

Mehr Aggression, bloßes „Wutbürgertum“ oder Ent-Solidarisierung?

Ein Appell zu einem respektvolleren Miteinander, über das Anspruchsdenken in der Gesellschaft und die Warnung vor Egozentrität. Das „Bayerische Ärzteblatt“ im Redaktionsgespräch mit drei Psychiatern.



Die Professoren Hans Förstl, Franz Joseph Freisleder und Peter Zwanzger (v. li.) im Gespräch mit dem „Bayerischen Ärzteblatt“.

In den vergangenen Monaten berichteten Medien vermehrt über eine Zunahme der Gewalt gegenüber Rettungskräften. Im Ärztlichen Nachrichtendienst (änd) gaben 44 Prozent der Ärzte an, dass sie oder ihre Mitarbeiter sich pro Woche mindestens einmal mit einem Patienten auseinandersetzen müssten, der grob beleidigend und aggressiv sei. 21 Prozent der Ärzte berichteten, dass sie selbst regelmäßig direkt beleidigt oder beschimpft würden. Jeder vierte Arzt (25 Prozent) gab an, schon einmal Erfahrungen mit körperlich gewalttätigen Patienten in der eigenen Praxis gemacht zu haben. Schon im Jahr 2015 gaben 91 Prozent der Ärzte an, dass sie während ihrer Arbeit mit Gewalt konfrontiert waren, so eine Studie des *Deutschen Ärzteblattes*.

Auch der Gesetzgeber hat den Handlungsbedarf erkannt. So sollen mit dem Gesetzentwurf von Bundesjustizminister Heiko Maas (SPD) künftig strenge Strafen für Angriffe auf Rettungskräfte verhängt werden. Bereits im

Februar 2017 forderte die Bayerische Landesärztekammer in einer Pressemitteilung auch Ärztinnen und Ärzte mit in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Dies ist bislang nicht passiert.

Das *Bayerische Ärzteblatt* lud drei Psychiater zum Redaktionsgespräch, um mit ihnen über die Entwicklungen im Umgang von Arzt und Patient zu sprechen.

Die Gesprächspartner

Professor Dr. Franz Joseph Freisleder, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Ärztlicher Direktor des kbo-Heckscher-Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, München.

Professor Dr. Peter Zwanzger, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Di-

rektor und Chefarzt Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik, kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn.

Professor Dr. Hans Förstl, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München.

Wie ist Ihre Einschätzung zum Thema Gewalt gegenüber Ärzten und Rettungskräften? Haben wir es tatsächlich mit einer Zunahme an Übergriffen zu tun?

Freisleder: Aus Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters ist festzustellen, dass gerade Jugendliche in kritischen Situationen impulsiver reagieren können und manchmal eine niedrigere Hemmschwelle haben als Erwachsene. Dieses Phänomen hat aber nicht unbedingt etwas mit unserer Zeit zu tun. Unabhängig davon würde ich heute schon von einer gewissen Zuspitzung der Gewaltbereitschaft bei jungen Menschen sprechen.

Können Sie das näher erläutern?

Freisleder: Mittlerweile resultieren über 80 Prozent der Patienten, die in unserer Münchner Klinik aufgenommen werden, aus Notfällen. Vor allem in der Aufnahmesituation sind wir dann häufiger als früher mit depressiven, suizidgefährdeten bzw. erregten, gelegentlich auch aggressiv gestimmten Jugendlichen konfrontiert, deren psychische Befindlichkeit rasch wechseln kann, zum Beispiel im Zusammenhang mit alkohol- oder drogeninduzierten Zustandsbildern. Ab und zu spielen bei psychiatrischen Krisen auch die Patienteneltern eine wichtige Rolle, die oft in die Konflikte ihre Kinder emotional involviert sind.

Würden Sie sagen, dass das vor zehn Jahren noch anders war?

Freisleder: Die Inanspruchnahmehäufigkeit und das Profil der Patienten, die kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken mit einem Sicherstellungsauftrag, also einer Aufnahmeverpflichtung bei Behandlungsindikation, versorgen müssen, hat sich durchaus verändert. Neben anderen Aspekten ist die Gewaltbereitschaft einiger Patienten heute größer. Wir haben uns in der Heckscher-Klinik deshalb dazu entschlossen, einen Sicherheitsdienstmitarbeiter einzustellen, der jeden Abend ab 20 Uhr bis morgens präsent ist und uns in schwierigen Situationen unterstützen kann.

