber vielen MitarbeiterInnen bezüglich Medikation nicht ständig im Bewusstsein!)

Ausgehend von dieser prinzipiellen Unterscheidung muss man leider feststellen, dass die meisten kurzfristig durchaus wirksamen Medikamente (z.B. gegen Aggressionsdurchbrüche, aber auch gegen Unruhe, Angst und Schlaflosigkeit) nicht einfach als Langzeitmedikation „weiter verordnet“ werden können, dass es aber leider so gut wie kein wirksames Medikament gibt, das längerfristig ohne häufige bzw. fast durchschnittlich zu erwartende Nebenwirkungen gegeben werden kann!

Dementsprechend ist die konkrete Medikation nur nach individueller Symptomatik und ebenso individueller „Kosten-Nutzen-Abwägung“ zu verschreiben – und vor allem in ihrem Verlauf zu beobachten! Entscheidende Frage dabei: Ist dieses Medikament in dieser Dosierung wirklich (immer noch) das „gelindeste Mittel“ sowohl zur Linderung der Symptomatik als auch zur „Gefahrenabwehr“?

Je weniger ein Gespräch auf Realitätsebene mit den betroffenen HeimbewohnerInnen möglich ist, desto wichtiger wird eine Einschätzung des durch die Symptomatik verursachten Leidensdrucks seitens Personal (die natürlich immer nur eine sowohl durch Erfahrung als auch durch Empathie geleitete Annahme sein kann – mag sie nun vom Pflegepersonal, vom praktischen Arzt oder vom Facharzt für Psychiatrie stammen!)

Daher gibt es leider kein „Allheilmittel“ gegen BPSD-Symptomatik bzw. kein sowohl hoch wirksames als auch praktisch nebenwirkungsfreies Medikament! (Dies gilt leider auch für die vor einigen Jahren so massiv dafür beworbenen atypischen Neuroleptika – Risperdal z.B. ist für diese Indikation zugelassen und sicher auch ziemlich gut wirksam, allerdings meist erst nach einigen Wochen und mit individuell sehr unterschiedlichem Ausmaß an Sedierung von massiver Sedierung bis zur Antriebssteigerung...)

BPSD: Symptome und Therapiemöglichkeiten

| | Benzodiazepine = Tranquilizer | Niedrigpotente Neuroleptika | Risperdal (Zyprexa, Seroquel) | SSRI (z.B. Ciprelex, Sertralin) | Trazodon |
|--|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| Psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen) | | | x | | |
| Delirant-Agitiertes ZB | | | x | | |
| Wutausbrüche <u>ohne</u> Gewalt akut | x | ? | | | |
| Langzeit | | | x | | |
| Wutausbrüche <u>mit</u> Gewalt akut | x | x | | | |
| Langzeit | | | x | | |
| Depressive Symptome | | | | x | |
| Angst akut | x | | | | |
| Dauer/Langzeit | | | | x | |
| Schlafstörung <u>ohne</u> <u>Agitation</u> akut | x | | | | |
| Langzeit | ? | x | | | x |
| Schlaflosigkeit <u>mit</u> <u>Agitation</u> akut | | x | | | |
| Langzeit | | | x | | |

Wann stellt eine Medikation eine Freiheitsbeschränkung dar?

Abgesehen von gar nicht so wenigen „somatischen“ Medikamenten, die eine deutliche Beruhigung bis Sedierung hervorrufen können (z.B. Betablocker in höherer Dosierung), sprechen wir in diesem Zusammenhang meist von Psychopharmaka:

Von den Psychopharmaka-Stoffgruppen wiederum sind einige im Geronto-Bereich häufig verabreichte Medikamente eindeutig nicht sedierend, daher nicht bewegungseinschränkend, stellen daher keine Freiheitseinschränkung dar! (Vor allem „Antidementiva“, in den allermeisten Fällen auch Phasenprophylaktika bzw. Antiepileptika wie z.B. Quilonorm, Tegretol, Neurotop, Trileptal, Convulex, Depakine, Lamictal, Topamax und Lyrica.)

Die Frage der Freiheitsbeschränkung stellt sich im Wesentlichen für folgende Stoffgruppen:

- A) Neuroleptika
- B) Antidepressiva
- C) Tranquilizer

A) Neuroleptika

Bekanntlich Unterschied zwischen typischen (alten bzw. „klassischen“) Neuroleptika und atypischen (neuen) Neuroleptika, bei den typischen wiederum Unterschied zwischen hoch und niedrig potenten NL. „Hochpotente“ Neuroleptika bzw. atypische Neuroleptika werden (allerdings keinesfalls ausschließlich) eingesetzt zur Behandlung von psychotischen Zustandsbildern inklusive „produktiver Symptomatik“ wie Wahnideen und/oder Halluzinationen. Wenn es also primär darum geht, diese „Plus-Symptomatik“ der Wahnideen oder Halluzinationen zu behandeln, kann man eine gleichzeitig eintretende Sedierung als Nebenwirkung akzeptieren – wenn zumindest der Hauptzweck erreicht wird!

