

VPP



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

aktuell

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E.V.

HEFT 63

Dezember 2023

Zwänge



EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die allgemeine weltpolitische Lage ist geprägt durch den Krieg in der Ukraine, den Konflikt zwischen Israel und Palästina und die besondere Herausforderung beim Thema Migration. Dass diese angespannte Lage dazu führt, dass immer mehr Menschen Ängste entwickeln und sich aus diesen Ängsten auch schnell zwanghaftes Verhalten entwickelt, ist gut nachvollziehbar.

Deshalb beschäftigen wir uns in dieser Ausgabe mit Zwängen. In ihrem Beitrag „Zwangserkrankungen: Betroffene zu Expert:innen ihrer Erkrankung machen“ beschäftigen sich die Autor:innen damit, welche Therapietools sinnvoll einsetzbar sind, wie wichtig es ist, Angehörige als Co-Therapeut:innen zu nutzen und natürlich schlussendlich die Klient:innen zu Expert:innen ihrer Erkrankung zu machen. Der zweite Schwerpunktbeitrag behandelt das Thema „Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Versorgung. Sehr anschaulich wird dargestellt, welche Möglichkeiten bestehen, in der psychiatrischen Klinik Gewalt und Zwang zu vermeiden.

Die Bedeutung des „Selbstmitgefühls“ wird ebenso in dieser Ausgabe thematisiert. Martin Krüger erläutert, wie wichtig es ist, dass wir mit uns positiv umgehen und die Messlatte für unsere eigenen Leistungen nicht zu hoch legen. Ein geflügeltes Wort: „Wer nicht arbeitet, macht keine Fehler, wer wenig arbeitet, macht wenig Fehler und wer viel arbeitet, macht viele Fehler.“

Anfang 2024 werden wir uns intensiv mit dem Thema elektronische Patientenakte (ePA) beschäftigen müssen, da neue Gesetze in Vorbereitung sind. Susanne Berwanger stellt in ihrem Beitrag dar, was sich verändern wird. Hinweisen möchte ich zudem auf den Beitrag unserer Tochtergesellschaft PsyCura, der die Bedeutung von privaten Unfallversicherungen für Psychotherapeut:innen skizziert.

Zum Abschluss noch etwas Werbung in eigener Sache. Wir laden alle Regionalvertretungen zu einer Besprechung am 19. Januar 2023 in der Zeit von 17 bis 19 Uhr nach Fulda ein. Es besteht auch die Möglichkeit, an dieser Veranstaltung digital teilzunehmen (Anmeldungen bitte an info@vvp.org).

Allen Leseri:nnen wünsche ich eine interessante Lektüre und ein frohes Weihnachtsfest.



Gunter Nittel
Mitglied im Vorstand des VPP und
Stellv. Vorsitzender des DK-Vorstand

INHALT

Editorial	3
-----------	---

Schwerpunktthema

Zwangserkrankungen: Betroffene zu Expertinnen/Experten ihrer Erkrankung machen	4
Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Versorgung – wie können wir sie vermeiden?	7

Selbstmitgefühl: Ein neuer Standard in der Psychotherapie?	11
--	----

Die elektronische Patientenakte (ePA) – Blick auf die Neuerungen 2024	15
---	----

Veranstaltungskalender	20
------------------------	----

Impressum	20
-----------	----

Private Unfall-Versicherung für Psychotherapeut:innen	21
---	----

Highlights aus dem Online-Magazin psyllife	22
--	----

Zwang

Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Versorgung – wie können wir sie vermeiden?

Wo gibt es Gewalt und Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung? Wie bzw. können diese vermieden werden? Der Beitrag skizziert differenziert die rechtliche Lage und schildert Wege zur Reduzierung und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.

Gewalt gegen Beschäftigte im Gesundheitswesen ist ein weltweites Phänomen, das im Rahmen der Corona-Pandemie und ihrer Nachwirkungen verstärkt in den Fokus geriet. Verbale und auch tätliche Gewalt gibt es gegen Hausärzt:innen, Pflegekräfte, Rettungskräfte, aber auch gegen Feuerwehrleute, Mitarbeitende auf Sozialämtern und in Polizei und Justiz, wie in den letzten Jahren viele Studien und auch Presseberichte gezeigt haben. So gesehen ist der psychiatrische Bereich keine Ausnahme.

