

Heimaufenthaltsgesetz

Erläuterungen zur
medikamentösen
Freiheitsbeschränkung

Manual (Stand 2011)



NÖ Landesverein für **Sachwalterschaft
und Bewohnervertretung**



VertretungsNetz



Häuser
zum
Leben
StadtWien



REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ

Der Schutz der Persönlichkeitsrechte und die Rechtsfürsorge für Menschen mit psychischer Erkrankung oder intellektueller Beeinträchtigung, die typischerweise in ihrer Handlungsfähigkeit und Autonomie mitunter stark beeinträchtigt sind, sind dem österreichischen Gesetzgeber ein wesentliches Anliegen. Das Recht auf Freiheit und Sicherheit für jedermann wird gleichermaßen auf nationaler wie europäischer Ebene durch Verfassungsgesetze gewährleistet. Beschränkungen der persönlichen Freiheit unterliegen als besonders intensive Eingriffe in die menschliche Selbstbestimmung einem mehrschichtigen grundrechtlichen Kontrollregime.

Mit dem Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes am 1. Juli 2005 wurde erstmals der Schutz der persönlichen Freiheit von Menschen mit psychischer Erkrankung oder intellektueller Beeinträchtigung während des Aufenthalts in Pflegeheimen, Krankenanstalten, Behinderteneinrichtungen und anderen vergleichbaren Betreuungsstrukturen geregelt und ein jahrzehntelang bestehender rechtsfreier Raum beseitigt. Ärzte und Pflegepersonen, die in der Vergangenheit die persönliche Bewegungsfreiheit von Patienten zur Abwehr einer Selbst- oder Fremdgefährdung beschränkt haben, bewegten sich oftmals im „juristischen Niemandsland“¹ zwischen strafbarer Freiheitsentziehung und der Erfüllung ihrer Sorgfaltspflichten. Das Heimaufenthaltsgesetz schließt diese Rechtsschutzlücke, indem es genau festlegt, unter welchen Voraussetzungen in die persönliche Freiheit von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen zulässigerweise eingegriffen werden darf.

Eine Freiheitsbeschränkung liegt immer dann vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln oder durch deren Androhung unterbunden wird. Als physische Mittel, die im Inneren des Körpers wirken und daher eine besonders hohe Eingriffsintensität besitzen, werden fallweise auch pharmazeutische Präparate zur Unterbindung einer Ortsveränderung verabreicht. Die pharmakologische Beeinflussung des Bewegungsdranges (bzw. der entsprechenden Willensbildung) etwa durch sedierende Medikamente ist nur dann als physisches Mittel zur Freiheitsbeschränkung zu werten, wenn die Behandlung auch die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt, nicht aber, wenn die Dämpfung des Bewegungsdranges nur eine unvermeidliche Nebenwirkung bei der Verfolgung eines anderen therapeutischen Zieles darstellt.

Die Abgrenzungsfrage, ob eine medikamentöse Therapie intentional auch auf die Unterbindung des Bewegungsdranges gerichtet ist, oder ob sie nur eine unvermeidliche Nebenwirkung in Verfolgung eines anderen therapeutischen Zweckes darstellt, ist ihrer Natur nach eine Rechtsfrage, die von wesentlicher Bedeutung für die Anwendbarkeit des Heimaufenthaltsgesetzes ist.

Mit dem vorliegenden Manual wird versucht, zu einer Klärung dieser Rechtsfrage unter Einbindung aller betroffenen Berufsgruppen sowie des Bundesministeriums für Justiz und unter Berücksichtigung der Lehre und Rechtsprechung zum Heimaufenthaltsgesetz beizutragen. Die im Manual behandelten Abgrenzungsfragen und die Auslegung einschlägiger Normen des Heimaufenthaltsgesetzes sowie die Interpretation der Entscheidungen der Rechtsmittelgerichte erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie unterliegen auch dem Vorbehalt, dass damit der **unabhängigen Rechtsprechung in keiner Weise vorgegriffen werden soll**.

¹ Hochgerner, geriatric praxis österreich 2000/1, 8.

Das Manual soll den in Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie Krankenanstalten tätigen Ärzten, dem Pflegepersonal sowie den Bewohnervertretern eine Orientierung sein. Es soll ein grundsätzliches Verständnis dafür vermitteln, wann eine medikamentöse Therapie als freiheitsbeschränkende Maßnahme zu qualifizieren ist und daher dem Rechtsschutzregime des Heimaufenthaltsgesetzes unterliegt. Eine endgültige Klärung aller noch offenen Zweifelsfragen zu dieser Rechtsfrage können letztendlich nur die unabhängigen Gerichte herbeiführen, auch wenn das Heimaufenthaltsgesetz selbst, seine Materialien, die Judikatur und das bereits publizierte Schrifttum wichtige Hinweise geben.

Obwohl versucht wurde, den aktuellen Stand der Wissenschaft und der täglichen Praxis wiederzugeben, können angesichts der laufenden Fortentwicklung des Heimaufenthaltsgesetzes durch die (höchstgerichtliche) Judikatur einzelne Aspekte dieses Papiers mittel- und langfristig überholt sein. Deshalb ist eine regelmäßige Evaluierung und Neuauflage geplant.

Die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Menschen werden im Heimaufenthaltsgesetz zwar als „Bewohner“ bezeichnet. Das Manual verwendet im Hinblick auf die medizinischen Aspekte dennoch auch den Begriff „Patient“.

Wir hoffen sehr, dass dieses Manual allen beteiligten Personen bei der in der täglichen Praxis schwierigen Entscheidung, ob eine medikamentöse Behandlung über den therapeutischen Zweck hinaus auch als medikamentöse Freiheitsbeschränkung zu qualifizieren ist, eine wertvolle Hilfestellung leistet und würden uns über Ihre Rückmeldungen freuen.

In diesem Sinne zeichnen

(Vorsitz) Mag. Dr. Christian Bürger (NÖLV)
Mag. Andreas Gschaider (VertretungsNetz)
Mag. Nikolaus Herdega, MSc (ÄKOÖ)
Dr. Peter Janoch (Facharzt für Psychiatrie)
Mag^a. Susanne Jaquemar (VertretungsNetz)
Martin König, MBA (Lebensweltheim)
Dr. Klaus Kraushofer (Wr. KAV)
Dr. Michael Lang (ÖÄK)
Mag^a. Silvia Moser, MSc (NÖLV)
Drⁱⁿ. Karin Mosser (Wr. KAV)
Drⁱⁿ. Irene Müller (VertretungsNetz)
DSA Ingrid Nagode (NÖLV)
Mag^a. Rosalinde Pimon (VertretungsNetz)
Dr. Karl Tanzmeister (Kuratorium Wr. Pensionisten-Wohnhäuser)
Drⁱⁿ. Renate Wagner-Kreimer (ÖÄK)
Dr. Johannes Walli (Facharzt für Psychiatrie)
Mag. Johannes Wallner (Lebensweltheim)
Mag^a. Sylvia Weber (VertretungsNetz)
Dr. Kurt Weisser (Arzt für Allgemeinmedizin)
DGKP Lukas Wenzl, MBA (Land OÖ)
DGKS Sabine Wimmer (ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Ziele

3. Begriff der <medikamentösen Freiheitsbeschränkung>

4. Intentionalität der medikamentösen Therapie

5. Unterscheidung nach Substanzklassen

5.1 Opioide/Analgetika

5.2 Narkotika

5.3 Antidementiva

5.4 Antidepressiva

5.5 Non-Psychopharmaka und Off-Label-Use

5.6 Antipsychotika/Neuroleptika

5.7 Benzodiazepine

5.7.1 Behandlung von BPSD mit Benzodiazepinen und Antipsychotika

5.7.2 Benzodiazepine als medizinisch indizierte Einzelfallmedikation

5.8 Hypnotika

6. Anhang: Kurzfassung

Alle in diesem Manual zur besseren Lesbarkeit verwendeten geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen gelten für Frauen und Männer gleichermaßen.

1. Einleitung

Das Heimaufenthaltsgesetz (im folgenden HeimAufG) bestimmt in seinem § 3 (1), dass eine Freiheitsbeschränkung unter anderem dann vorliegt, wenn eine Ortsveränderung einer Patientin durch „medikamentöse Maßnahmen“ unterbunden wird. Das Gesetz definiert aber nicht näher, was unter einer „medikamentösen Maßnahme“ zu verstehen ist. Wenngleich die Erläuterungen in der Regierungsvorlage sowie das publizierte Schrifttum wesentliche Interpretationsquellen darstellen, liegt es letztendlich bei den Gerichten, diesen unbestimmten Gesetzesbegriff auszulegen und für dessen rechtskonforme Anwendbarkeit durch die in der Praxis tätigen Mediziner konkrete Anhaltspunkte zu nennen. Der Oberste Gerichtshof hat sich bislang in vier Entscheidungen mit dieser Thematik auseinander gesetzt.²

Nach wie vor bestehen dennoch erhebliche Rechtsunsicherheiten im Umgang mit medikamentösen Freiheitsbeschränkungen sowie Auffassungsunterschiede in der Interpretation dieses Begriffes durch die verschiedenen mit dem HeimAufG befassten Berufsgruppen, wie insbesondere der anordnungsbefugten Ärzteschaft sowie der Bewohnervertretung. Sie sind der Anlass für die über die bisherige Rechtsprechung hinausgehende und vom Willen aller Beteiligten getragene Stellungnahme, die sich am Rechtsschutz der Patienten sowie der Rechtssicherheit von Ärzten und Bewohnervertretern orientiert.

