

**Gerichtliche Fragen in der
Psychiatrie
Notfälle in der Psychiatrie**

28.04.2009.

i. Aufnahme an die psychiatrischen Station

- Freiwillig: schriftliche Mitteilung machen

2. Unter Zwang: rechtliche Garantie

Es gibt Empfehlungen in EU zu regeln die psychiatrische Aufnahmen und Beschränkungen an der psychiatrischen Station wegen menschlichen Rechten

i. Beschränkung an der Station

1. Aufnahme unter Zwang: Meldung zum Gericht (24 St.), gerichtliche Überprüfung (72 Stunden)
2. Obligatorische Behandlung nach gerichtlichen Entscheidung (Möglichkeit zu appellieren!)

ii. Vormundschaft/Pflegschaft (Bürgerrecht)

- Vormundschaftsgesetz: bei Volljährigen = bedeutet einen entrechteten Zustand o. rechtliche Beschränkungen

z.B.: bei Geschäfte, beim kaufen/verkaufen, Trennung, Eheschließung, Testament u. andere Willensklärung (mit Zusammenhang zu Betreuung, Unterbringung), stimmberechtigt, rechtliche Erklärungen

Vorliegen: geistige, seelische Behinderung

Betreuer: eine Vertreter des P. (auf dem Antrag des Betroffenen/von Amt) -Bevollmächtigte (z.B. bei körperlicher Behinderung)

- (Pflegschaftsgesetz: bei Kindern)

ii. Vormundschaft 2.

1. Nach einem Antrag des Arztes (z.B. Psychiater) beim Vormundschaftsgericht

2. Forensische psychiatrische Untersuchung/Gutachten:

Der Betroffene seine Angelegenheit ganz o. teilweise wegen seelischen Behinderung nicht besorgen kann

3. Entscheidung vor dem Gericht:

- Völlige Handlungsfähigkeit (keine Vormundschaft)
- Beschränkte Handlungsfähigkeit
- Befehlende Handlungsfähigkeit (Mangel an H.)

ii. Vormundschaft 3.

Die Konzeption:

- Die freie Entscheidung des Betroffenen so wenig, wie möglich eingeschränkt wird.
- Die Freiheit des Betroffenen nicht grundlos eingeschränkt und diskriminiert werden.

iii. Schuldfähigkeit (Strafrecht):

Nach dem forensischen psychiatrischen Gutachten gibt es:

- völlig schuldfähig
- beschränkte ~ :
- ausgeschlossene ~ : Schuldunfähigkeit bei der krankhaften seelischen Störungen (Psychose), tief greifenden Bewusstseinsstörungen, Schwachsinn, schweren anderen seelischen Abartigkeiten

iii. Schuldfähigkeit 2.

- Die Folge der Schuldunfähigkeit: die Zurückhaltung statt der Bestrafung
- Die Kriterien des Zurückhaltungs-:
 1. Ein aggressiver Tat gegen einen anderen Mensch (dessen Bestrafung ist über ein Jahr)
 2. Der Täter leidet an einer psychiatrischen Störung während des Tates und hat eine behandelnde psychiatrische Krankheit.

Notfälle in der Psychiatrie

- Intervention mit medizinischem Schwerpunkt (Intoxikation, Delirien); meist ist eine intensive Behandlung nötig (verschiedene Therapien in Abhängigkeit von der Ätiologie);
- Intervention ohne wesentliche medizinische Beteiligung (Schizophrenie, depressive Episode) — Stationär? Ambulant?
- Intervention mit psychosozialem Schwerpunkt (Krise);

Psychiatrische Syndrome bei der Notfallversorgung

1. psychomotorische Erregung (katatonies, manisches, agitiert-depressives Syndrom);
2. Bewusstseinsstörungen;
3. paranoid-halluzinatorische Syndrome;
4. depressive Syndrome, Angst/Panik-Syndrome;
5. Suizidalität;
6. von Psychopharmaka induzierte Notfälle;
7. Notfälle bei Alkohol- und Drogenmissbrauch.

1. Psychomotorische Erregung

Steigerung von Antrieb und Motorik, Bewegungsdrang aber auch Aggressivität, subjektive: Ängste, Panikgefühle, innere Unruhe, Wahnerlebnisse usw. (genaue Kenntnis von der Ätiologie wichtig!)

- Organische Ursachen:

Intoxikationen, Epilepsie, Durchblutungsstörungen (z. B. in der Geriatrie);

symptomatische Therapie: hochpotenzierte Benzodiazepine, aber auch Antipsychotika, die keine kardiovaskulären Nebenwirkungen haben (neben der Therapie der Grunderkrankung);

- Schizophrenie:

„produktive Symptomatik“ (Sinnesstörungen, Wahngedanken, abnorme Leibsensationen, WAHN);

Katatonie (bei Dominanz psychomotorischer Erregung);

Komplikation oder Kombination mit einer Alkohol-Drogen-Problematik;

Therapie: Antipsychotika.