Herr Professor Zwanzger, wie sieht die Situation bei erwachsenen Patienten aus?

Zwanzger: Man muss hier ganz unterschiedliche Phänomene unterscheiden. Zum einen die Situation von Rettungssanitätern, in Ambulanzen und die Situation in psychiatrischen Kliniken. Aggression kann überall auftreten, äußert sich aber ganz unterschiedlich und hat verschiedene Ursachen. Demzufolge muss diesen Aspekten auch ganz unterschiedlich begegnet werden.

Wie gehen Sie in der Klinik damit um?

Zwanzger: In der Psychiatrie ist aggressives Verhalten ein nicht seltenes Phänomen.

In den meisten Fällen steht sie im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Grunderkrankung, zum Beispiel bei psychotischen Störungen. Aber auch Verwirrheitszustände bei Patienten in der Gerontopsychiatrie sind häufig, auch diese Störungen können mit aggressivem Verhalten einhergehen. Ebenso kann ein Alkohol- oder Drogenentzug aggressives Verhalten hervorrufen. Es gibt also viele verschiedene Ursachen. Das Management dieser Situationen wird allerdings durch die veränderte Gesetzeslage erschwert, eine medikamentöse Behandlung verwirrter oder aggressiver Menschen ist mittlerweile rechtlich nur noch sehr schwer möglich.

Wie wirkt sich das aus?

Zwanzger: Eine Behandlung gegen den Willen des Patienten ist in der Regel nur noch nach juristischer Prüfung und richterlicher Zustimmung möglich. Oftmals divergiert die Einschätzungen der Juristen von der ärztlichen Beurteilung. Dies hat zur Folge, dass verwirrte oder auch aggressive Patienten tagelang, manchmal auch wochenlang in einer psychiatrischen Klinik sind, ohne dass eine Behandlung erfolgen kann.

Wie stellt sich die Situation in den Notfallambulanzen dar?

Zwanzger: Aus der konsiliarischen Zusammenarbeit mit somatischen Kliniken und deren Notfallambulanzen wissen wir, dass gerade Intoxikationen mit Drogen oder Alkohol zu aggressiven Entgleisungen führen. Gerade die neuen synthetischen Drogen führen oftmals zu Störungen der Impulskontrolle und exzessiver Gewaltbereitschaft.

Herr Professor Förstl, schließen Sie sich an?

Förstl: In der Psychiatrie muss man damit rechnen, dass solche Situationen eintreten können. Im Allgemeinen gelingt die Deeskalation bei solchen Patienten in der Klinik recht gut vor allem durch das Geschick der Pflegekräfte. Sie sind oft erfahrener als die Ärzte, die zum großen Teil in Weiterbildung sind. Für den Eigenschutz ist regelmäßiges Deeskalationstraining wichtig.

Wo genau liegt dann die Problematik bei einer adäquaten Behandlung von potenziell gewaltbereiten Patienten?

Förstl: Die derzeitige Gesetzeslage finde ich schwierig. Wir können einen Patienten in manchen Fällen nicht ausreichend behandeln, wenn er und gegebenenfalls sein Betreuer die Behandlung ablehnen. Mit der jetzigen Regelung lässt der Gesetzgeber den Arzt praktisch ins Messer laufen, indem er von ihm erwartet, dass dieser sich – aufgrund seiner Garantspflicht – zuverlässig kümmert und sich damit vermehrten Risiken aussetzt. Oft bleibt der Arzt bei seiner Arbeit ungeschützt. Ärzte fühlen sich schon auch vorgeschickt.

Sie meinen, Sie bräuchten hier eine andere Handhabe, mehr Freiraum bei der Behandlung?

Förstl: Es wäre zu wünschen, dass sich der Gesetzgeber mehr für diejenigen Berufe stark macht, die helfen wollen und müssen, wie zum Beispiel auch Notärzte und Psychiater. Die Garantspflicht sieht unsere Hilfe vor, auch wenn wir es mit Situationen zu tun haben, die bedrohlich werden können.

