

Uwe Schirmer, Michael Mayer, Veronika Martin,  
Jörg Vaclav, Franz Gaschler, Seli Özköylü

# Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege

Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements  
für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie

schlütersche

### **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN-10:3-89993-170-X

ISBN-13: 978-3-89993-170-9

### **Die Autoren**

Die Autoren arbeiten in Praxis und Lehre der Pflege in den unterschiedlichsten Einrichtungen. Sie haben Ausbildungen in der Krankenpflege, Fachweiterbildungen für Intensivpflege und psychiatrische Pflege, Mediation, Supervision Gewaltfreier Kommunikation sind Dipl. Psychologen, Dipl. Pflegepädagogen.

**Mehr wissen – besser pflegen!**

**pflegen-online.de**

besuchen Sie unser Pflegeportal im Internet.

© 2006 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig  
Druck und Bindung: Druckhaus »Thomas Müntzer« GmbH, Bad Langensalza

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>1 Aggression und Gewalt in der Pflege – (K)ein Thema?</b> .....	9
1.1 Aggression als menschliche Verhaltensmöglichkeit.....	9
1.1.1 Aggression wird als bedrohlich und verletzend erlebt.....	9
1.1.2 Bedingungsfaktoren aggressiven Verhaltens .....	11
1.1.3 Aggressives Verhalten hat eine Absicht.....	12
1.1.4 Erleben ist subjektiv.....	13
1.1.5 Gibt es Patienten/Bewohner mit einem höheren Risiko für Aggressionen?.....	13
1.1.6 Wer ist von Aggression und Gewalt in der Pflege betroffen?.....	14
1.1.7 Welche Folgen haben gewaltsame Übergriffe für die Mitarbeiter? .....	15
1.2 Auslöser von Aggression und Gewalt.....	16
1.3 Risikofaktoren bei Patienten.....	17
1.4 Pflege ohne Gewalt – Warum das nicht geht .....	18
<b>2 Lernen Sie sich selber kennen</b> .....	21
2.1 Aggression macht Angst.....	21
2.1.1 Was ist Angst? Was macht Angst? .....	21
2.2 Sich vorbereiten .....	24
2.2.1 Kleidung muss der Arbeit angemessen sein .....	24
2.3 Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung .....	25
2.3.1 Lernen Sie sich selbst kennen .....	27
2.3.2 Selbstbeherrschung lernen – Der Selbstkontrollplan.....	29
2.3.3 Wenn alles vorbei ist.....	30
2.4 Kein Opfer werden .....	31
2.4.1 Wer wird angegriffen?.....	31
<b>3 Handeln Sie frühzeitig</b> .....	35
3.1 Grundhaltung des Teams zu Angst und Aggression .....	35
3.2 Frühe Handlungsmöglichkeiten kennen.....	36
3.2.1 Welche Möglichkeiten zur Vorbeugung gegen aggressive Übergriffe haben Sie? .....	36
3.2.2 Frühwarnzeichen erkennen.....	37
3.2.3 Grundregeln der Deeskalation.....	39

<b>4</b>	<b> Bleiben Sie aktiv – Auch wenn es brennt.....</b>	<b>41</b>
4.1	Gewaltfaktoren.....	41
4.2	Gewalt eskaliert in Phasen .....	42
4.2.1	Phase I – Auslösendes Ereignis .....	42
4.2.2	Phase II – Eskalation.....	43
4.2.3	Phase III – Krise.....	43
4.2.4	Phase IV – Entspannung.....	44
4.2.5	Phase V – Nach-Krisen-Depression.....	44
4.3	Lernen Sie Ihre Toleranzschwelle kennen.....	45
4.4	Grade der Gefährlichkeit.....	46
4.4.1	Notwehr .....	47
4.4.2	Rechtfertigender Notstand.....	48
4.5	Eigenes Verhalten in Krisensituationen kontrollieren .....	49
4.5.1	Sicherheit für alle beachten .....	49
4.5.2	Eigenes Verhalten kontrollieren.....	50
4.5.3	Aktiv Kontakt suchen .....	52
4.6	Zwangsmaßnahmen – Eingriffe in die Grundrechte .....	54
4.6.1	Eine sorgsame Abwägung ist notwendig.....	56
4.6.2	Zwangsmaßnahmen müssen überlegt und koordiniert durchgeführt werden.....	56
4.6.3	Besonderheiten bei einer Fixierung (Fesselung).....	61
4.6.4	Besonderheiten bei einer Isolierung.....	62
4.6.5	Besonderheiten einer Zwangsmedikation.....	63
4.6.6	Zwangsmaßnahmen müssen ausführlich dokumentiert werden.....	64
<b>5</b>	<b> Reden Sie darüber .....</b>	<b>67</b>
5.1	Aggression und Gewalt müssen gut dokumentiert werden.....	67
5.2	Mit »Tätern« sprechen.....	70
5.2	Im Team Gedanken machen.....	70
5.3	Opfer brauchen Hilfen .....	71
	<b>Literatur .....</b>	<b>74</b>
	<b>Register.....</b>	<b>76</b>

---

## Vorwort

Bedrohliches, zuweilen sogar gewalttätiges Verhalten kommt im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und in Pflegeeinrichtungen gehäuft vor.