Das HeimAufG regelt, wann Eingriffe in das Freiheitsrecht unter genau umschriebenen Voraussetzungen als letztes Mittel zulässig sind. „Es ist nicht Sinn des Gesetzes, notwendige Freiheitsbeschränkungen zum Schutz der betroffenen Bewohner oder Dritter zu verhindern.“³

2. Ziele

Das vorliegende Manual befasst sich ausschließlich mit der für die Anwendbarkeit des Heimaufenthaltsgesetzes primär rechtsrelevanten Fragestellung

„WANN ist die Verabreichung von Medikamenten als medikamentöse Freiheitsbeschränkung im Sinn des § 3 (1) HeimAufG zu qualifizieren und an die Bewohnervertretung zu melden?“

Eine Beantwortung dieser Rechtsfrage im Lichte der Entscheidungen der höchstgerichtlichen Judikatur erfordert neben einem hohen Rechtsverständnis auch umfangreiches medizinisches Wissen über psychische Erkrankungen und deren Symptome, die Wirkungsweise von Psychopharmaka, die therapeutischen Indikationen für medikamentöse Therapien, die Neben- und Wechselwirkungen von Multimedikation sowie die individuellen Reaktionen der einzelnen Patienten. Ganz bewusst wurde in der o.a. Fragestellung das Fragewort „WANN“ gewählt, um damit auszudrücken, dass die genauen Umstände, die im Zusammenhang mit einer pharmakologischen Therapie stehen, ganz wesentliche Indikatoren dafür sind, ob *über das therapeutische Ziel hinaus* auch eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung verwirklicht wird. Solche Umstände können etwa das Verhalten des Patienten vor und nach der Verabreichung des Medikaments oder aber auch sein subjektives Krankheitsempfinden u.v.a. sein.

Da die Beantwortung dieser Rechtsfrage nicht allein von der (sedierenden) Wirkung eines Präparats auf den Patienten abhängt, sondern der therapeutische Zweck und der Einsatz eines Medi-

² OGH 7 Ob 186/06p, 2 Ob 77/08z, 1 Ob 21/09h und 3 Ob 176/10v.

³ Beschluss des LGZ Wien 43 R 833/08f vom 16.12.2008.

kaments entsprechend seiner Zweckbestimmung maßgeblich sind, ist die Erstellung einer Medikamenten-Liste mit der Angabe, welches einzelne Medikament eine meldepflichtige medikamentöse Freiheitsbeschränkung darstellt, nicht möglich. Feststellungen darüber, welche einzelnen Medikamentengruppen (z. B. Antipsychotika, Hypnotika, Antidementiva, Antiepileptika, Antidepressiva oder Sedativa) aufgrund ihrer typischen therapeutischen Indikationen und Wirkungen grundsätzlich überhaupt in Frage kommen, um allenfalls freiheitsbeschränkende Wirkungen zu entfalten, werden aber getroffen.

Es ist aber *nicht* Ziel dieses Manuals, Feststellungen über allfällige Zulässigkeiten oder Unzulässigkeiten medikamentöser Therapien und deren „*lege artis*“ Richtigkeit und Geeignetheit zu treffen oder bestimmte schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen als verbindliche Alternative zu medikamentösen Beschränkungen anzugeben. Diesbezüglich erlauben sich die Verfasser z.B. auf die Konsensus-Statements „Demenzerkrankungen, Medikamentöse Therapie“⁴ sowie Konsensus-Statement „Demenz“⁵ zu verweisen.

3. Begriff der „medikamentösen Freiheitsbeschränkung“

Eine Freiheitsbeschränkung im Sinn des HeimAufG liegt immer dann vor, wenn es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach ihrem freien Willen zu verändern. Dabei ist die Beschränkung der Bewegungsfreiheit auf einen bestimmten räumlich abgegrenzten Bereich wesentlich (Allseitigkeit der Bewegungsbeschränkung). Weiters ist eine Freiheitsbeschränkung nur dann gegeben, wenn dem Betroffenen *gegen oder ohne seinen Willen* die Bewegungsfreiheit entzogen wird. Auf die Bildung eines (vernünftigen) Fortbewegungswillens und darauf, ob sich der betroffene Patient der Einschränkung seiner Bewegungsfreiheit bewusst ist, kommt es nicht an.⁶ Maßgeblich ist, dass die Beschränkung nicht vom freiwilligen und im Zustand der Einsichts- und Urteilsfähigkeit geäußerten Willen getragen ist.⁷ Der Schutz des HeimAufG entfällt auch nicht deshalb, weil ein Patient seine ihm verbliebene Bewegungsfreiheit aufgrund seines schlechten gesundheitlichen Zustandes nicht in Anspruch nehmen kann oder aufgrund seiner psychischen Situation nicht bewusst erlebt.⁸

Eine Freiheitsbeschränkung kann auch durch medikamentöse Mittel erfolgen.⁹ In Betracht kommt hier insbesondere die Verabreichung beruhigender und dämpfender Medikamente (Tranquilizer, Sedativa) für die rein symptomatische Behandlung von Unruhezuständen oder Verhaltensstörungen, etwa um zu verhindern, dass andere Personen gefährdet werden. Davon kann allerdings nur dann gesprochen werden, wenn die Behandlung *unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt*.¹⁰ Von einer Freiheitsbeschränkung kann hingegen *nicht bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen* gesprochen werden, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben.¹¹ Medikamente als pharmakologische Beeinflussungen (z. B. sedierende niedrig- oder hochpotente Neuroleptika, Benzodiazepine) sind nur dann als physische Mittel zur Freiheitsbeschränkung zu werten, wenn der Zweck ihrer Verabreichung auch in der Dämpfung des Bewegungsdranges – beispielsweise bei schweren Unruhezuständen – besteht, nicht aber dann, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnis-

⁴ Kasper et al., clinicum psy, Sonderausgabe November 2006.

⁵ Jellinger et al., Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004; Schmidt et. al., Neuro-psychiatrie 24/2 (2010).

⁶ OGH 7 Ob 226/06w und 7 Ob 144/06m.

⁷ Barth/Engel, Heimrecht (2004), Anm 2 § 3 HeimAufG.

⁸ OGH 7 Ob 19/07f.

⁹ Vgl. OGH RdM 1997/20.

¹⁰ Regierungsvorlage HeimAufG RV 353 BlgNR 22. GP 9, Anm. 14; OGH 2 Ob 77/08z und 7 Ob 186/06p.

¹¹ Barth/Engel, Heimrecht (2004), Anm 7 § 3 HeimAufG.

ses lediglich eine unvermeidliche Nebenwirkung eines anderen therapeutischen Zweckes darstellt.¹² Nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs ist eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Mittel nur dann von vornherein ausgeschlossen, wenn die Sedierung des Bewohners eine unvermeidliche Nebenwirkung des betreffenden Medikaments darstellt. Ist das Medikament hingegen ein (reines) Sedativum, mit dem also unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges erreicht werden soll, kann von einer Nebenwirkung im Sinn der Erläuterungen des Gesetzes keine Rede sein.¹³

Der Oberste Gerichtshof hält fest, dass für das Vorliegen einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung die folgenden Fragen entscheidungserheblich sind:¹⁴

1. Welchen therapeutischen Zweck verfolgt die Anwendung jedes einzelnen der zu überprüfenden Medikamente?
2. Wurden bzw. werden die Medikamente – insbesondere in der dem Bewohner verabreichten Dosierung und Kombination („bunter Mix“) – dieser Zweckbestimmung entsprechend eingesetzt?
3. Welche konkrete Wirkung war und ist für den Bewohner mit dem Einsatz der Medikamente verbunden?

Weiters führt der OGH aus: „Selbst die therapeutisch indizierte medikamentöse Behandlung ist als Freiheitsbeschränkung zu beurteilen, wenn sie primär der Unterbindung von Unruhezuständen und der Beruhigung, also zur „Ruhigstellung“ des Patienten dient“.¹⁵

Infobox 1

Kriterien einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung

1. Unterbindung/Dämpfung des Bewegungsdrangs liegt vor.
2. Unterbindung/Dämpfung des Bewegungsdrangs ist unmittelbar bezweckt.
3. Sedierung ist keine unvermeidliche bewegungsdämpfende Nebenwirkung in Verfolgung eines anderen Therapieziels.

Das HeimAufG regelt in keiner Weise die Zulässigkeitsanforderungen einer medizinischen Behandlung der Patienten; dies gilt ebenso für Zwangsbehandlungen wider Willen. Dies hat zur Folge, dass eine Freiheitsbeschränkung mit medikamentösen Mitteln neben den Zulässigkeitsvoraussetzungen des HeimAufG für die Freiheitsbeschränkung überdies die allgemeinen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung (Indikation und – außer bei Gefahr im Verzug – informed consent des Patienten oder seines Vertreters) erfüllen muss.¹⁶

4. Intentionalität der medikamentösen Therapie

Allen bislang zitierten Quellen kann als gemeinsame Aussage entnommen werden, dass für die Qualifikation einer medikamentösen Behandlung als Freiheitsbeschränkung zunächst zu erheben ist, ob die Behandlung *unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt*. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass mit der verabreichten Medikation auch weitere therapeutische Ziele verfolgt werden. Diesbezüglich ist anzumerken, dass für jede Medikamentengabe ohnedies immer eine medizinische Indikation vorliegen muss. Unmittelbar zum Zweck der Bewe-

¹² Strickmann, Heimaufenthaltsrecht (2008) 100.