Soziologen sprechen immer wieder von einer zunehmenden Komplexität der Gesellschaft, durch die Globalisierung und die fortschreitende Vernetzung. Inwieweit wirkt sich dies auf die medizinische Versorgung aus?

Freisleder: Aus soziologischer Sicht kommt mir ein weiterer, übergeordneter Themenbereich in den Sinn: Während des umstrittenen Neubaus des Stuttgarter Bahnhofs vor einigen Jahren ist im medialen Diskurs der Begriff des „Wutbürgers“ entstanden. Mittlerweile hat sich in Teilen unserer Gesellschaft eine rascher abrufbare kritische Haltung und Unzufriedenheit gegenüber Politikern oder Dienstleistern etabliert, die sich bei den verschiedensten Anlässen entladen können.

Wie macht sich das in der medizinischen Versorgung bemerkbar?

Freisleder: Beispielsweise in der gestiegenen Anspruchshaltung. Einige Menschen erwarten eine noch schnellere fachgerechte Hilfe und das zu jeder Tages- und Nachtzeit. Wenn diese dann nicht wunschgemäß erfolgt,

werden sie unzufrieden und zornig – um beim Begriff des „Wutbürgers“ zu bleiben. Auf dieses Verhalten treffen wir zum Beispiel in Ambulanzen oder bei Personen, die nicht regulär unter der Woche zum Arzt gehen, sondern eher lieber abends und am Wochenende. Die damit verbundene Erwartungshaltung, manchmal gepaart mit einer psychischen Störung, solche Konstellationen sieht man mehr, und ich finde, das ist – da Sie nach soziologischen Veränderungen gefragt haben – eben Ausdruck einer manchmal ausufernden Erwartungshaltung, von Egozentrität und

„Wutbürgertum“, die dann auch einmal die helfenden Berufe zu spüren bekommen.

Förstl: Ich würde nicht so weit gehen und von einem Verlust der Empathie sprechen, wie es manche Soziologen sagen. Ich glaube vielmehr, dass wir es mit einer Ent-Solidarisierung zu tun haben. Das ist nicht allein der Wutbürger als Speerspitze und Einzelkämpfer, sondern die Ent-Solidarisierung einer nicht mehr überschaubaren Gesellschaft. Bestimmte Grundannahmen und Vereinbarungen werden nicht mehr geteilt. In Phasen der „Anomie“,

also wenn unterschiedliche Wertesysteme sich durchdringen oder kollidieren, können schwierige Bedingungen entstehen.

Wo zeigt sich das in der medizinischen Versorgung?

Förstl: Zum Beispiel am so genannten Prekariat und den vermeintlich privilegierten Akademikern zu denen auch der Arzt gehört. In der Situation im Wartezimmer, da zeigt sich, dass sich manche Menschen zurückgesetzt fühlen. Das Gefühl der Solidargemeinschaft und der Selbstverantwortung für die Gesundheit wird abgelöst durch eine vermehrte Egozentrität und Anspruchshaltung.

Inwieweit hat sich bei Ihnen die Flüchtlingskrise bemerkbar gemacht?

Freisleder: In Kliniken, die viele Flüchtlinge versorgen müssen, kann es schon gelegentlich zu einem Aufeinanderprallen unterschiedlicher Kulturen kommen, selten auch einmal zu einer Gewalteskalation. Mittlerweile hat unsere Klinik so viel Routine erworben, dass wir die Situation mit weiterhin hohen Flüchtlingszahlen im Griff haben. Ich sehe es auch als unsere Aufgabe als Psychiater an, solche Konflikte rechtzeitig zu erkennen und mit schwierigen Patienten richtig umgehen zu können. Diesen Wissensvorsprung sollten wir an andere medizinische bzw. gesellschaftliche Bereiche weitergeben.

Was wäre Ihr Appell für einen noch besseren Umgang mit aggressiven Patienten?

Freisleder: Die Verantwortlichen in den verschiedenen medizinischen Bereichen sollten sich für eine angemessene personelle Besetzung und gezielte Ausbildungsmaßnahmen im Interesse der Sicherheit einsetzen. Es sollte keine Arbeitssituation geben, in der Mitarbeiter begründete Ängste haben müssen. Im ärztlichen Bereitschaftsdienst etwa darf es nicht sein, dass eine Ärztin oder ein Arzt alleine in eine Wohnung fahren muss, bei der sie oder er Unbehagen verspürt. Wenn dem so ist, braucht der Arzt einen kompetenten Begleiter.