Aggressive Eskalationen drohen besonders, wenn psychisch erkrankte Menschen widerstrebend oder gegen ihren Willen stationär eingewiesen werden und, schon krankheitsbedingt ängstlich destabilisiert, nun auch mit Ängsten vor der Institution und einer bevorstehenden Behandlung konfrontiert sind.

Es ist mittlerweile gut bekannt, dass die Betroffenen in solchen Situationen traumatische Erfahrungen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins, insbesondere bei notwendigen Zwangsmaßnahmen, machen.

Aber auch für Pflegekräfte sind gewalttätige Patientenübergriffe ein ernstes Problem – mit Folgen nicht nur für die körperliche, sondern auch für die psychische Gesundheit.

Ein angemessener professioneller Umgang mit bedrohlichem und gewalttätigem Verhalten zum Schutz beider Seiten ist daher ein wichtiges Qualitätsziel.

Es ist eine besondere Herausforderung, einen hohen ethisch-humanitären Standard und ein wohlwollend-therapeutisches Klima in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu etablieren.

Solche ethischen und humanitären Standards werden mittlerweile auch auf europäischer Ebene immer klarer beschrieben und gefordert, so etwa in dem 2000 veröffentlichten »White Paper« des Europarats oder in den Stellungnahmen des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher Behandlung.

Ein Meilenstein auf diesem Weg zu einer grundsätzlichen Verbindung von humanitären Standards und Sicherheit stellt das hier vorliegende Handbuch dar.

Die Arbeitsgruppe der Autoren ging aus dem 1997 gegründeten Arbeitskreis »*Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie*« mit Teilnehmern aus zahlreichen psychiatrischen Kliniken hervor. Die Autoren haben, ausgestattet mit viel praktisch-klinischer und didaktischer Erfahrung, nicht nur ein umfassendes Programm mit dem Schwerpunkt auf Deeskalation und Sicherheit ausgearbeitet, das die inzwischen umfangreichen international vorliegenden Erkenntnisse zu diesem Thema integriert, sondern sie stellen dieses Schulungsprogramm auch erstmals öffentlich zur Verfügung.

Wie dies auch für die Psychotherapie zunehmend gefordert wird, sollten Lehrinhalte manualisiert, nachprüfbar und zugänglich sein. Dies macht die persönliche Wissensvermittlung durch erfahrene Trainer so wenig entbehrlich wie die Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung, Manual und Training ergänzen sich.



# 1 Aggression und Gewalt in der Pflege – (K)ein Thema?

## 1.1 Aggression als menschliche Verhaltensmöglichkeit

### Selbstreflexion

Bevor Sie die folgenden Abschnitte lesen:

- Versuchen Sie die Begriffe »Aggression« und »Gewalt« für sich zu definieren.
- Schreiben Sie Ihre Definitionen auf und vergleichen Sie diese mit den im Text beschriebenen.
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede fallen Ihnen auf?
- Welche Schwerpunkte haben Sie bei Ihrer Definition gewählt?

### 1.1.1 Aggression wird als bedrohlich und verletzend erlebt

»Du bist heute ziemlich aggressiv.« Solche und ähnliche Bemerkungen fallen im Alltag immer wieder. Fragt man aber verschiedene Personen, was sie unter Aggression verstehen, so erhält man unterschiedliche Antworten.

Eine eindeutige Bestimmung von Aggression scheint also nicht so einfach zu sein. Für manche gehört zur Aggression eine affektive Erregung wie Wut oder Groll, andere hingegen sehen gerade solche Handlungen als besonders »aggressiv« an, die aus kühler Berechnung erfolgen.

Für *Nolting* (2002) ist Aggression ein »hypothetisches Konstrukt«, d. h., es ist ein Begriff, der von uns definiert werden muss und daher auch unterschiedlich definiert werden kann. In der Literatur finden sich zum einen relativ weit gefasste Definitionen (vgl. *Hacker* 1971), bei denen Aggression eine »dem Menschen innewohnende Disposition und Energie« ist, die der »Selbstbehauptung« dient.

Damit erscheint Aggression als eine Energieform, die jeder Mensch benötigt, um seine Interessen vertreten zu können. Andere, enger gefasste Definitionen betonen eher die Folgen einer aggressiven Handlung, die immer mit einer zumindest beabsichtigten Schädigung verbunden ist und oft ein normabweichendes Verhalten darstellt.