¹³ OGH 2 Ob 77/08z und 7 Ob 186/06p.

¹⁴ OGH 2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h.

¹⁵ OGH 2 Ob 77/08z.

¹⁶ Strickmann, Heimaufenthaltsrecht (2008) 102.

gungsdämpfung werden Medikamente dann verabreicht, wenn damit Symptome einer psychischen Erkrankung, die mit einem Bewegungsüberschuss einhergehen, behandelt werden sollen. In solchen Fällen liegt eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor.¹⁷

Wird mit einem Medikament nicht unmittelbar das Ziel verfolgt, den Patienten in seinen Bewegungsmöglichkeiten einzuschränken, so ist zu prüfen, ob die – zum Zweck der Behandlung des Patienten in Kauf genommene – Unterbindung der Ortsveränderung unvermeidlich ist. Werden nämlich ausschließlich andere therapeutische Zwecke verfolgt und ist die Sedierung eine *unvermeidliche Nebenwirkung* in der Verfolgung dieser Ziele, so liegt keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. Unvermeidlich ist diese Nebenwirkung unseres Erachtens aber nur dann, wenn der Einsatz des Medikaments (in entsprechender Dosierung) mangels schonenderer Alternativen das einzige Mittel darstellt, die gesundheitliche Situation des Patienten zu verbessern bzw. für ihn wenigstens erträglicher zu gestalten.

Die Unterscheidung, ob der Zweck der medikamentösen Therapie auf die Bewegungsdämpfung gerichtet ist oder ob ausschließlich andere therapeutische Zwecke verfolgt werden, ist schwierig und in jedem Einzelfall gesondert zu überprüfen. Dabei hängt die Beurteilung der „Intentionalität“ nicht allein von der Argumentation des jeweiligen behandelnden Arztes ab. Vielmehr müssen alle Umstände, wie etwa Diagnose und Symptomatik, Verhalten des Patienten vor und nach Medikamenteneinnahme, sein subjektives Krankheitsempfinden und andere relevante personelle, strukturelle und situationsbezogene Faktoren mit einbezogen werden.

5. Unterscheidung nach Substanzklassen

Zur Beurteilung des Vorliegens einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung ist neben der Intentionalität der Medikamentengabe auch die potenzielle bzw. beabsichtigte Wirkung des verabreichten Medikaments auf den Patienten zu prüfen.¹⁸ Pharmaka, bei denen eine sedierende Haupt- oder Nebenwirkung von vornherein ausgeschlossen werden kann, werden in aller Regel keine medikamentöse Beschränkung darstellen können. Werden solche Medikamente mit der Intention der Bewegungsdämpfung verabreicht, so stellen sie allenfalls den ungeeigneten Versuch einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung dar. Wird aber im Rahmen einer multipharmakologischen Behandlung aufgrund der Wechselwirkungen der einzelnen Präparate eine sedierende Wirkung auf den Patienten erwartet bzw. beabsichtigt, so ist für die Beurteilung des Vorliegens einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung wiederum die Intention ausschlaggebend.¹⁹ Im Folgenden werden einzelne Medikamentengruppen bzw. auch Substanzklassen im Hinblick auf deren potenziell freiheitsentziehende Wirkungen näher dargestellt und in Fallbeispielen aus Praxis und Rechtsprechung veranschaulicht.

5.1. Opioide / Analgetika

Aufgrund ihrer stark sedierenden Wirkung sind Opioide zweifellos dazu geeignet medikamentöse Freiheitsbeschränkungen zu verwirklichen. Bei der Anordnung dieser Medikation ist daher die Intention ihrer Verabreichung das entscheidungsrelevante Kriterium für die Qualifikation als medikamentöser Freiheitsentzug, wie auch folgendes Fallbeispiel belegen soll.

¹⁷ Sie ist zulässig, wenn – neben den allgemeinen Zulässigkeitsvoraussetzungen – die Behandlung in therapeutisch notwendiger Dosierung erfolgt und es keine Behandlungsalternative (auch nicht pharmakologischer Art) gibt.

¹⁸ Vgl. OGH 2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h: „Entscheidungserhebliche Frage ist ... welche konkrete Wirkung für den Bewohner mit dem Einsatz der Medikamente verbunden war und ist“.

¹⁹ Vgl. OGH 2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h: „Entscheidungserhebliche Frage ist ... ob die Medikamente – insbesondere in der dem Bewohner verabreichten Dosierung und Kombination („bunter Mix“) – dieser Zweckbestimmung entsprechend eingesetzt wurden bzw. werden.“

Fallbeispiel 1 Opioide/Analgetika
In einem Pflegeheim lebt eine demente Heimbewohnerin, die sich im Palliativstadium einer Karzinomkrankung befindet. Sie wird mit einem opioiden Analgetikum in therapeutisch notwendiger Dosierung behandelt, was dazu führt, dass sie die meiste Zeit des Tages schläft. Zweck der Behandlung ist die Schmerztherapie, die aber eine starke Bewegungseinschränkung zur Folge hat. Andere ebenso wirksame Möglichkeiten zur Schmerzlinderung bestehen nicht.
Lösung
Es liegt <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da die Intention der Behandlung auf eine „Schmerztherapie“ gerichtet ist und die Sedierung eine unvermeidliche Nebenwirkung in Verfolgung dieses Therapiezieles ist.

Angemerkt wird, dass zu diesem Sachverhalt noch keine höchstgerichtliche Judikatur vorliegt.

5.2. Narkotika

Die Verabreichung eines Narkotikums erfolgt regelmäßig zur Ermöglichung einer medizinischen Behandlung, sei dies ein operativer Eingriff oder eine invasive diagnostische Maßnahme. Die damit verbundene Sedierung ist immer eine „unvermeidliche Nebenwirkung“ der Schmerzlinderung und Bewusstseinsausschaltung.

Fallbeispiel 2 Narkotikum
In einer Krankenanstalt wird an einer geistig behinderten Patientin eine endoskopische Untersuchung durchgeführt. Die Patientin erhält vor dem endoskopischen Eingriff eine Sedoanalgesie, die dazu führt, dass sie die Untersuchungen „verschläft“. Ohne diese Maßnahme könnte die Patientin den Eingriff nicht ertragen. Eine Einwilligung der Sachwalterin zum Eingriff sowie für die Kurznarkose liegt vor.
Lösung
Es liegt <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da die Sedierung medizinisch indiziert und unvermeidlich zur Ermöglichung des Eingriffs ist.

Eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofs zu medikamentösen Freiheitsbeschränkungen betraf die Verabreichung des Narkotikums „Nalbufine“. Dem an Morbus Pick leidenden Patienten wurde über einen längeren Zeitraum mehrmals Nalbufine in Form einer Injektion in Situationen verabreicht, „in denen seine Aggressionsausbrüche zu einem derart hohen Grad der Gefährdung seiner Person führen, dass die freiheitsbeschränkende Maßnahme zur Gefahrenabwehr unerlässlich und geeignet ist“.²⁰ Bereits in erster Instanz wurde festgestellt, dass „Nalbufine“ primär zur Sedierung des Bewohners in akuten Erregungszuständen eingesetzt wird.

Der Oberste Gerichtshof bestätigte in diesem Punkt den erstrichterlichen Beschluss, mit dem die medikamentöse Freiheitsbeschränkung mittels „Nalbufine“ mit der Maßgabe für zulässig erklärt wurde, dass sie „nur dann zu setzen ist, wenn sich der Patient in einem akutem Erregungszustand befindet, er also selbst- und fremdgefährdet ist und keine Alternative, ihn zu beruhigen, gegeben ist und diese Maßnahme umgehend fachärztlich nachbefundet wird“.²¹ In unten stehender Tabelle findet sich eine kurze Zusammenfassung des erwähnten Falles.

²⁰ Vgl. Beschluss des OGH zu 2 Ob 77/08z.

²¹ Vgl. Beschluss des OGH 2 Ob 77/08z, Spruch I.1.

Judikatur-Fall 1 – „Nalbufine“

Beschluss des OGH zu 2 Ob 77/08z

Patient leidet an Morbus Pick mit Vollbild einer fronto-temporalen Demenz, die sich u. a. in völliger Desorientierung, Agitiertheit, motorischer Unruhe und einer steuerlos enthemmten Mobilität äußert. Bei akuten Erregungszuständen mit hohem Grad an Selbst- und Fremdgefährdung wird ihm „Nalbufine“ per Injektion verabreicht.

Beschluss

Es liegt *eine* medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da das Medikament zur Sedierung in akuten Erregungszuständen eingesetzt wird.

5.3. Antidementiva

Antidementiva erfüllen grundsätzlich keines der erwähnten Kriterien für eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung. Im Vordergrund steht die Therapie der kognitiven und nicht-kognitiven Symptomatik der Demenzerkrankung, sie haben auch keine sedierende Wirkung. Ergänzend sei in diesem Zusammenhang vermerkt, dass dies auch für Ginkgo biloba-Präparate und Nootropika gilt.

5.4. Antidepressiva

Bei der Verabreichung von Antidepressiva steht die Behandlung von depressiven Symptomen im Vordergrund. Wenngleich verschiedene Substanzklassen wie insbesondere Trazodon, Mirtazapin, TCA und Kombinationspräparate TCA mit Benzodiazepin sedierende Wirkungen haben, ist der Einsatz von Antidepressiva in aller Regel ausschließlich durch andere therapeutische Indikationen motiviert, eine allenfalls sedierende Wirkung ist als unvermeidliche Nebenwirkung der Behandlung der depressiven Störung anzusehen. Werden sedierende Antidepressiva aber *auch* zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdrangs verabreicht, so wird auch mit dieser Substanzklasse eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung verwirklicht.