Förstl: Wir Krankenhauspsychiater arbeiten alle in einem geschützten Rahmen. Wir gehen selten alleine zu einem neuen, aggressiven Patienten. Da ist immer jemand dabei. Das gibt uns schon eine gewisse Sicherheit und Ruhe. Anders ist das bei dem Arzt als Einzelkämpfer, zum Beispiel im Bereitschaftsdienst, der gar nicht damit rechnet, dass er mit Aggressivität konfrontiert ist. Denkbar wäre, im Vorfeld Risikoabschätzungen durchzuführen. Hier wäre eine präzise Abfrage und Kommunikation zwischen Rettungsleitstelle und dem Arzt, der in den Einsatz fährt, wichtig.

Rechtsreform aus dem Jahr 2012, 1906 BGB

Die im Interview angesprochenen rechtlichen Rahmenbedingungen werden durch den im Jahr 2013 geänderten § 1906 BGB festgelegt. Durch das am 22. Juli 2017 in Kraft getretene „Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten“ wurden die in diesem Interview thematisierten Regelungen in § 1906a BGB übergeführt.

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

- (1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil
 1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- (2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig.* Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschieben Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.
- (3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn
 1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
 2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
 3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
 4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
 5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

* § 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

Die Frage ist, inwieweit der Datenaustausch dies zulässt?

Förstl: Wenn man zum wiederholten Mal zu einer bestimmten Adresse gerufen wird an der es schon zu Schwierigkeiten gekommen ist, wäre zu überlegen, ob nicht von vorne herein jemand mitgeschickt wird bzw. der Arzt entsprechenden Polizeischutz erhält.

Professor Zwanzger, wie sollte man dem Problem Ihrer Ansicht nach begegnen?

Zwanzger: Ich finde eine Schulung aller Ärzte im Umgang mit schwierigen Patienten elementar. Dazu gehört auch, den Umgang mit aggressivem Verhalten zu lernen. Diese Dinge lernt man nicht im Medizinstudium. Wichtig ist sicher eine gewisse Deeskalationskompetenz, das heißt in der Lage zu sein, aggressives oder distanzloses Verhalten in einem ersten Schritt, wenn Sie so wollen, „abzufedern“. Auch die Fähigkeit zur Empathie ist wichtig. Patienten, die in die Notaufnahme kommen, sind ja häufig wegen ihrer Beschwerden verunsichert oder nervös. Langes Warten kann diese Verunsicherung verstärken und zu einer mitunter nicht unerheblichen psychischen Anspannung führen. Auch damit muss man umgehen können. Das ist oft gar nicht so einfach, weil der Arzt in der Notaufnahme ja selbst unter massivem Druck steht.

Freisleder: Für unabdingbar halte ich, wie schon gesagt, eine adäquate personelle Ausstattung gerade in solchen Risikobereichen. Gut geschultes Personal schafft Sicherheit und wirkt deeskalierend auf potenzielle Risikokandidaten.

Schlagen wir einmal die Brücke zur Politik. Sie haben angesprochen, es braucht mehr Personal, einen notwendigen Perspektivenwechsel. Was würden Sie sich außerdem von der Politik wünschen?

Zwanzger: Hier könnte man natürlich eine ganze Reihe von Aspekten anbringen. Lassen Sie mich zwei herausgreifen: Wichtig ist zum einen sicher eine ausreichende Personalausstattung. Wie bereits von Professor Freisleder ausgeführt, lassen sich angespannte Situationen am besten entschärfen, wenn ausreichend Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Das ist sicher ein ganz wichtiger Punkt. Zum zweiten würde ich gerne die unbefriedigende Gesetzeslage ansprechen, welche dem Arzt in psychiatrischen Notfallsituationen wenig bis gar keinen Spielraum lässt. Hier muss mehr Rechtssicherheit für den Arzt geschaffen werden.

Förstl: Die teilweise gegebene Einschränkung bei der medizinischen Behandlung von Patienten blockiert viele Ressourcen und führt dazu, dass manche Patienten am Ende in forensischen Kliniken landen und dort unter wenig

angenehmen Bedingungen dahinleben müssen. Ganz davon zu schweigen, dass andere Patienten unter diesen Bedingungen zu kurz kommen, da für sie keine Zeit mehr zur Verfügung steht.