1. Psychomotorische Erregung

- Manie:

neben gehobener und gereizter Stimmung sowie gesteigertem Selbstbewusstsein eine starke Aktivität mit fehlender Krankheitseinsicht (meist Indikation zur Hospitalisierung);

Therapie: Antipsychotika.

- Depressive Episode:

am häufigsten bei depressivem Wahn (Verarmungs- und Schuldwahn, nihilistischer und hypochondrischer Wahn) und damit auch eine erhöhte Suizidgefahr;

Therapie: Antidepressiva, vorübergehend auch Antipsychotika

- Belastungs- und Anpassungsstörungen:

können eine Reaktion mit aggressivem oder dissozialem Verhalten zur Folge haben;

im Vordergrund der Therapie steht das ärztliche Gespräch, im Notfall aber sollen auch Tranquilizer angewendet werden!

2. Bewusstseinsstörungen

Die Behandlung des Bewusstseinsverlustes geht meistens in anderen Fachrichtungen (Traumatologie, medizinische Klinik usw.) vonstatten.

In der psychiatrischen Notfallversorgung kommen hauptsächlich Delir, organisch-amnestisches Syndrom und Dämmerzustände vor;

- Delir:

kann toxisch sein (z. B. Alkohol, Medikamente, Drogen);

es kommt auch bei körperlichen Erkrankungen (z. B. nach Operationen, Schädel-Hirntraumen, bei Herz-Kreislauf Störungen usw.) vor;

kann pharmakogene Ursachen haben (z. B. Antidepressiva, Antiparkinsonsmittel, niederpotente Neuroleptika);

immer eine komplexe Therapie nötig (der Ursache entsprechend!), spezifische Therapie bei Alkoholdelir.

- Dämmerzustand:

Epilepsie (mit konvulsivem Status oder ohne);

Bedeutung der Diagnose: (Anamnese, EEG, Blutspiegel);

in Petit-mal oder Psychomotor-Status: Diazepam oder Clonazepam (i. v.):

5. Suizidalität

- Suizidgefahr kann in jeder Notfallsituation eine Rolle spielen (bei Depressionen, Schizophrenien, Suchterkrankungen, unheilbaren körperlichen Erkrankungen). Zur Behandlung des Suizids gehören:
 - Diagnose und Therapie der im Hintergrund stehenden Erkrankung;
 - Stabilisierung des somatischen Zustandes nach einem Versuch.
- **Fragen zur Bewertung der Suizidalität:**
 - Motivation, akute und chronische Probleme;
 - welche Möglichkeiten der Lösung stehen zur Verfügung und können vom Patienten akzeptiert werden usw.;
 - Klinikaufnahme nur bei gravierender Gefährdung.
- **Risikogruppen:**
 - psychiatrische Kranken;
 - Alkohol- und Drogenmissbrauch;
 - biologische Krisissituationen (Pubertät, Probleme im Alter);
 - unheilbare chronische Kranken;
 - ledige, geschiedene, vereinsamte Menschen;
 - Suizidversuche in der Anamnese;
 - gehäufte Suizidalität in der Familie;
 - Helfer – „burn out“ Syndrom.

6. Von Psychopharmaka induzierte Notfälle

- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (z.B.: akathisia);
- Überdosierungen bzw. Intoxikationen;
- Medikamenten-Wechselwirkungen (Interaktionen) - CYP 450-System;
- Absetzphänomene bzw. Entzugerscheinungen.

7. Notfälle bei schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen

- **Klärung von Art der Substanz, Dosis, Zeitpunkt der letzten Einnahme**
- Alkohol: bei Intoxikation: gewöhnlicher, selten pathologischer Rausch;
- bei Entzug: starke Erregung, Realitätsverlust, Prädelir, Delir;
- Opiate: bei Intoxikation: Atemdepression, epileptische Anfälle, Kreislaufversagen, Koma (Pupillen eng);
- bei Entzug: psychomotorische Unruhe, Tremor, Gereiztheit, Herzbeschwerden, Gliederschmerzen, Schlafstörung, (Mydriasis);
- Cannabis: bei Intoxikation: Mydriasis, Tachykardie, Hypertonie, Hyperthermie, Hyperglykämie, gerötete Konjunktiva
- Halluzinogene: Komplikation „Horrortrip“; Rauscherleben geht in psychotische Symptomatik über;
- Psychostimulanten: Vigilanzerrhöhung, Erregung, Angst, Wahn, Halluzinationen, starke sympathische Effekte,
- bei Kokain-Intoxikation: haptische Halluzinationen (Wanzen);
- Hypnotika: bei Intoxikation: Bewusstseinsstrübung bis Koma, Atemdepression;
- Schnüffelstoffe: bei Intoxikation: Bewusstseinsstrübung, Delir.