Der Verabreichung von Psychopharmaka zur Behandlung von Schlafstörungen ist ein eigenes Kapitel (5.8 Hypnotika) gewidmet, auf dessen Ausführungen in diesem Zusammenhang verwiesen wird.

5.5. Non-Psychopharmaka und Off-Label-Use

Zahlreiche Arzneimittel, die nicht der Gruppe der Psychopharmaka angehören, haben unter Umständen beachtliche sedierende Nebenwirkungen, wie z. B. Antihistaminika der ersten Generation oder Beta-Blocker. Bei diesen Medikamenten ist die Sedierung in aller Regel eine unvermeidliche Nebenwirkung, da die Therapie primär die Behandlung der Symptome der Grunderkrankung, wie etwa Allergien, Entzündungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bezweckt. Der Einsatz solcher Medikamente ist auch bei entsprechend auftretenden sedierenden Nebenwirkungen in der Regel *nicht* als medikamentöse Beschränkung zu werten.

Im Rahmen eines so genannten „Off-Label-Use“ (zulassungsüberschreitender Einsatz von Arzneimitteln) ist die Verwendung solcher Präparate zur Durchführung einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung aber sehr wohl möglich, wenn mit deren Verabreichung die Bewegungsdämpfung bezweckt wird bzw. deren sedierende Nebenwirkung bewusst „ausgenutzt“ wird (siehe Judikaturfall 1 – „Nalbufine“, S.10).

In diesem Zusammenhang ist auch denkbar, dass eine Behandlung in der therapeutisch notwendigen Dosierung aufgenommen wird, der Patient aber individuell sehr sensibel auf die Medikation reagiert, indem eine nicht erwartete, geschweige denn beabsichtigte Sedierung eintritt.

Aufgrund der Tatsache, dass mit der Medikation keineswegs eine Unterbindung der Ortsveränderung bezweckt wurde, liegt in einem solchen Fall zunächst keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. Die auftretende unangemessene Nebenwirkung müsste bei vorhandenen alternativen Behandlungsmöglichkeiten aber eine Umstellung der Therapie – durch eine Dosisreduzierung oder die Auswahl eines anderen Arzneimittels – zur Folge haben. Erfolgt keine entsprechende Anpassung der Therapie, so wird die zunächst unbeabsichtigte Nebenwirkung bewusst in Kauf genommen, was dazu führt, dass der Patient auch weiterhin in seinem Bewegungsdrang eingeschränkt wird. In diesem Fall kann aber aufgrund der näheren Umstände, nämlich der Verweigerung einer adäquaten Therapie, geschlossen werden, dass die Sedierung eben nicht mehr eine bloß unvermeidliche Nebenwirkung in Verfolgung eines anderen therapeutischen Zweckes ist, sondern aufgrund der potenziellen Vermeidbarkeit die Sedierung nun intendiert wird. Ab dem Zeitpunkt, mit dem die Sedierung „billigend in Kauf genommen“ wird, liegt somit eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. Das soll das folgende Fallbeispiel deutlich machen.

<p>Fallbeispiel 3 Beta-Blocker</p>
<p>In einem Pflegeheim lebt eine Bewohnerin mit einer mittelschweren Demenz. Sie leidet an erhöhtem Blutdruck. Zur Verhinderung des Fortschreitens der Krankheit erhält sie einen Beta-Blocker. Seit der Einnahme der Medikamente ist die Bewohnerin sehr müde und „nickt“ im Aufenthaltsraum immer wieder ein. Vor der Therapie war sie sehr mobil und hat früher auch mehrmals versucht, das Heim zu verlassen. Da sie zeitlich und örtlich desorientiert ist, wurde sie in solchen Fällen vom Pflegepersonal zurückgehalten bzw. zum Bleiben überredet. Im Zuge der Evaluierung der Medikation werden die oben beschriebenen Nebenwirkungen zwar beobachtet, im Hinblick auf die „Weglauftendenzen“ der Bewohnerin werden diese aber nun bewusst weiter in Kauf genommen und auf eine Dosisanpassung verzichtet.</p>
<p>Lösung</p>
<p>Ab dem Zeitpunkt des Entschlusses, dass in Kenntnis der sedierenden Nebenwirkung keine Änderung der Therapie bei vorhandenen Alternativen erfolgt und die Sedierung bewusst in Kauf genommen wird, liegt eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor.</p>

Denkbar wäre auch eine Fallkonstellation, bei der etwa typische Neuroleptika, wie z. B. Cisordinol und Haldol über einen langen Zeitraum verabreicht werden und der Patient starke extrapyramidal-motorische Störungen und eine Muskelsteifigkeit entwickelt, die zu einer massiven Bewegungseinschränkung führt. Auch hier liegt im Fall einer Duldung bzw. Ausnutzung dieser bewegungseinschränkenden Nebenwirkungen wohl eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor.

<p>Infobox 2 NON-Psychopharmaka, Nebenwirkungen und Off-Label-Use</p>
<p>1. Die Verabreichung von Arzneimitteln zur Behandlung nicht-psychiatrisch geprägter Krankheitsbilder (z.B. internistische Erkrankungen) stellt in der therapeutisch notwendigen Dosierung in der Regel keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar. Eine allenfalls auftretende Sedierung stellt in der Regel eine unvermeidliche Nebenwirkung in der Verfolgung des Therapiezieles dar.</p>
<p>2. Das bewusste Inkaufnehmen oder Ausnutzen einer vermeidbaren sedierenden Nebenwirkung, die im Rahmen einer Therapieumstellung voraussichtlich vermieden werden könnte, stellt ab diesem Zeitpunkt in der Regel eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar.</p>
<p>3. Eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung liegt in der Regel auch dann vor, wenn als Nebenwirkung der Therapie Bewegungseinschränkungen aufgrund extrapyramidal-motorischer Störungen bzw. einer eintretenden Muskelsteifigkeit auftreten und keine Therapieanstrengungen zu deren Vermeidung erfolgen.</p>

5.6. Antipsychotika / Neuroleptika

Primäre Zielsymptomatik dieser Medikamentengruppe sind Agitation und psychotische Symptome. Grundsätzlich muss zwischen den älteren so genannten „typischen“ Neuroleptika und den neueren „atypischen“ Antipsychotika, insbesondere im Hinblick auf ihre sedierende Wirkung, unterschieden werden. Einzig für BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) registriertes Atypikum ist Risperidon, das bei psychotischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten erste Wahl ist²² und grundsätzlich kaum sedierende Wirkungen zeigt. Wenngleich die Zielrichtung der Antipsychotika/Neuroleptika sicher die Behandlung psychotischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten ist, können diese Substanzen in der entsprechenden Dosierung bzw. in Kombination mit anderen Arzneimitteln eine Dämpfung des Bewegungsdrangs bewirken, die unter Umständen über das Therapieziel hinausgeht. Ebenso ist diese Medikamentengruppe, vor allem die typischen Neuroleptika (im Besonderen die hochpotenten Neuroleptika), die auch als intravenöse Applikationsform zur Verfügung stehen, dazu geeignet, unmittelbar zum Zweck der Unterbindung der Ortsveränderung eingesetzt zu werden. Eine überproportional hohe Anzahl der Beschlüsse der Rechtsmittelgerichte betreffen die Verabreichung von Antipsychotika/Neuroleptika. Ein interessanter Fall, der vom Landesgericht Wels entschieden wurde, wird in nachstehender Tabelle näher dargestellt.²³

Judikatur-Fall 2 – „Risperdal“ Beschluss des LG Wels zu 21 R 131/08a
Der Bewohner eines Pflegeheimes leidet an seniler Demenz mit Poromanie. Er versucht öfters, das Heim zu verlassen, um nach Hause zu gehen, wodurch er sich im Straßenverkehr zweifellos selbst gefährdet. Zunächst wird Risperdal in einer Dosis von 3x1 mg tgl. verabreicht, was dazu führt, dass der Bewohner zwar weiterhin mobil ist, sich aber weniger häufig dazu entschließt, das Heim zu verlassen. Eine Dosissteigerung auf 3x3 mg bewirkt in der Folge, dass er sehr müde wurde und sehr viel schlief bzw. sich gar nicht mehr wecken ließ.
Beschluss
Es liegt <i>eine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da mit dem Medikament beabsichtigt war, das Verlassen des Heimes zu verhindern.