Die Normabweichung beinhaltet, dass Aggression als ein der jeweiligen Situation im Allgemeinen nicht angemessenes Verhalten beurteilt wird. Für *Zillmann* (1979) liegt Aggression dann vor, wenn die handelnde Person versucht, einer anderen Person körperlichen Schaden oder psychischen Schmerz zuzufügen, und wenn das Opfer gleichzeitig danach strebt, eine solche Behandlung zu vermeiden.

Im Deeskalationstraining **PAIR** wird die Aggressionsdefinition des SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale – Revised, auf deutsch: Mitarbeiter Beobachtungs Aggressions

Skala – überarbeitete Form) von *Nijman* (1998) verwendet. In dieser Definition wird Aggression als Schädigung, aber auch als ein zwischenmenschliches Erleben betrachtet:

**Definition!**

*Aggressives Verhalten ist »jegliche Form verbalen, nonverbalen oder körperlichen Verhaltens, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum eine Bedrohung darstellen oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind«.*

Die verschiedenen Definitionen machen deutlich, dass die Frage, ob ein Verhalten aggressiv ist oder nicht, letztlich nur individuell beantwortet werden kann.

Denn während eine körperliche Schädigung, also zum Beispiel ein blaues Auge oder ein körperlicher Schmerz, noch einigermaßen objektiv beurteilt werden kann, ist ein psychischer Schmerz wie Angst, Schlafstörungen oder ähnliches, nur aus der Perspektive des Opfers selbst zu bestimmen.

Offenbar ist Aggression ein zwischenmenschliches Phänomen. Ohne einen sozialen Kontext gibt es keine Aggression.

Von Aggression ist immer jemand betroffen und sie entsteht häufig im Kontakt mit anderen Personen. Es gibt aber auch eine Form der Aggression, die die eigene Person betrifft, zum Beispiel selbst verletzendes Verhalten oder Suizidhandlungen.

Diese Aggressionsform wird als Autoaggression bezeichnet. Eindeutig aggressiv sind auch die im pflegerischen Alltag häufig vorkommenden verbalen Drohungen und Beschimpfungen, die zwar keine körperlichen Auswirkungen haben, von den betroffenen Pflegekräfte oder Patienten/Bewohnern dennoch als sehr belastend empfunden werden können. Sobald jemand ein Verhalten als »aggressiv« erlebt, sollte darauf reagiert werden. Eindeutig gewaltsame Übergriffe wie Schlagen, Zerren, Kratzen, Treten, das Werfen von Gegenständen oder ähnliches erfordern rasches und eindeutiges Handeln von Seiten der Pflegekräfte.

Im pflegerischen Alltag begegnen uns Gewalt und Aggression in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen. In einer groben Einteilung lassen sich vier verschiedene Arten von Aggression unterscheiden:

1. **Verbal aggressives Verhalten**, Patienten oder Bewohner, die vor sich hin fluchen, andere beschimpfen oder gar Gewalt androhen.
2. **Nonverbale Gewaltandrohungen** wie z. B. »mit dem Fuß aufstampfen«, spucken oder mit dem Gehstock drohen.
3. **Tätlich aggressives Verhalten** beinhaltet sowohl eine beabsichtigte Zerstörung von Gegenständen als auch die Anwendung von körperlicher Gewalt.
4. **Selbstgerichtete Aggression**, die sich zum Beispiel in Selbstverletzungen oder auch in Suizidhandlungen äußert.

**Merke!**

Aggression ist ein Verhalten, das subjektiv als Bedrohung erlebt wird und/oder objektiv eine Schädigung verursacht!

### 1.1.2 Bedingungsfaktoren aggressiven Verhaltens

Genauso vielschichtig wie die Definition der Aggression sind auch die Erklärungsmodelle:

- **Psychoanalytische Modelle** sehen Aggression als ein dem Menschen natürlich angeborenen **Trieb** an, der lediglich in seiner »ungezügelt« Form (*Hacker* 1971) zu Gewalt führt und für das Zusammenleben problematisch wird.
- **Ethologische** (verhaltensbiologische) **Erklärungsansätze** sehen in der Aggression eine für den Menschen notwendige Verhaltensmöglichkeit (z. B. Familienverteidigung, Sicherung der Fortpflanzung usw.), die lediglich bei fehlender Ableitungsmöglichkeit zu Problemen führt. *Lorenz* (1963) entwickelte dazu die Dampfkesseltheorie, nach der eine aggressive Entladung oder auch eine Umlenkung aggressiver Impulse in körperliche Aktivitäten, z. B. Sport, zu Entspannung führen kann. Diese Sichtweise ist jedoch heute eher umstritten.
- **Frustrations-Aggressions-Modell:** Ein bedeutender Erklärungsansatz stammt von *Dollard et al.* (1939). Diese Forschergruppe sieht Aggression immer als eine Folge von Frustration.<sup>1</sup> Es muss bedacht werden, dass jedes Individuum über unterschiedliche Frustrationstoleranzen verfügt. Eine Frustration, die A bis unter die Hutschnur reizt, ist für B unter Umständen eine Bagatelle.
- **Lerntheoretisches Modell:** Aggressives Verhalten kann auch gelernt werden und ist dann das Produkt von Erziehung und Sozialisation. So können Patienten/Bewohner aggressives Verhalten anderer Patienten/Bewohner nachahmen, vor allem wenn das aggressive Verhalten erfolgreich war (Modelllernen, Verstärkungslernen). Ein Beispiel dazu wäre, wenn ein Patient/Bewohner die Erfahrung macht, dass er seinen Kaffee bekommt, wenn er nur aggressiv genug danach verlangt. Er wird dieses »erfolgreiche« Verhalten dann mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder anwenden.

Menschen werden mitunter aber auch aggressiv, weil sie keine anderen Möglichkeiten des Umgangs mit Problemen kennen gelernt haben oder für sich entwickeln konnten. Bei lernbehinderten Patienten/Bewohnern kann man daher häufiger aggressives Verhalten beobachten. Des Weiteren können auch Signale (»Wenn ich den schon sehe!«) oder aggressive Reize (wie z. B. ein kämpferisches Auftreten der Pflegekräfte) ein aggressives Verhalten auslösen.

Die Frage nach den Ursachen von Aggression lässt sich also nicht kurz und prägnant beantworten. Es scheint vielmehr, wie es *Nolting* (2002) beschreibt, ein komplexes Zu-

<sup>1</sup> Frustration: Unter Frustration verstehen wir nicht erfüllte Wünsche und enttäuschte Erwartungen, die gleichzeitig eigene persönliche Ansprüche und Werte verletzen.

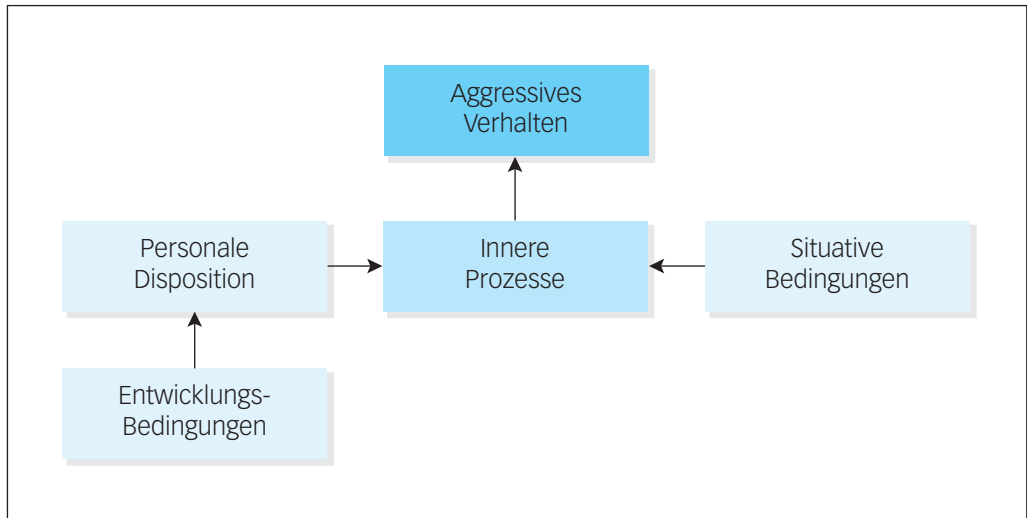


Abb. 1: Entstehungsbedingungen aggressiven Verhaltens nach Nolting (2002).

sammenwirken von aktuellen inneren Prozessen, Situationsbedingungen, personalen Dispositionen und Entwicklungsbedingungen vorzuliegen (vgl. Abb. 1).

Jeder Mensch macht im Laufe seines Lebens vielschichtige Erfahrungen mit aggressivem Verhalten anderer, aber auch mit eigenem aggressivem Verhalten. Zu den Entwicklungsbedingungen gehören:

- Erfahrungen, wie eigene Bedürfnisse von anderen wahrgenommen und berücksichtigt wurden,
- wie Probleme gelöst werden können,
- wie Altersgenossen in der Schule ihre Bedürfnisse durchgesetzt haben,
- Beispiele aggressiven Verhaltens Erwachsener
- u. a.