Die Häufigkeit von Übergriffen und das Risiko der dort Beschäftigten sind jedoch deutlich höher als in anderen Bereichen, wie zum Beispiel eine große norwegische Ärztstudie zeigte. Warum ist das so? In erster Linie deshalb, weil aggressives Verhalten auch durch psychische Erkrankungen verursacht sein und dann zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik führen kann, in nicht wenigen Fällen zunächst einmal auch zur differentialdiagnostischen Abklärung.

Die betreffenden Personen begeben sich häufig nicht freiwillig in eine psychiatrische Klinik. Die Rechtsgrundlage dafür bilden die in den Bundesländern unterschiedlichen Psychisch-Kranken- oder Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKHG). Wer in aggressiver Grundstimmung ist und gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik verbracht wird, hat naheliegenderweise auch dort ein erhöhtes Risiko, sich aggressiv zu verhalten, und zwar gegenüber den dort Beschäftigten. Diese müssen aufgrund der Rechtslage die meist vom Eingewiesenen gewünschte sofortige Entlassung verweigern.

Daraus entsteht dann nicht selten diejenige Gewalt, die Beschäftigte in den Kliniken (wiederum auf der Grundlage der PsychKHG, seltener nach dem Betreuungsrecht) ausüben, nämlich Zwangsmaßnahmen. Diese reichen von informellem Zwang („wenn Sie keine Medikamente einnehmen, wird eine Wochenendbeurlaubung nicht möglich sein“) über geschlossene Türen bis hin zu Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne, nämlich Fixierung mit Gurten, Isolierung (Verbringen in einen leeren abgeschlossenen Raum) oder zwangsweise Verabreichung von Medikamenten (in der Regel Benzodiazepine, Antipsychotika oder dringend erforderliche somatische Medikation).

Abgesehen von akuten Notfällen ist für alle derartige Maßnahmen eine richterliche Entscheidung erforderlich. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie unterliegen in Deutschland so enger richterlicher Überprüfung – mit obligater Anhörung der Patient:innen – wie in keinem anderen Land. Gewalt und Zwang sind stigmatisierend für die betroffenen Patient:innen, aber auch für psychiatrische Einrichtungen und die dort Beschäftigten.

Durchbrechen des Teufelskreises – könnte man nicht grundsätzlich auf Zwang verzichten?

Diesen Vorschlag gibt es durchaus mit großer Ernsthaftigkeit, und zwar vonseiten des Komitees der Vereinten Nationen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In diversen in den letzten Jahren veröffentlichten Dokumenten und wiederkehrenden sogenannten „Staatenberichten“ werden die Unterzeichnerstaaten der Behindertenrechtskonvention wiederholt aufgefordert (so auch Deutschland wieder im September 2023), sämtliche „Sondergesetze“ für psychisch kranke Menschen abzuschaffen und sie anstelle dessen rechtlich so zu behandeln wie alle anderen Menschen auch. Konkret hieße das, Abschaffung der genannten Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze, des Betreuungsrechts, der Gesetzgebung zur Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) und der Gesetze zur Forensischen Psychiatrie (§§ 63, 64 Strafgesetzbuch).

In einer derartigen Welt (die bisher nirgends realisiert wurde) würde die Psychiatrie arbeiten wie die Psychosomatik, d. h. ausschließlich auf freiwilliger Basis und nur beratend. Im Hinblick auf die Stigmaproblematik wäre dies eine hervorragende Lösung. Auf den zweiten Blick zeigen sich freilich schwerwiegende, kaum zu lösende Probleme, wenn für jegliche Art von Maßnahmen bei Selbst- oder Fremdgefährdung psychisch kranker Menschen nur noch Polizei und Justiz zuständig wären.

Wie sollte etwa mit akuter Suizidalität bei einer Depression, Fremdgefährdung im Rahmen einer akuten Psychose oder schwerer Selbstvernachlässigung bei Demenz umgegangen werden? Aus diesem Grund hat das Bundesverfassungsgericht 2011 und 2018 sehr eingehend zu dieser Problematik einschließlich der UN-Behindertenrechtskonvention Stellung genommen und die grundsätzliche Berechtigung – freilich nicht nur diese, sondern sogar in manchen Fällen auch die Erforderlichkeit – von solchen Zwangsmaßnahmen grundsätzlich betont. Ähnlich hat sich der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zum „fürsorglichen Zwang“ (2018) geäußert.