Dass in der Behandlung des Wandertriebs mit Risperdal eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung liegt, war nach Ansicht des Landesgerichts Wels unzweifelhaft, weil Grund für dessen Verabreichung der Umstand war, dass der Patient immer wieder das Heim verlassen hatte und zu seiner früheren Wohnung gegangen war. Es war also beabsichtigt, mit Risperdal den Bewegungsdrang und Wandertrieb des Heimbewohners zu unterbinden bzw. zumindest zu reduzieren. Die anfänglich verabreichte Dosis (3x1 mg) zeigte nicht die gewünschte Wirkung, zumal die Dosis zuletzt auf 3x3mg erhöht wurde, was dazu führte, dass der Bewohner sich mitunter gar nicht mehr wecken ließ. Genau diese Wirkung des Medikaments, den Bewohner so weit zu dämpfen, dass er sich nicht mehr entschließt, das Heim zu verlassen, war laut Ansicht des Gerichts von der Heimleitung bzw. dem behandelnden Arzt beabsichtigt.²⁴

Das Landesgericht Wels führte weiters aus, dass eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung nicht erst dann vorliege, wenn das Verlassen des Heimes überhaupt unmöglich gemacht werde, sondern schon dann, wenn sich der Bewohner aufgrund des verabreichten Sedativums weniger häufig dazu entschleße, aus dem Heim wegzugehen. Es werde somit auch durch eine Dosis, die nicht dazu führe, dass der Bewohner fast die ganze Zeit schlafe, sein Wille in Bezug auf eine Ortsveränderung bzw. ein Verlassen des Heimes so beeinflusst, dass dies eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit bedeute, bzw. werde es dem Bewohner dadurch unmöglich ge-

²² Jellinger et al., Konsensusstatement Demenz, Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 2004.

²³ LG Wels 21 R 131/08a vom 30.4.2008.

²⁴ LG Wels 21 R 131/08a vom 30.4.2008.

macht, seinen Aufenthalt nach seinem freien Willen zu verändern. Es sei hier also sehr wohl auch in den Zeiträumen, in denen dem Bewohner eine geringere Dosis als 3x3 mg Risperdal verabreicht wurde, von einer Freiheitsbeschränkung im Sinn des HeimAufG auszugehen.²⁵ Das Gericht verwies diesbezüglich auf die einschlägige Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zum Unterbringungsgesetz, die besagt, dass das Gesetz „eine besondere Erheblichkeitsschwelle hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Beschränkung nicht vorsieht; therapeutische und pflegerische Beweggründe können die Qualifikation einer solchen Maßnahme als Unterbringung nicht verhindern“.²⁶

Auch das Landesgericht Steyr führte in einem Beschluss betreffend die Verabreichung von u. a. Haldol aus, dass eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit nicht erst dann vorliege, wenn ein Medikament so dämpfend wirkt, dass die „allgemeine Beweglichkeit wesentlich eingeschränkt wird“, sondern bereits dann, wenn Medikamente mit dem Ziel verabreicht würden, bewegungsdämpfend und damit bewegungseinschränkend zu wirken. In welchem konkreten Ausmaß dann die Sedierung auf den Patienten wirkt, habe keine Bedeutung.²⁷ Wenngleich diese Rechtsansicht durchaus im Einklang mit der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zum Unterbringungsgesetz steht, so muss sie unseres Erachtens doch dahingehend ergänzt werden, dass für die Verwirklichung einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung neben dem Zweck der Bewegungsdämpfung auch die erwünschte sedierende Wirkung in einem zumindest feststellbaren Ausmaß eintreten muss, andernfalls der Erfolg der Bewegungseinschränkung ja nicht eintritt und man ohne Vorliegen einer Bewegungseinschränkung ab dem Zeitpunkt der Kenntnis der Nichtwirkung wohl kaum von einer Freiheitsbeschränkung ausgehen kann. In diesem Zusammenhang hat etwa das Landesgericht Wels ausgeführt, dass „eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung zu verneinen ist, weil die verabreichten Mengen nicht ausreichen, um eine von der Patientin gewollte Ortsveränderung zu unterbinden und diese trotz der Medikation immer wieder unterwegs und auch sehr umtrieblich ist“.²⁸

Fallbeispiel 4

Haloperidol

Im Pflegebericht eines dementen Patienten mit akutem Verwirrheitszustand finden sich folgende Einträge:

„Patient unruhig, hat in der Nacht laut geschrien, Mitpatienten sind ängstlich, Patient lässt sich durch Zureden nicht beruhigen, schlägt, tritt und schimpft Pflegeperson. Info an Arzt. Patient erhält Haloperidol, worauf er sofort einschläft.“

Lösung

Es liegt *eine* medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da mit der Medikation eine „Ruhigstellung“ des Patienten beabsichtigt wird und diese auch eintritt.

Zum oben angeführten Fallbeispiel kann noch ergänzt werden, dass in vielen solchen Fällen zusätzlich Schutzfixierungen mittels Bauchgurt oder Handfesseln durchgeführt werden. Generell gilt, dass die oben beschriebenen Verhaltensweisen und die daraus resultierende Gefährdung Dritter auch mit mechanischen Fixierungen hätten beantwortet werden können, wenngleich selbstverständlich durchaus diskutabel ist, ob die medikamentöse „Fessel“ möglicher Weise die gelindere und geeignetere Art der Freiheitsbeschränkung ist. Für die rechtliche Beurteilung des Vorliegens einer Freiheitsbeschränkung kann es aber keinen Unterschied machen, ob mechanische oder medikamentöse Maßnahmen zur Gefahrenabwehr eingesetzt werden.

²⁵ LG Wels 21 R 131/08a vom 30.4.2008.

²⁶ Beschluss des OGH 4 Ob 527/92 vom 15.12.1992.

²⁷ Beschluss des LG Steyr 1 R 193/07m vom 26.3.2008.

²⁸ Beschluss des LG Wels 21 R 253/07s vom 25.7.2007.

In jenen Fällen, in denen die medikamentöse Behandlung eine Alternative zu einer anderen Art von Freiheitsbeschränkung, wie z. B. mechanischen Fixierungen, darstellt bzw. ergänzend dazu angeordnet wird, ist regelmäßig von einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung auszugehen!

Infobox 3 Antipsychotika – Intention – Ausmaß der Sedierung
1. Die Verabreichung von Antipsychotika zur Behandlung von psychotischen Symptomen und BPSD in therapeutisch notwendiger Dosierung stellt in der Regel <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar.
2. Werden Antipsychotika auch zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdrangs (Agitiertheit, Poromanie) oder auch zur Ruhigstellung (Schreien, Aggression, Unruhe, etc.) verabreicht, stellen sie <i>eine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar.
3. Eine besondere Erheblichkeitsschwelle (Grad der Sedierung) hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Sedierung muss für die Qualifikation einer medikamentösen Therapie als Freiheitsbeschränkung nicht vorliegen. Es muss aber eine Dämpfung des Bewegungsdranges bzw. eine Verringerung der „Weglauf-tendenz“ gegeben sein.
4. Therapeutische und pflegerische Beweggründe können die Qualifikation einer solchen Maßnahme als Freiheitsbeschränkung nicht verhindern.
5. Ist eine Sedierung nicht erfolgt, so kann nicht von einer Freiheitsbeschränkung gesprochen werden.
6. Stellt die medikamentöse Behandlung eine Alternative oder Ergänzung zu einer anderen Art von Freiheitsbeschränkung (z. B. mechanische Fixierung) dar, so liegt <i>eine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor.

Zum Abschluss dieser Medikamentengruppe noch ein kurzer Fall aus dem psychiatrischen Bereich.

Fallbeispiel 5 Schizophrenie
In einer sozialpsychiatrischen Einrichtung lebt ein 53 Jahre alter Mann, der seit seinem 17. Lebensjahr an Schizophrenie leidet, die sich vor allem in paranoiden Wahnvorstellungen und Ängstlichkeit äußert. Er erhält mangels einer Umstellungsalternative auf moderne Neuroleptika an Dauermedikation seit Jahren u.a. Haldol und Truxal zur Behandlung seiner psychotischen Zustände, Depakine gegen die Epilepsie sowie Akineton zur Behandlung der Nebenwirkungen der verabreichten Neuroleptika. In seiner Motorik wirkt er etwas verlangsamt, er kann sich aber noch frei bewegen.
Lösung
Es liegt <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da alle Medikamente zu therapeutischen Zwecken verabreicht werden und eine allfällige Sedierung/Verlangsamung eine unvermeidliche Nebenwirkung der Behandlung darstellt.

5.7. Benzodiazepine

Die zur Gruppe der Tranquillanzien gehörenden Benzodiazepine werden aufgrund ihrer beruhigenden, Angst lösenden und zumeist auch Schlaf anstoßenden Wirkung zur Sedierung eingesetzt. Im Weiteren werden sie auch zur Muskelentspannung und gegen (bestimmte) Krampfanfälle genutzt. Diese Substanzklasse ist, ähnlich wie die hochpotenten Neuroleptika, besonders dazu geeignet, einen medikamentösen Freiheitsentzug herbeizuführen. Die Verabreichung von Benzodiazepinen nimmt im Alter überproportional zu im Vergleich zu anderen Psychopharmaka.²⁹ Insbesondere in der medikamentösen Therapie der BPSD (siehe 5.8. Exkurs Behandlung von BPSD) ist die Sedierung von agitiert-verwirrten oder hochgradig ängstlichen Patienten oft die beabsichtigte und erwünschte Wirkung. Grundsätzlich kann auf das in Punkt 5.6. „Antipsy-

²⁹ Kasper et.al., Konsensus-Statement Demenzerkrankungen, Medikamentöse Therapie; clinicum psy, Sonderausgabe November 2006.

chotika“ (siehe insb. Infobox 3) Gesagte verwiesen werden. Werden also Benzodiazepine zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdranges (z. B. Agitiertheit, Poriomanie) oder zur Ruhigstellung (Schreien, Aggression, Unruhe, etc.) verabreicht, stellen sie jedenfalls medikamentöse Freiheitsbeschränkungen dar. Im Folgenden wird wieder auf der Basis von Fallbeispielen näher erläutert, wann die Gabe eines Benzodiazepins eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung darstellt.