Die lebenslangen Erfahrungen eines Menschen beeinflussen neben seiner biologischen Grundausstattung seine personale Disposition, also seine Einstellungen, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Bedürfnisse und grundsätzlichen Motive im Leben.

Zusammen mit aktuellen Situationseinflüssen, wie Enge, aggressiven Signalen, Macht-Ohnmacht u. ä., entstehen Gefühle, Absichten und Gedanken, die zu einem Verhalten führen. Dieses Verhalten kann eben auch aggressiv sein, vor allem, wenn dies früher als erfolgreich erfahren wurde.

### 1.1.3 Aggressives Verhalten hat eine Absicht

Ein Individuum verfolgt mit aggressivem Verhalten in der Regel ein Ziel. Das aggressive Verhalten hat also für den Aggressor einen Sinn. Jemand kann aggressiv werden,

- weil er sauer ist und damit seine Unzufriedenheit zeigen kann (Unmutsreaktion);
- um jemandem eins auszuwischen (Vergeltungsaggression);

- aus Angst (Abwehraggression);
- um etwas zu erreichen (Erlangungsaggression) oder
- einfach aus »Lust« an der Aggression (spontane Aggression).

#### Selbstreflexion:

- Wann fühlen Sie sich provoziert? Beschreiben Sie konkrete Erfahrungen in Ihrer Lebensgeschichte, bei denen Sie sich provoziert fühlten.
- Was hat das in Ihnen ausgelöst? Welche Gedanken, Gefühle und Reaktionen oder Handlungsimpulse haben Sie bei sich in solchen Situationen festgestellt?

#### 1.1.4 Erleben ist subjektiv

Steinert (1995) weist auf das Problem des »objektiven« Beobachtens im Umgang mit aggressivem Verhalten bei psychisch Kranken hin: *»Aggressionen finden in der Regel in einer zwischenmenschlichen Interaktion statt (auch Aggression gegen Gegenstände hat letztlich meist eine Bedeutung in einer zwischenmenschlichen Beziehung)«*. Ebenso sehen Watzlawick et al. (1982) jedes Verhalten zugleich als »Aktion und Reaktion«.

Aggression ist immer ein Verhalten zwischen einzelnen Menschen. Auch die Wahrnehmung von Aggression ist individuell und unterscheidet sich von Mensch zu Mensch. Was für den einen bereits »aggressiv« ist, kann für einen anderen noch völlig normal sein.

Das subjektive Erleben »aggressiv« oder »nicht aggressiv« ist eng mit der eigenen Wahrnehmung der Situation verbunden. Daher können Gespräche über die individuelle Wahrnehmung der jeweiligen Situation hilfreich sein. Folgende Fragen können dabei zur Klärung beitragen:

- Wie erlebe ich die Situation?
- Wie erlebt der Patient/Bewohner sein aktuelles Verhalten?
- Wie erleben Kolleginnen, Angehörige, Freunde des Patienten/Bewohners oder Mitpatienten das aktuelle Verhalten des Patienten/Bewohners?
- Kommen wir im Team zu einer einheitlichen Einschätzung der Situation?

#### 1.1.5 Gibt es Patienten/Bewohner mit einem höheren Risiko für Aggressionen?

In Diskussionen unter Pflegekräften wird immer wieder auch darauf verwiesen, dass *»psychisch Kranke nicht häufiger gewalttätig sind als »klinisch Gesunde«* (Faust et al. 1998). Dennoch zeigen verschiedene empirische Untersuchungen, dass das Risiko eines gewaltsamen Übergriffs bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen deutlich erhöht ist. Dies gilt insbesondere für Patienten/Bewohner mit geistiger Behinderung und in akuten Krankheitsphasen. So kann es beispielsweise bei einem Patienten/Bewohner mit einer akuten schizophrenen Psychose zu wahnhaften Missdeutungen der Umgebung kommen, die ein aggressives Verhalten bedingen. Es kann aber auch in Überforderungssituationen, vor allem bei zu viel Nähe, zu aggressiven Verhaltensweisen kommen.

Nach einer Untersuchung von Faust et al. (1998) neigen männliche Patienten eher zu aggressivem Verhalten als weibliche. Meist sind die aggressiven Patienten zwischen 20 und 40 Jahre

alt und haben eine mehrjährige Krankheitserfahrung, oft verbunden mit einem Missbrauch von Alkohol. In der Regel treten gewaltsame Übergriffe in den ersten Behandlungswochen oder in den ersten sechs Monaten nach Entlassung aus einer stationären Behandlung auf.

Für präventive Maßnahmen ist es hilfreich, die psychiatrischen Krankheitsbilder und deren jeweiligen Auswirkungen auf die Wahrnehmung und das Verhalten der Patienten/Bewohner gut zu kennen. Oft lassen sich auch aus der Vorgeschichte der Patienten/Bewohner wichtige Hinweise entnehmen. Meist ist ein gewalttätiges Verhalten kein einmaliges Ereignis in der Lebensgeschichte eines Menschen.