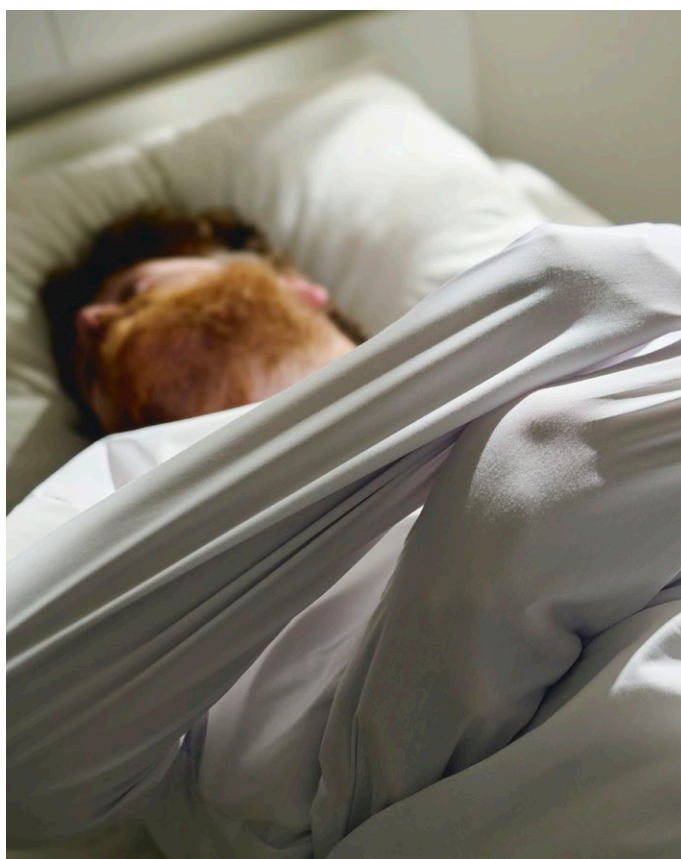
Der Grund dafür, dass die Bewertungen sehr unterschiedlich sind, liegt im Kern des psychiatrischen Fachgebiets selbst. Die WHO und das UN-Komitee verstehen psychische Erkrankungen gesamthaft als psychosoziale „Krisen“ ohne weitere Differenzierung und verweisen darauf, dass es in der UN-Konvention keine Erwähnung von Sondertatbeständen wie Einwilligungsunfähigkeit oder dergleichen gebe (wobei freilich psychische Erkrankungen oder Behinderungen überhaupt nicht explizit erwähnt werden).

Das Fachgebiet Psychiatrie gründet dagegen wesentlich auf der Psychopathologie und macht einen grundlegenden Unterschied zwischen leichteren psychischen Störungen wie zum Beispiel Angststörungen und leichteren Depressionen, die die Entscheidungsfähigkeit nicht beeinträchtigen und schweren psychischen Störungen wie Psychosen oder Demenz, die die autonome Entscheidungsfähigkeit in manchen Fällen aufheben. Die juristische Trennlinie für eine „Sonderbehandlung“ liegt also nicht an einer psychischen Diagnose, sondern an der Frage einer aufgehobenen Einwilligungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit. Dies ist auch die Sichtweise der Medizinethik und des in Deutschland geltenden Rechts. Der Widerspruch zu den Interpretationen des UN-Komitees und der WHO bleibt bislang unaufgelöst. Psychiater:innen bewegen sich bei vielen Entscheidungen rechtlich an der schwierigen Grenze zwischen ungerechtfertigten Eingriffen in die Patientenautonomie und dem möglichen Vorwurf unterlassener Hilfeleistung.

Wege zur Vermeidung von Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Klinik

Vor dem zuvor dargestellten Hintergrund ist es ein anspruchsvolles Unterfangen, Gewalt und Zwang in psychiatrischen Einrichtungen zu reduzieren. Dennoch ist sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb des Fachgebiets die Auffassung verbreitet, dass gerade dies außerordentlich wünschenswert ist und ein, wenngleich auch schwer zu quantifizierendes, Qualitätsmerkmal einer „guten“ psychiatrischen Versorgung darstellt. Gleichzeitig besteht auch ein recht verbreiteter Konsens darüber, dass eine möglichst gewaltvermeidende Psychiatrie sich nicht dadurch auszeichnen sollte, dass sie sich der Verantwortung für besonders schwer erkrankte Menschen entzieht und z.B. versucht, diese gar nicht aufzunehmen.