Fallbeispiel 6
Krankenhaus/Gewacalm-Infusion
In einer Krankenanstalt wird ein dementer Mann wegen eines Oberschenkelhalsbruchs aufgenommen. Er will sich ständig den Venflon entfernen, über den er die notwendigen Infusionen erhält. Seine Hände werden daraufhin fixiert und erhält eine Ampulle Gewacalm iV, woraufhin er einschläft.
Lösung
Es liegt <i>eine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da mit der Medikation eine „Ruhigstellung“ des Patienten beabsichtigt ist. Zusätzlich wird die Medikation ergänzend zu einer mechanischen Schutzfixierung verabreicht.

5.7.1 Behandlung von BPSD mit Benzodiazepine und Antipsychotika

Antipsychotika und Benzodiazepine werden u. a. auch regelmäßig zur Behandlung der Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) eingesetzt. Dabei werden die psychischen Symptome bei BPSD, zu denen Depression, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Wahn, Halluzinationen und Verkennungen zählen, von den so genannten Verhaltensauffälligkeiten unterschieden. Bei der Behandlung der psychischen Symptome steht in der Regel deren Therapie im Vordergrund, eine allfällige Sedierung ist regelmäßig nicht unmittelbar bezweckt, sondern allenfalls eine in Kauf genommene und unvermeidliche Nebenwirkung. In der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten, wie insbesondere Aggression, Agitiertheit, Enthemmung, Unruhe, Wandertrieb und Schreien, bezweckt aber die Medikation durchaus die Dämpfung des Bewegungsdranges bzw. die „Ruhigstellung“ des Patienten unmittelbar. In einem solchen Fall ist die Verabreichung eines sedierenden Neuroleptikums oder Benzodiazepins, das auch die gewünschte Wirkung zeitigt, wohl als medikamentöse Freiheitsbeschränkung zu werten.

Die im folgenden Kapitel 5.7.2 geschilderten Fallbeispiele befassen sich u. a. sehr ausführlich mit dem Einsatz von Benzodiazepinen bei BPSD im Rahmen von so genannten Einzelfallmedikationen.

5.7.2 Benzodiazepine als medizinisch indizierte Einzelfallmedikation

Medikamentöse Verordnungen erfordern eine ärztliche Diagnose und sind daher durch Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nicht zulässig. In Einzelfällen kann der Arzt dem Pflegepersonal Anordnungen erteilen, die sich zwar nicht auf objektiv messbare Parameter stützen, aber auf Grund anderer klarer Vorgaben (genaue Symptombeschreibung und -abklärung; Angabe der täglichen Einzel- und maximalen 24-Stunden-Dosis; Applikationsform; regelmäßige Evaluierung) eindeutig, zweifelsfrei und nachvollziehbar sind.³⁰

Generell fällt in der Praxis auf, dass vor allem Benzodiazepine überproportional häufig als medizinisch indizierte Einzelfallmedikation ärztlich angeordnet und in der Folge vom diensthabenden Pflegepersonal dem Patienten verabreicht werden. Dies steht wohl in direktem Zusammenhang mit der Tatsache, dass gerade das Auftreten von diversen BPSD-Symptomen regelmäßig nicht vorher-

³⁰ Vgl. Durchführungserlass zu § 15 GuKG vom 14.2.2001, GZ 21.251/5-VIII/D/13/00.

sehbar ist und Einrichtungen, ausgenommen Krankenanstalten, in der Regel auch nicht über eine ärztliche 24-Stunden-Bereitschaft verfügen. Die Rechtsprechung war bereits in zahlreichen Fällen mit medikamentösen Sedierungen im Rahmen der Verabreichung solcher Einzelfallmedikationen von Benzodiazepinen oder Neuroleptika befasst. Die einschlägigen Fälle werden im Folgenden tabellarisch wiedergegeben.

Judikatur-Fall 3 – „Psychopax“ Beschluss des LG Innsbruck zu 53 R 107/07k
<p>Bei einer blinden Pflegeheimbewohnerin, die an einer schizoaffektiven Psychose leidet, wurde seitens des behandelnden Arztes Psychopax 15gtt als Einzelfallmedikation bei Unruhezuständen angeordnet. Am 23.1.2007 erhielt die Betroffene um 9.00, um 10.15 sowie um 15.00 Uhr die Medikation von der diensthabenden Pflegeperson verabreicht. Grund dafür war eine extreme Unruhe, so hat etwa die Betroffene mit Gläsern und ihrer Zahnprothese geworfen.</p>
Beschluss
<p>Es liegt <i>eine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. „Bei dem angeführten Medikament handelt es sich um ein Beruhigungsmittel (Tranquilizer) für akute Erregungszustände. Hierbei ist davon auszugehen, dass die Verabreichung dieses Medikaments durchaus vor allem die Unterbindung des Bewegungsdranges der Patientin bezweckt“. (Anmerkung: Der sachverständige Arzt hat im Verfahren geäußert, dass das Medikament die Betroffene vor einem Erschöpfungszustand schütze und nicht lediglich dazu da sei, das Aufstehen und Umhergehen zu unterbinden).</p>

In einem ähnlichen Sachverhalt wurde vom Landesgericht Ried³¹ nahezu gleich lautend ausgeführt: „Das Medikament Psychopax wurde gerade deshalb verabreicht, um eine Reduktion des psychomotorischen Erregungszustandes der seit dem Vormittag aggressiven und unruhigen Bewohnerin, die Dinge durch die Gegend schleuderte und auch auf andere Bewohner losging, zu erreichen. Die Sedierung war daher keine bloße unvermeidliche Nebenwirkung, sondern stellte gerade dieser Erfolg den Hauptzweck der Medikation dar“.

Ähnlich führte auch das Landesgericht Wien³² aus, dass die „dämpfende Wirkung von Psychopaxtropfen bei der Verabreichung im Vordergrund stand. Dies ist im Zusammenhalt mit der Pflegedokumentation zu sehen, wonach die Bewohnerin am 1.7. und 19.8.08 aufzustehen versuchte und auch sonst unruhig war. Es handelt sich daher in diesen beiden Fällen um Freiheitsbeschränkungen.“

Judikatur-Fall 4 – „Psychopax“ Beschluss des LG Innsbruck zu 51 R 103/07g
<p>Einer an Demenz erkrankten Pflegeheimbewohnerin mit erheblichen Angstzuständen und einer paranoiden Erlebnisverarbeitung wurde in Akutsituationen anlassbezogen Psychopax in jeweiligen Dosen von 8-10gtt verabreicht. Ihr akuter Leidensdruck wurde minimiert. Die Einnahme des Medikaments bewirkte eine ermüdungsbedingte kurzzeitige Einschränkung der Restmobilität. Alternative Medikamente ohne diese Nebenwirkung standen – offenbar – nicht zur Verfügung.</p>
Beschluss
<p>Es liegt <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. „Die gelegentliche Verabreichung des Medikaments Psychopax in sehr geringen Dosen erfolgte nun ausschließlich zu jenem Zweck, die mit der paranoiden Erlebnisverarbeitung der Betroffenen fallweise einhergehenden akuten Angstattacken zu bekämpfen und zu lindern. Dass das Präparat deshalb eingesetzt worden wäre, um den Bewegungsdrang der Heimbewohnerin zu dämpfen oder zu unterbinden, ist nicht unterstellbar.“</p>

³¹ Beschluss des LG Ried 6 R 115/07i vom 3.5.2007.

³² Beschluss des LG Wien 43 R 833/08f vom 16.12.2008.

Ein Vergleich der beiden Judikatur-Fallbeispiele 3 und 4 macht deutlich, wie schwierig im Einzelfall die Abgrenzung zwischen der Verabreichung eines sedierenden Medikaments „zum Zweck der Bewegungseinschränkung“ oder „in Verfolgung eines anderen Therapiezieles“ ist und die Beantwortung der Frage ist, ob die Sedierung dann eine „unvermeidliche Nebenwirkung“ darstellt. In den bisher dargestellten Fällen wurde seitens der Gerichte neben der Feststellung, ob die konkrete Medikamentengabe als medikamentöse Freiheitsbeschränkung zu qualifizieren ist, sehr wohl auch über die Zulässigkeit einer solchen Maßnahme entschieden. Vielfach stellen medikamentöse Sedierungen die ultima ratio in der Behandlung und Abwehr von Gefahren für Leib und Leben dar.

Abschließend soll noch ein Fall aus dem Behindertenbereich kurz dargestellt werden.

Fallbeispiel 7 Behinderteneinrichtung/Psychopax/Muskelrelaxation
In einer Behinderteneinrichtung lebt ein junger Mann, der im Zusammenhang mit seinen geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen fallweise plötzlich auftretende Verkrampfungszustände hat. Aufgrund einer ärztlichen Anordnung (Einzelfallmedikation) werden dem Betroffenen in der Akutsituation 5gtt Psychopax zur Muskelrelaxation verabreicht.
Lösung
Es liegt <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da mit der Medikation ausschließlich andere therapeutische Zwecke verfolgt werden und eine allfällige Sedierung/Dämpfung eine unvermeidliche Nebenwirkung der Behandlung darstellt.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz bei der Verabreichung von Arzneimitteln sowohl Menge, Dosis, Verabreichungsmenge als auch Zeitpunkt der Verabreichung schriftlich in der Patientendokumentation festgehalten werden müssen. Bei Anordnung einer Einzelfallmedikation bedarf es daher einer genauen Symptombeschreibung, der Angabe der täglichen Einzel- und maximalen 24h-Dosis, der Applikationsform und einer regelmäßigen Evaluierung. Aus der sehr allgemein gehaltenen Formulierung „bei Unruhe“ kann pflegediagnostisch keine Medikamentengabe hergeleitet werden.