### 1.1.6 Wer ist von Aggression und Gewalt in der Pflege betroffen?

In psychiatrischen Kliniken sind gewaltsame Übergriffe durch Patienten die häufigsten Arbeitsunfälle (ca. 40 % nach einer Statistik des GUVV Westfalen-Lippe). Aber nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer psychiatrischen Station sind in gleichem Maße von Aggression und Gewalt betroffen. Immer wieder kann in den Teams beobachtet werden, dass manche Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter besonders häufig von gewaltsamen Übergriffen der Patienten betroffen sind. Woran liegt das? Offenbar gibt es persönliche Merkmale, die besonders gefährdend wirken. Nach einer Untersuchung von Richter und Berger (2001) sind vor allem jüngere, berufsunerfahrene Mitarbeiter von gewaltsamen Übergriffen betroffen. Dass die Erfahrung der Mitarbeiter eine Rolle spielt lässt sich auch daran zeigen, dass Auszubildende offenbar ein erhöhtes Risiko haben (2,5-fach erhöht!). Übrigens sind meist pflegerische Mitarbeiter Opfer von Aggressionen.

Auch in nicht psychiatrischen Einrichtungen gibt es Gewalt gegen Pflegende. In einer Untersuchung von *Schneider* (2006) berichten Pflegende von häufigen Gewalterfahrungen. Neben körperlichen Übergriffen, wie Kratzen, Spucken, Beißen oder Schlagen, beschreiben Pflegende auch verbale Übergriffe. Sie werden von Patienten/Bewohnern beschimpft («Arschloch» oder »dumme Kuh«, vgl. *Schneider* 2006, S. 84) oder erleben ungerichtetes Schreien oder Beschimpfen während Pflegehandlungen. Auch von Seiten der Angehörigen kann es zu gewaltsamen Übergriffen kommen. Oft werden diese Erfahrungen von Pflegenden gar nicht als Gewalt erlebt.

Die berufliche Erfahrung trägt aber dazu, dass Pflegende die potenzielle Gefährdung besser einschätzen können. Zumindest gelingt es ihnen offenbar besser, aggressiven Übergriffen aus dem Weg zu gehen.

Neben der intuitiven Einschätzung einer potenziellen Gefährdung sollte auch beachtet werden, dass das eigene Verhalten ebenfalls eine Gefährdung darstellen kann, wenn beispielsweise unbewusst Opfer-Signale übermittelt werden.

Signale, die einen Mitarbeiter zu einem möglichen Opfer machen können, sind z. B. unsicheres Auftreten, brüchige und unentschlossene Stimme, abgewendeter Blick und undeutliche Aussagen. Diese Signale können einem Angreifer signalisieren, dass der Mitarbeiter sich durch Gewalt beeinflussen lässt. Daneben können aber auch provozierende und herausfordernde Verhaltensweisen eine Gefährdung darstellen.

### 1.1.7 Welche Folgen haben gewaltsame Übergriffe für die Mitarbeiter?

Nach einer Studie von *Richter* und *Berger* (2001) mussten 10 % der von gewaltsamen Übergriffen betroffenen Mitarbeiter ärztlich behandelt werden. In 5 % der Fälle waren die Mitarbeiter anschließend arbeitsunfähig.

Meist enden gewaltsame körperliche Übergriffe für die Opfer mit Prellungen, Schwellungen, Hämatomen und Kratz- und Bisswunden. Mitunter ist mit körperlichen Übergriffen auch eine Infektionsgefahr verbunden, insbesondere bei Patienten mit HIV oder Hepatitis. Schwere Verletzungen oder sogar Todesfälle sind jedoch selten.

Neben der körperlichen Schädigung kommt es bei den betroffenen Mitarbeitern auch häufig zu einer psychischen Belastung infolge der Gewalterfahrung. Selbst bei so genannten alltäglichen Gewalterfahrungen erleben Pflegende einen »Gefühlscocktail« (*Schneider* 2006) von Enttäuschung, Bestrafung, Ärger, verletzt sein, ausgeliefert sein bis zur inneren Ablehnung des gepflegten Menschen. Es kommt zu Gefühlen der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Überforderung, Unsicherheit und Druck etwas zu tun. Daneben erleben Pflegende aber auch Angst vor einer Eskalation der Gewaltsituation.

Nach belastenden Gewalterfahrungen reichen die psychischen Störungen, über die immerhin 14 % der Betroffenen berichteten, von Schlaf- und Konzentrationsstörungen bis hin zu einer unbedingt behandlungsbedürftigen Post-traumatischen Belastungsstörung (*Richter, Berger* 2001).