Dies kann man aber sicher nicht bei Verabreichung „niedrigpotenter“ alter Neuroleptika (wie Truxal, Dominal, Buronil etc.) argumentieren, weil bei deren Wirkung die Sedierung im Vordergrund steht, die „antiproduktive“ Wirkung hingegen

nur schwach ausgeprägt ist. Allerdings stellt sich die Frage der medikamentösen Alternative ⇒ auch Tranquilizer hier nicht prinzipiell zu empfehlen.

Atypische/neue Neuroleptika:

Als erstes Medikament zugelassen „zur Behandlung von BPSD“ wurde Risperdal, wobei von den ÄrztInnen in den ersten Jahren des Gebrauchs oft beklagt wurde, dass es eben keine sedierende Wirkung habe! (Allerdings dahingehend sehr unterschiedliche Berichte – große individuelle Unterschiede.)

So gut wie keine Sedierung durch Abilify und Solian, doch spürbare Sedierung durch Zeldox, Zyprexa und (speziell) Seroquel. [Seroquel wiederum wegen mangelnder extrapyramidaler Nebenwirkungen als einziges Medikament geeignet bei gleichzeitigem Auftreten von Parkinson-Symptomatik und psychotischer Symptomatik!]

Leponex wirkt ebenfalls deutlich sedierend, ist aber als Atypikum nur ein „letzter Ausweg“ (wegen der seltenen, aber lebensgefährlichen Nebenwirkung der Agranulozytose!)

B) Antidepressiva

Hier kennen wir sowohl antriebsneutrale, antriebssteigernde, aber auch sedierende Antidepressiva. Bei den neutralen bis antriebssteigernden SSRI, SNRI und NARI wird man nicht von einer freiheitsbeschränkenden Wirkung ausgehen. (Dies gilt für Floxyfral, Seropram, Seroxat, Gladem, Ciprallex, Efectin, Cymbalta und Edronax sowie die diversen Generika.)

Sehr wohl potentiell sedierend und im Geronto-Bereich häufig verwendet Mirtazapin (Remeron, Mirtabene etc.) sowie Trazodon (Trittico): Hier muss sorgfältig abgewogen werden, wie weit die (hoffentlich erfolgreiche) Behandlung der Grunderkrankung von Depression, Angsterkrankung (oder auch Angst + Depression in gemischter Symptomatik) die (unterschiedlich stark ausgeprägte) Nebenwirkung der Sedierung aufwiegt bzw. im Nutzen überwiegt!

C) Tranquilizer

Alle Tranquilizer wirken auch sedierend (daneben vor allem angstlösend, affekt-distanzierend und muskelrelaxierend). Dementsprechend kann man bei einer Akut-Behandlung von Angstatacken, Panikattacken etc. davon ausgehen, dass hier primär die Grunderkrankung (Angsterkrankung) behandelt wird und die Sedierung eine zur Behandlung dieser Grunderkrankung oft fast gewünschte Nebenwirkung darstellt! Dementsprechend würde nach meiner Einschätzung nicht primär eine medikamentöse Freiheitseinschränkung vorliegen.

Einschränkung:

Dies alles ist viel leichter zu entscheiden bzw. die Diagnose „Angsterkrankung“ verlässlicher zu stellen, wenn die Betroffenen ihrer Angst auch verbal Ausdruck geben können!

Wenn umgekehrt aber über längere Zeiträume und speziell auch tagsüber Tranquilizer im Regelfall verschrieben werden, sollte man die Frage der medikamentösen Freiheitseinschränkung sehr wohl ernstlich prüfen! (Speziell bei Tranquilizern auch extrem große individuelle Wirkungsunterschiede und auch eine sehr deutliche Dosis-/Wirkungs-Kurve bezüglich Sedierung!)

Entscheidender Passus des Gesetzes (für alle Medikamente):

Wenn ein Medikament primär/unmittelbar „zum Zweck der Bewegungsdämpfung“ verordnet wird (bei Symptomen einer psychischen Erkrankung mit Bewegungsüberschuss), dann liegt eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor!

⇒ Siehe die vielfältigen Symptome bei BPSD (Agitiertheit, Aggressionsdurchbruch, motorische Unruhe, frontale Enthemmung etc. etc.)

Im Gegensatz dazu allerdings liegt keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, wenn bei Behandlung einer psychischen Grunderkrankung wie z. B. Depression, Angststörung oder produktive Psychose die Dämpfung bzw. Bewegungseinschränkung eine „unvermeidliche bewegungsdämpfende Nebenwirkung“ darstellt!

Trotz aller Bemühungen werden weder Sie im Heimbereich noch wir in der Psychiatrie in Zukunft ohne jegliche Beschränkungen auskommen. Es bleibt ein Spannungsbereich zwischen Anspruch und Wirklichkeit, den ich abschließend in zwei Kernsätzen zusammenfassen möchte – vielleicht auch als Basis für die Diskussion:

Kein Pflegeheim wird in Zukunft bei allen BewohnerInnen durchgehend ohne jegliche Beschränkung auskommen können!

Jedes Pflegeheim sollte bei allen BewohnerInnen immer versuchen, ohne Beschränkungen auszukommen!

Dr. Rainer Gross