5.8. Hypnotika

Dass Medikamente zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen potenziell als Mittel zur Freiheitsbeschränkung eingesetzt werden können, ist unstrittig, zumal der Therapieerfolg ja in der Versetzung eines Patienten von einem wachen in einen schlafenden Zustand besteht. Werden Hypnotika ihrem wörtlichen Sinn nach als „Mittel zum Schlaf“ eingesetzt, so ist aber die Intention ihrer Verabreichung die Ermöglichung eines „gesunden Schlafes“ und damit in der Regel die Verhinderung eines für den Patienten mitunter sehr belastenden nächtlichen Wach- und Unruhezustandes, der auch zu Leistungseinschränkungen untertags führen kann und insgesamt, über einen längeren Zeitraum betrachtet, negative gesundheitliche Folgen zeitigt.

Für die Verwirklichung eines medikamentösen Freiheitsentzuges durch Hypnotika kommt einerseits deren Verabreichung zur „Unzeit“, d. h. zu einem Zeitpunkt, der keine Rücksicht auf den individuellen Tag-Nacht-Rhythmus des Patienten nimmt, in Frage, andererseits aber auch der Umstand, dass diese Mittel nicht im Zusammenhang mit der Behandlung einer Schlafstörung, sondern überwiegend zum Zweck der Sedierung etwa bei Verhaltensstörungen eingesetzt werden. Umgekehrt ist aber auch festzuhalten, dass fallweise auch Arzneimittel, die *nicht* Hypnotika sind (z. B. Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepine und Antihistaminika), zur Behandlung von Schlafstörungen verabreicht werden. Auch hier gilt, dass bei einem gezielten Einsatz zum Zweck der Behandlung einer Schlafstörung grundsätzlich keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung

vorliegt, wenn die Sedierung eine unvermeidliche Nebenwirkung darstellt, weil andere Mittel – auch pflegerische (z. B. Einführung von „Schlafritualen“) – nicht zum gewünschten Erfolg führen.

Mit den folgenden Fallbeispielen soll dies anschaulich belegt werden.

Judikatur-Fall 5 – „Dominal Forte“ Beschluss des LG Wels zu 21 R 45/07b
In einem Pflegeheim wird einem Bewohner mit dementiellem Zustandsbild täglich abends ein bis zwei Stunden vor dem Schlafantritt Dominal Forte 40mg verabreicht. In der Pflegedokumentation finden sich die Einträge „gestörter Tag-Nacht-Rhythmus“ und „nächtliche Unruhe- und Verwirrheitszustände“. Zusätzlich erforderlich wäre ein Hinweis, dass es nicht möglich war, mit anderen Mitteln den Schlafrhythmus wieder einzuführen.
Lösung
Es liegt <i>keine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor, da die gegenständliche Medikation ausschließlich bezweckte, den Bewohner hinsichtlich Ein- und Durchschlafproblemen (zum Schlafanstoß und zur Verbesserung der Schlaftiefe) und des gestörten Tag-Nacht-Rhythmus zu behandeln, was medizinisch geboten war.

In diesem Sinn hat auch das Landesgericht Linz³³ 15 R 98/08z festgestellt, dass eine am Abend verabreichte Medikation, deren Zweck darin bestehe, nächtliche Schlafstörungen, Unruhe und Verwirrheitszustände zu behandeln, und in diesem Sinne auch medizinisch geboten sei, keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung darstelle, da die mit dieser Schlafmittelmedikation verbundene Bewegungsdämpfung noch als unvermeidliche Nebenwirkung dieses (anderen) therapeutischen Zieles angesehen werden kann. Ähnlich erwähnt auch das Landesgericht Wels³⁴, dass „Medikamente, die gegeben werden, um Schlaflosigkeit zu beheben, nicht unter § 3 (1) HeimAufG fallen“. Zu ergänzen wäre aber unseres Erachtens auch in diesen Fällen, dass von „unvermeidlicher Nebenwirkung“ nur dann gesprochen werden kann, wenn es keine anderen Mittel gibt, den Schlafrhythmus wieder einzuführen.

Fallbeispiel 8 Schlafmedikation und Tag/Nacht-Umkehr
In einem Pflegeheim erhält ein Bewohner täglich um 18.30 ein Schlafmittel, weil er nicht einschlafen kann. In der Pflegedokumentation finden sich die ärztlichen Diagnosen „SDAT“ und „gestörte Tag/Nacht-Umkehr“. Aus der Biografie weiß man, dass der Betroffene von Beruf Taxilenker und überwiegend in der Nacht tätig war. Er ging seit 40 Jahren niemals vor 4.00 früh zu Bett und schlief dann zumeist bis 11.00. Als er noch zu Hause gepflegt wurde, saß er bis Mitternacht in seinem Lehnstuhl vor dem Fernsehgerät, wurde dann ins Bett gebracht und schlief bis 10.00 durch. Im Pflegeheim ist dies nicht möglich, da eine Pflege-Person in der Nacht für 30 Bewohner zuständig ist.
Lösung
Es liegt <i>eine</i> medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. Der Betroffene hat zwar einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus, leidet aber nicht darunter. Medikamentöse Interventionen wären nicht erforderlich und dienen im konkreten Fall der „Anpassung“ an die strukturellen Gegebenheiten.

Fälle, wie der zuvor Erwähnte, kommen in der Praxis nicht selten vor. Das Leben in Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist aufgrund von personellen und strukturellen Gegebenheiten mit gewissen Einschränkungen verbunden. Was die Wahrung der Freiheitsrechte der Bewohner angeht, zeigt sich die Judikatur sehr streng. Die Gerichte betonen regelmäßig, dass personelle und strukturelle Defizite keine Rechtfertigung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen seien. Bewegungsbeschränkungen zur Sicherstellung eines störungsfreien Anstaltsbetriebs oder aus Bequem-

³³ Beschluss des LG Linz 15 R 98/08z vom 20.3.2008.

³⁴ Beschluss des LG Wels 21 R 253/07s vom 25.7.2007.

lichkeit bzw. Überlastung des Anstaltspersonals sind unzulässig.³⁵ Freiheitsbeschränkungen, die auf mangelnde Personalkapazitäten zurückzuführen sind, sind ebenso unverhältnismäßig wie sonstige organisatorische Schwierigkeiten, die der Sphäre der Heimbetreiber zuzurechnen sind.³⁶

Die Verordnung oder Verabreichung sedierender Medikamente wie Schlafmittel, Neuroleptika oder anderer Psychopharmaka stellen jedenfalls dann eine Freiheitsbeschränkung dar, wenn diese gegeben werden, um den Bewohner an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern, um die Pflege zu erleichtern, um Ruhe auf der Station oder im Heim herzustellen.³⁷

Das oben angeführte Beispiel zeigt sehr deutlich, dass auch bei Vorhandensein einer entsprechenden Diagnose, nämlich einer Tag/Nacht-Umkehr, und einer durchaus darauf abzielenden medikamentösen Therapie dennoch eine Freiheitsbeschränkung mittels Hypnotika bzw. auch anderen sedierenden Arzneien vorliegen kann, wenn etwa die Habitualnorm des Patienten nicht berücksichtigt wird und sein Schlaf zu einem bestimmten Zeitpunkt pharmakologisch erzwungen wird. Gleiches gilt, wenn etwa die Dauer des Schlafes ohne medizinische Notwendigkeit über das individuell notwendige Schlafbedürfnis eines Patienten hinaus medikamentös verlängert wird.

Infobox 4

Hypnotika – KEINE medikamentöse Freiheitsbeschränkung liegt in der Regel vor, wenn...

1. eine konkrete begründete Diagnose von Ein- und/oder Durchschlafstörungen bzw. gestörtem Tag/Nacht- Rhythmus vorliegt, und es das gelindeste Mittel ist, positiv auf den Schlafrhythmus einzuwirken,
2. die Habitualnorm des Betroffenen berücksichtigt wird (individueller Lebensrhythmus und persönliche Bedürfnisse),
3. die Medikation nicht im Zusammenhang mit strukturellen und personellen Defiziten steht,
4. die Patienten (ohne Leidensdruck) nicht pharmakologisch zum Schlaf „gezwungen“ werden,
5. die Dauer des Schlafzustandes nicht den therapeutisch indizierten und den persönlichen Bedürfnissen des Betroffenen angemessenen Zeitraum übersteigt,
6. das Antidepressivum in therapeutischer Dosierung als schlafanstoßende Medikation verordnet wird und in dieser Dosierung nicht geeignet ist, Schlaf zu „erzwingen“ (d.h., dass die bewegungsdämpfende Wirkung willentlich überwunden werden kann).

Zu den in diesem Kapitel angestellten Ausführungen und Fallbeispielen liegt noch keine Judikatur des Obersten Gerichtshofs vor.

³⁵ Beschluss der OGH zum UbG 1 Ob 287/98g vom 30.10.1998 (RIS-Justiz RS0075836).

³⁶ *Klaushofer*, Heimaufenthaltsgesetz: Ein erster Überblick, ZfV 2004/1229 Pkt. VI aE.

³⁷ Beschluss des LG Wels zu 21 R 253/07s vom 25.7.2007.