#### Selbstreflexion:

Auch Sie haben sicherlich Erfahrungen mit Gewalt in Ihrem Leben gemacht. Beschreiben Sie Situationen in denen Sie »Opfer«, »Täter« oder »Zuschauer« von körperlicher bzw. psychischer Gewalt waren und tragen Sie diese in Tabelle 1 ein.

Tabelle 1: Reflexion zur Erfahrungen mit Gewalt.

	Situationen, in denen ich Gewalt erfuhr	Situationen, in denen ich Gewalt ausübte	Situationen, in denen ich Gewalt beobachtete
Körperliche Gewalt			
Psychische Gewalt			

## 1.2 Auslöser von Aggression und Gewalt

Neben persönlichen Dispositionen und Entwicklungsbedingungen spielen Situationsbedingungen eine wesentliche Rolle für die Entstehung von aggressivem Verhalten bei Patienten/Bewohnern. Von *Goffman* (1973) wird die institutionelle Gewalt als möglicher umweltbedingter Auslöser von aggressivem Patientenverhalten angesehen. Die institutionelle Gewalt gegenüber den Patienten/Bewohnern hat viele Gesichter, die nicht immer offensichtlich sind.

Verschiedene Aspekte psychiatrischen Handelns werden unter dem Begriff der »institutionellen Gewalt« zusammengefasst:

- Zwangseinweisung
- Gerichtliche Unterbringung nach UBG
- Gerichtliche Unterbringung nach BGB
- Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) und andere freiheits-einschränkende Maßnahmen.
- Geschlossene Stationstür
- Ausgangsbeschränkungen
- Durch Nötigung erzwungene Freiwilligkeit
- Geldeinteilung
- Zigaretteneinteilung
- Restriktionen bezüglich des Konsums von Kaffee und Alkohol
- Beurlaubung nur gegen Therapieteilnahme
- Tagsüber Abschließen des Zimmers
- Nötigung zur Nahrungsaufnahme

Daneben hat auch die Fachkompetenz der Pflegekräfte einer Einrichtung und deren Milieu bestimmende Grundhaltung Einfluss darauf, wie viel Gewalt Patienten/Bewohner erfahren. Qualifizierte Mitarbeiterinnen, mit einer wertschätzenden Grundhaltung gegenüber den Patienten/Bewohnern, können auf Konflikte und krisenhafte Situationen reflektierter und damit konstruktiver reagieren. Die fachliche Kompetenz zeichnet sich dabei vor allem als die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstkontrolle in Krisensituationen aus.

Werden Aggression und Gewalt aus Angst einfach ignoriert, oder wird aus einer eigenen Wut heraus überreagiert, so kann dies zur Eskalation von angespannten Situationen beitragen. Aktuelle und frühere Aggression und Gewalt sollten nicht verleugnet oder bagatellisiert, sondern ernsthaft und nicht wertend thematisiert werden.

Zu einer Gewaltreduzierung tragen neben der grundsätzlichen Fachkompetenz und einer wertschätzenden Grundhaltung der Mitarbeiterinnen unter anderem auch folgende Faktoren bei:

- klar geregelte Arbeitsabläufe,
- ein breites (sozio)therapeutisches Angebot,
- Angebote für die Freizeitgestaltung,

- Stationsmilieu: nicht steril, kalt, unwohnlich, eng, wenig überschaubar, sondern: warm, freundlich, offen, wohnlich und gemütlich,
- bauliche Gegebenheiten: z. B. Dienstzimmer in Nähe der Stationstür, des intensive care-Bereichs und »weichen Zimmers«
- sowie die Förderung engagierter und kooperativer Patienten/Bewohner-Therapeuten-Beziehungen.

### 1.3 Risikofaktoren bei Patienten

Die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 1999) beschreibt in ihrer Pflegediagnose »*Gefahr der Gewalttätigkeit*« folgende **Risikofaktoren für Gewalttätigkeit**:

In der Vorgeschichte der Patienten/Bewohner:

- Gewalt gegen andere (Schlagen, Treten, Spucken, Kratzen, Gegenstände werfen, Beißen, Vergewaltigung);
- Gewalt durch Drohungen (verbales Drohen gegen Personen, soziale Drohungen, Schimpfen, Drohbriefe, drohende Gebärden, sexuelle Drohungen);
- gewalttätiges antisoziales Verhalten (Stehlen, ständiges Einfordern von Vorrechten, ständiges Stören von Sitzungen, Nahrungsverweigerung, Medikamentenverweigerung, Nichtbeachten von Hausordnung und Therapieempfehlung);
- indirekte Gewaltausübung (an Kleidern reißen, auf Wände schreiben, auf Boden urinieren, Schreien, Sachbeschädigungen, Türen zuschlagen, sexuelle Belästigungen);
- Gewalt gegen Kinder;
- Gewalt gegen Tiere/Tierquälerei;
- Konfrontation mit Gewalt in der Familie;
- Brandstiftung;
- Alkohol- und/oder Drogenkonsum.