Um dieser komplexen Problematik gerecht zu werden, hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) die Erstel-



© pressmaster - Freepik

Wie kann Zwang in der psychiatrischen Versorgung vermieden werden?

lung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang und therapeutischen Maßnahmen bei aggressivem Verhalten (2018) initiiert. S3-Leitlinien stellen das höchste Level von medizinischen Leitlinien dar. Sie müssen auf einer umfassenden Recherche und Bewertung aller verfügbaren Evidenz und einem genau definierten formalen Konsensusprozess unter Beteiligung von Expert:innen (einschließlich Patient:innen und Angehörigen) und möglichst vielen Fachgesellschaften beruhen.

Die Leitlinie gibt insgesamt 89 Empfehlungen unterschiedlicher Stärke zu Fragen der Diagnostik, der Pharmakotherapie, der Durchführung von Deeskalationstrainings, der menschenwürdigen Gestaltung von Zwangsmaßnahmen, der notwendigen Überwachung (besser: Begleitung) und Nachbesprechung. Diese 89 Empfehlungen wurden in zwölf „Implementierungsempfehlungen“ für psychiatrische Stationen kondensiert, die nun ein komplexes State-Of-the-Art-Programm für psychiatrische Einrichtungen darstellen, um Zwang soweit als möglich zu reduzieren und zugleich die Beschäftigten vor Gewalt

zu schützen und damit auch die Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes zu berücksichtigen (im Internet verfügbar mit zahlreichen weiteren Materialien unter www.prevco.de).

Diese Empfehlungen umzusetzen, ist die hohe Kunst der Tätigkeit in der Akutpsychiatrie. Dabei handelt es sich einerseits um organisatorische Maßnahmen (z. B. Organisation von Deeskalationstrainings oder Bereitstellung von Personal für 1:1-Betreuungen, geeignete Räumlichkeiten), andererseits auch um fachliche Kompetenzen (z. B. Kenntnis der adäquaten Pharmakotherapie, deeskalierende Gesprächstechniken, partizipative Entscheidungsfindung) und nicht zuletzt um Fragen der „Haltung“ und des Menschenbildes, die nicht einzelne Beschäftigte, sondern ein gesamtes Behandlungsteam verkörpern sollten.

Kolleg:innen, die das über viele Jahre mit hohem Engagement tun, trotz Anfeindungen und dem Risiko körperlicher Übergriffe, verdienen hohen Respekt. Freilich gilt auch an dieser Stelle: Behandlungsqualität erfordert Ressourcen und gut ausgebildete Fachkräfte. Dies betrifft alle Berufsgruppen. Ein Verlust hochqualifizierter Fachkräfte könnte in der psychiatrischen Versorgung, nicht anders als in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens, zu einer Abwärtsspirale und einem erheblichen Verlust an Qualität führen, mit traumatisierenden Folgen für Patient:innen.

Verhinderung von Zwang beginnt vor der Klinik

Wenn jemand erregt und intoxikiert von der Polizei in Handschellen in eine psychiatrische Klinik gebracht wird, wird es der dort tätigen Ärztin bzw. dem Arzt und den zwei im Dienst befindlichen Krankenpfleger:innen vermutlich schwer fallen, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Die Vermeidung von Zwang in psychiatrischen Kliniken beginnt deshalb schon weit vor der Klinikaufnahme. Es kommt häufig vor, dass Menschen sich in der Öffentlichkeit, gegenüber Angehörigen oder Nachbarn unangemessen bedrohlich und aggressiv verhalten. Die gesetzliche Handhabe jenseits einer Strafanzeige ist begrenzt, weil vorbeugende freiheitsentziehende Maßnahmen nicht möglich sind. Die einzige Ausnahme ist die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den PsychKHGs.

Deshalb wird in der Öffentlichkeit und in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens in solchen Fällen sehr schnell der Ruf nach „Psychiatrie“ laut. Dort wird man jedoch – auch leitliniengemäß – sorgfältig auf die strikte Beachtung der Gesetzeslage verweisen. Die Gefährdung muss *erheblich, akut* und durch eine psychische Erkrankung *verursacht* sein. Diese

muss zu einer Aufhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit geführt haben. Die Diagnosen von Alkoholmissbrauch und einer Persönlichkeitsstörung reichen also nicht aus, auch wenn dies der Hintergrund nicht weniger Tötungsdelikte ist. Nicht immer ist die Abklärung einfach und bereits am Telefon möglich, eine kurzzeitige stationäre Aufnahme kann erforderlich sein. Wenn deren Ergebnis aber ist, dass keine Unterbringungsgründe vorliegen, handelt es sich nicht um ein Problem einer zu behandelnden psychischen Erkrankung und es wird eine Entlassung erfolgen, auch wenn dies häufig auf Unmut stößt und eine anderweitige Lösung der Probleme bei fehlender Kooperation schwierig bleibt.