6. Anhang: Kurzfassung

Das vorliegende Manual befasst sich ausschließlich mit der für die Anwendbarkeit des Heimaufenthaltsgesetzes primären Fragestellung

„Wann ist die Verabreichung von Medikamenten als medikamentöse Freiheitsbeschränkung im Sinn des § 3 (1) HeimAufG zu qualifizieren und an die Bewohnervertretung zu melden?“

Eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Mittel liegt vor, wenn die Behandlung *unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen*, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben (Erläuterungen der Regierungsvorlage zum Heimaufenthaltsgesetz S. 9 Anm.14; *Barth/Engel*, Heimrecht (2004), Anm. 7 § 3 HeimAufG). Der Oberste Gerichtshof (2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h) hält fest, dass für das Vorliegen einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung die folgenden Fragen entscheidungserheblich sind:

1. Welchen therapeutischen Zweck verfolgt die Anwendung jedes einzelnen der zu überprüfenden Medikamente?
2. Wurden bzw. werden die Medikamente – insbesondere in der dem Bewohner verabreichten Dosierung und Kombination – dieser Zweckbestimmung entsprechend eingesetzt?
3. Welche konkrete Wirkung war und ist für den Bewohner mit dem Einsatz der Medikamente verbunden?

„Selbst die therapeutisch indizierte medikamentöse Behandlung ist als Freiheitsbeschränkung zu beurteilen, wenn sie primär der Unterbindung von Unruhezuständen und der Beruhigung, also zur „Ruhigstellung“ des Patienten dient“ (2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h).

Zur Beurteilung des Vorliegens einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung ist neben der Intentionalität der Medikamentengabe auch die potenzielle bzw. beabsichtigte Wirkung des verabreichten Medikaments auf den Patienten zu prüfen. Pharmaka, bei denen eine sedierende Haupt- oder Nebenwirkung von vornherein ausgeschlossen werden kann, werden in aller Regel keine medikamentöse Beschränkung darstellen können. Wird aber im Rahmen einer multipharmakologischen Behandlung aufgrund der Wechselwirkungen der einzelnen Präparate eine sedierende Wirkung auf den Patienten erwartet bzw. beabsichtigt, so ist für die Beurteilung des Vorliegens einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung wiederum die Intention ausschlaggebend.

Eine besondere Erheblichkeitsschwelle (Grad der Sedierung) hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Sedierung muss für die Qualifikation einer medikamentösen Therapie als Freiheitsbeschränkung nicht vorliegen. Eine Dämpfung des Bewegungsdranges bzw. eine Verringerung der „Weglauftendenz“ ist einer Unterbindung der Ortsveränderung gleichzuhalten. Therapeutische und pflegerische Beweggründe können die Qualifikation einer solchen Maßnahme als Freiheitsbeschränkung nicht verhindern. Ist eine Sedierung nicht feststellbar, so kann auch in der Regel nicht von einer Freiheitsbeschränkung gesprochen werden.

Stellt die medikamentöse Behandlung eine Alternative oder Ergänzung zu einer anderen Art von Freiheitsbeschränkung (z. B. mechanische Fixierung) dar, so ist regelmäßig von einem medikamentösen Freiheitsentzug auszugehen, da es rechtlich keinen Unterschied machen kann, ob mechanische oder medikamentöse Maßnahmen zur Gefahrenabwehr eingesetzt werden.

Im Folgenden werden einzelne Medikamentengruppen bzw. auch Substanzklassen im Hinblick auf deren potentiell freiheitsentziehenden Wirkungen näher dargestellt.

Im Rahmen einer Schmerztherapie mit bspw. **Opioiden / Analgetika** bei Palliativpatienten ist die auftretende Sedierung in der Regel eine unvermeidliche Nebenwirkung. Dies gilt in der Regel auch für **Narkotika**, die im Rahmen von Operationen oder etwa invasiven diagnostischen Untersuchungen verabreicht werden.

Antidementiva sowie Ginkgo biloba-Präparate und Nootropika haben keine sedierende Wirkung, die Therapie der kognitiven und nicht-kognitiven Symptomatik der Demenzerkrankung steht im Vordergrund.

Der Einsatz von **Antidepressiva** ist in aller Regel allein durch andere therapeutische Indikationen motiviert; eine allenfalls sedierende Wirkung ist als unvermeidliche Nebenwirkung anzusehen, wenn es keine Alternative zur Behandlung der Depression gibt. Werden sedierende Antidepressiva aber zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdrangs verabreicht, so wird auch mit dieser Substanzklasse eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung verwirklicht.

Die Verabreichung von Arzneimitteln zur Behandlung nicht-psychiatrisch geprägter Krankheitsbilder (z. B. internistischer Erkrankungen) ist in der therapeutisch notwendigen Dosierung keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung. Eine allenfalls auftretende Sedierung (z. B. Antihistaminika der ersten Generation oder Beta-Blocker) stellt eine unvermeidliche Nebenwirkung in der Verfolgung des Therapiezieles dar. Im Rahmen eines so genannten „**Off-Label-Use**“ (zulassungsüberschreitender Einsatz von Arzneimitteln) ist die Verwendung solcher Präparate zur Durchführung einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung aber sehr wohl möglich, wenn mit deren Verabreichung überwiegend die Bewegungs-dämpfung bezweckt wird bzw. die sedierende Nebenwirkung bewusst „ausgenutzt“ wird, obwohl diese durch eine Therapieumstellung vermieden werden könnte. Denkbar wäre auch eine Fallkonstellation, bei der etwa typische Neuroleptika, wie z. B. Cisordinol und Haldol über einen langen Zeitraum verabreicht werden und der Patient starke extrapyramidal-motorische Störungen und eine Muskelsteifigkeit entwickelt, die zu einer massiven Bewegungseinschränkung führt. Auch hier liegt im Fall einer Duldung bzw. Ausnutzung dieser bewegungseinschränkenden Nebenwirkungen eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor.

Die Verabreichung von **Antipsychotika** zur Behandlung von psychotischen Symptomen sowie der Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) stellt in therapeutisch notwendiger Dosierung keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar. Werden Antipsychotika aber auch zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdranges (Agitiertheit, Poromanie) oder zur Ruhigstellung (Schreien, Aggression, Unruhe, etc.) verabreicht, wird damit in der Regel eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung verwirklicht. Vor allem die typischen Neuroleptika (im Besonderen die hochpotenten), die auch als intravenöse Applikationsform zur Verfügung stehen, sind dazu geeignet, unmittelbar zum Zweck der Unterbindung der Ortsveränderung eingesetzt zu werden.

Die zur Gruppe der **Tranquillanzien** gehörenden **Benzodiazepine** werden aufgrund ihrer beruhigenden, Angst lösenden und zumeist auch Schlaf anstoßenden Wirkung zur Sedierung eingesetzt, aber auch zur Muskelentspannung und gegen (bestimmte) Krampfanfälle genutzt. Insbesondere in der medikamentösen Therapie der BPSD ist die Sedierung von agitiert-verwirrten oder hochgradig ängstlichen Patienten oft die beabsichtigte und erwünschte Wirkung. Werden also Benzodiazepine zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdranges (z. B. Agitiertheit, Poromanie) oder zur Ruhigstellung (Schreien, Aggression, Unruhe, etc.) verabreicht, so stellen sie eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar. Dies gilt insbesondere auch für jene Situationen, in denen Benzodiazepine wie auch Antipsychotika als medizinisch indizierte Einzelfallmedikation ärztlich angeordnet und in der Folge vom diensthabenden Pflegepersonal dem Patienten verabreicht werden.

Dass Medikamente zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen potenziell als Mittel zur Freiheitsbeschränkung eingesetzt werden können, ist unstrittig, zumal der Therapieerfolg ja in der Versetzung eines Patienten vom wachen in den schlafenden Zustand besteht. Für die Verwirklichung eines medikamentösen Freiheitsentzuges durch **Hypnotika** kommt einerseits deren Verabreichung zur „Unzeit“, d. h. zu einem Zeitpunkt, der keine Rücksicht auf den individuellen Tag-Nacht-Rhythmus des Patienten nimmt, in Frage, andererseits aber auch der Umstand, dass diese Mittel nicht im Zusammenhang mit der Behandlung einer Schlafstörung, sondern überwiegend zum Zweck der Sedierung etwa bei Verhaltensstörungen eingesetzt werden. Umgekehrt ist aber auch festzuhalten, dass fallweise auch Arzneimittel, die *nicht* Hypnotika sind (z. B. Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepine und Antihistaminika), zur Behandlung von Schlafstörungen verabreicht werden. Auch hier gilt, dass bei einem gezielten Einsatz zum Zweck der Behandlung einer Schlafstörung grundsätzlich keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vorliegt, wenn die Sedierung – mangels weniger die Beweglichkeit einschränkender Alternativen – eine unvermeidliche Nebenwirkung darstellt.

Die Verabreichung sedierender Medikamente wie Schlafmittel, Neuroleptika oder anderer Psychopharmaka ist jedenfalls dann eine Freiheitsbeschränkung, wenn diese gegeben werden, um den Bewohner an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern, um die Pflege zu erleichtern oder um Ruhe auf der Station oder im Heim herzustellen. Ebenso kann ein medikamentöser Freiheitsentzug vorliegen, wenn etwa die Habitualnorm des Patienten nicht berücksichtigt wird und sein Schlaf zu einem bestimmten Zeitpunkt pharmakologisch erzwungen wird. Gleiches gilt, wenn die Dauer des Schlafes ohne medizinische Notwendigkeit über das individuell notwendige Schlafbedürfnis eines Patienten hinaus, medikamentös verlängert wird.