Freisleder: Ich würde gerne noch auf einen anderen Aspekt hinweisen: In der Psychiatrie begegnen wir natürlich nicht ganz selten Patienten, bei denen auch eine Neigung zu Gewalt eine Rolle spielen kann. Gelegentlich präsentiert uns in diesem Zusammenhang die Polizei gewalttätige Jugendliche zur stationären Aufnahme, bei denen die Beamten von einer psychiatrischen Störung ausgehen. Oft handelt es sich dabei aber nicht um psychisch Kranke, sondern schlichtweg um aggressive, schwierige, möglicherweise auch straffällige Heranwachsende, die in der psychiatrischen Klinik eigentlich nichts verloren haben. Für diesen Personenkreis müssen andere Lösungen gefunden werden.

Zwanzger: Völlig richtig – ähnlich verhält es sich mit aggressiven Betrunkenen, die ebenfalls sehr oft von der Polizei in die Kliniken gebracht werden. Das Betrunkensein an sich ist kein Grund für eine stationär-psychiatrische Behandlung.

Was halten Sie von der Forderung, auch seitens Bayerischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Bundesärztekammer, dass bei Gewalt gegenüber Rettungskräften schärfere Strafen verhängt werden?

Zwanzger: Das ist sicher richtig und konsequent wenn man die Situationen betrachtet, denen Rettungskräfte oder auch Hausärzte oftmals gegenüberstehen. Das ist aber nur ein Aspekt. Darüber hinaus ist – wie schon gesagt

– von enormer Wichtigkeit, dass für den Arzt mehr Rechtssicherheit geschaffen wird, gerade in psychiatrischen Notfallsituationen.

Förstl: Wir sollten stärker zwischen der Situation in einer Notaufnahme und dem Notarzt, der rausfährt, unterscheiden. Das sind ganz unterschiedliche Situationen. Wenn der Notarzt im Einsatz ein mulmiges Gefühl bekommt, muss er das Recht haben umzukehren. Er muss aus der Garantienpflicht herausgenommen werden.

Was wäre Ihr Wunsch, welche Botschaft haben Sie?

Förstl: Bei körperlicher Bedrohung und Gefährdung müssen Einsatzkräfte einschließlich der Ärzte besser geschützt werden. Vor allem aber muss sich an dieser bigotten, menschenverachtenden Gesetzeslage etwas ändern. Denn das größere Leid erfahren Patienten, die keiner geeigneten Behandlung zugeführt werden können und deren Angehörige.

Zwanzger: Wir haben festgestellt, dass die Diskussion rund um Aggression gegen Ärzte außerordentlich facettenreich ist, vom Wutbürger bis hin zur schweren psychiatrischen Erkrankung. In der Diskussion ist klar geworden, dass es kein Patentrezept gibt. Vielmehr sind viele unterschiedliche Maßnahmen erforderlich. Entscheidend ist, Ärzteschaft, Politik aber auch die Allgemeinheit gleichermaßen für dieses Thema zu sensibilisieren. Wenn dies gelingt, bin ich optimistisch.

Vielen Dank für das Gespräch.
Die Fragen stellte Sophia Pelzer (BLÄK)

Anzeige

Augsburg – München – Nürnberg – Passau – Regensburg

**FÜR ALLROUNDER
UND SPEZIALISTEN**

**Der neue
mindray DC-40**

Full-Service-Leasing

ab **349,-** mtl*
inkl. Vollgarantie und kostenloser
Wartung während der gesamten
Leasingdauer

Mindray Premium-Farbdoppler-
system mit Premium-Bildqualität
– großer Sondenvielfalt –
kompaktem Design – komfortabler,
intuitiver Bedienung

Mehr Infos unter:
Seybold Medizintechnik
Sonotheek München: Hubertusstraße 4, 82110 Germering
Tel. 089 / 215 466 900 | www.seybold-medtech.de

SONORING®
Seybold Medizintechnik

*) Inkl. 2 Standard-Sonden,
Gelwärmter, Auto-IMT,
DICOM & SonoGDI,
zzgl. MwSt.

**Mit SICHERHEIT
keinerlei zusätzliche
Kosten**