Auch Menschen, die tatsächlich an einer schweren chronischen psychischen Erkrankung wie einer schizophrenen Psychose leiden, können – insbesondere, wenn sie verordnete Medikamente abgesetzt haben – zu von Wahnvorstellungen getriebenen Gewalttaten neigen. Auch hier muss die Gewaltprävention im kommunalen Raum beginnen. Die beste Prävention ist eine gute und ausreichend dichte psychosoziale Betreuung und Unterstützung im Wohnumfeld, durch sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen. Krisen lassen sich so meistens vermeiden. Für Menschen, die aus dem psychosozialen Gesundheitsnetz herausgefallen sind oder sich diesem vorübergehend entzogen haben, bedarf es der engen sektorübergreifenden Kooperation von öffentlichen Diensten, Polizei, Justiz, Hausärzt:innen, ggf. auch Psychotherapeut:innen und psychiatrischen Kliniken.

Selbstgefährdung

In Deutschland scheint eine weit verbreitete Übereinkunft darüber zu bestehen, dass Menschen, die sich suizidal äußern („dann kann ich mich ja gleich aufhängen“) umgehend in ein psychiatrisches Krankenhaus verbracht werden müssen, ggf. auch gegen ihren Willen. Diese Vorstellung wird von weiten Teilen der Öffentlichkeit, Hausärzt:innen, Ärzt:innen in somatischen Kliniken, Angehörigen der Betroffenen und nicht selten von diesen selbst kaum hinterfragt geteilt.

Dies ist in vielen anderen europäischen Ländern nicht so, und dies entspricht auch nicht der Rechtslage. Suizid ist keine strafbare Handlung, die Ankündigung einer derartigen Handlung rechtfertigt auch zunächst einmal keine Eingriffe in die Grundrechte. Die Ausnahme ist wiederum nur eine Verursachung durch eine psychische Erkrankung, welche die Entscheidungsfähigkeit aufhebt (also etwa eine schwere Depression oder Psychose, nicht aber eine Persönlich-

keitsstörung oder Anpassungsstörung). Die Beurteilung ist manchmal nicht einfach und erfordert dann profunde Fachkenntnisse.

Auch in diesen Situationen ist die schwierige Entscheidung zwischen schweren Eingriffen in die Grundrechte und einem möglichen Haftungsrisiko im Fall eines Suizids gefragt. Umso wichtiger ist es aber gerade an dieser Stelle, möglichst ein Einverständnis mit den betreffenden Patient:innen für das weitere Vorgehen zu erreichen (was auch in den allermeisten Fällen gelingt) und dadurch gewalttätige Eskalationen und traumatische Erfahrungen zu vermeiden. Statt auf die Äußerung „da kann ich mich ja gleich aufhängen“ die Polizei anzurufen, sollte man also viel eher erst einmal fragen „was meinen Sie damit genau?“ und dann in ein psychotherapeutisches Gespräch eintreten.

Mit Selbstgefährdung lässt sich mit entsprechender Erfahrung nahezu immer (auch in der psychiatrischen Klinik) ein guter fachlicher Umgang finden, ohne dass es zu Gewalt und Zwang kommt. Sehr häufig ist die Einbeziehung von Dritten

(meistens Angehörigen) hilfreich, oft sogar unerlässlich, auch wenn dies im üblichen psychotherapeutischen Setting ungewohnt ist.

Ausblick

Für die Reduzierung von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie wurden im Verlauf der vergangenen zwei Jahrzehnte umfangreiche gesetzliche Schutzbestimmungen eingeführt und Qualitätsstandards der Versorgung immer besser definiert. Es gibt eine S3-Leitlinie zur Vermeidung von Zwang und ein Implementierungsprogramm zu deren Realisierung in der Praxis. Unverzichtbar ist aber auch künftig eine quantitativ und qualitativ gute Ausstattung dieses Bereichs des Gesundheitswesens mit Personal und Ressourcen und eine gute sektorübergreifende Zusammenarbeit aller Akteur:innen.

*Prof. Dr. Tilman Steinert
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der
Universität Ulm (Weissenau)
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg*

psylife
live

Dr. Udo Boessmann

WEBINAR-REIHE

Psychotherapie wirkungsvoll gestalten

Für alle, die in Psychotherapie,
Beratung und Coaching tätig sind



www.psylife.de/psylife-live

ab **24.01.2024**, 19:30 Uhr