In der aktuellen Situation:

- neurologische Störungen (z. B. Schädelhirntrauma, neurologische Befunde);
- kognitive Störungen (z. B. Lernschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen, vermindertes intellektuelles Funktionieren);
- pränatale und perinatale Komplikationen und/oder Abweichungen;
- pathologischer Rausch, Intoxikation;
- psychotische Symptomatik (Halluzinationen, Wahnideen, unzusammenhängendes Denken);
- Verkehrsdelikte;
- suizidales Verhalten;
- Impulsivität;
- Besitz von Waffen oder anderen gefährlichen Gegenständen oder Zugang dazu;
- Körpersprache: gespannte Körperhaltung, geballte Fäuste und geschlossener Kiefer, erhöhte Aktivität, drohende Haltung, Atemlosigkeit.

Ein statistisch erhöhtes Risiko für Gewalt haben beispielsweise Patienten/Bewohner mit schizophrenen Psychosen. Insbesondere wenn diese sich verfolgt fühlen, können sie aus einem Verteidigungsbemühen, aber auch aus Rache, gewalttätig werden. Bei schizophre-

nen Patienten/Bewohnern ist jedoch nach *Faust, Steinert* und *Scharfetter* (1998) auch mit anderen Gewaltmotiven zu rechnen, u. a. mit:

- wahnhaftige Missdeutungen,
- Gefühl der Fremdsteuerung,
- Reaktion auf (befehlende) Stimmen,
- Reaktion auf Nähe anderer Menschen,
- Überforderungen.

Heftige Erregungszustände sind auch bei Patienten/Bewohnern mit geistiger Behinderung oder hirnorganischen Störungen möglich, insbesondere wenn diese sich überfordert fühlen bzw. die Situation nicht mehr einschätzen können und sich daher bedroht fühlen.

Bei Patienten/Bewohnern mit Persönlichkeitsstörungen finden sich Aggressionen oft im Zusammenhang mit einer erhöhten Kränkbarkeit, einem Mangel an Einfühlungsvermögen oder auf der Grundlage einer Impulskontrollstörung.

Untersuchungen (*Faust, Steinert, Scharfetter* 1998) beschreiben noch weitere Merkmale von Patienten, die auf eine Gefahr hindeuten können. So sind Patienten, die gewalttätig wurden:

- meist männlich,
- im Alter von 20 bis 40 Jahren,
- kommen meist aus Familien, in denen es zu Gewalt kam,
- haben mehrjährige Krankheitserfahrungen,
- reagieren häufig in der ersten Behandlungswoche gewalttätig,
- neigen zu Alkoholmissbrauch und
- suchen sich häufig Opfer im sozialen Nahbereich (Familie, Bezugspersonen).

## 1.4 Pflege ohne Gewalt – Warum das nicht geht

Eine Pflege ohne Gewalt kann es nicht geben, denn Pflege findet in einem gesellschaftlichen Kontext statt, in dem Gewalt permanent existent ist. Aggression und Gewalt sind allgemeinmenschliche Verhaltensmöglichkeiten, die in Pflegeeinrichtungen genauso vorkommen wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen.

Dennoch lassen sich in Pflegeeinrichtungen auch Rahmenbedingungen erkennen, die Gewalt zwar nicht gerade fördern, aber zumindest nicht vermindern helfen. So erleben Pflegende die Hierarchie in ihren Einrichtungen, enge Regelwerke von Qualitätsmanagement und MDK sowie Tagesabläufe, die eher die Bedürfnisse der Institution als die Individualität der Patienten/Bewohner und deren Pflegende widerspiegeln, oft als zusätzlichen Arbeitsdruck und frustrierende Einschränkung. Pflegende erleben dann oft eine Diskrepanz zwischen einer ganzheitlich und individuell orientierten Pflegetheorie, den vermittelten Idealen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen und der tatsächlich erlebten Pflegepraxis in ihren Institutionen (vgl. *Schneider* 2006).

Besonders problematisch erleben psychiatrisch Pflegende die Ordnungsfunktion ihrer Einrichtungen. Neben der Behandlung und Pflege psychischer Erkrankungen ist es die Aufgabe der Psychiatrie oder psychiatrischer Pflegeeinrichtungen, Menschen vor Gewalt zu schützen. So kann es manchmal notwendig sein, Menschen, die sich selbst massiv gefährden, vor sich selber zu schützen. Oder es ist nötig, Menschen, die von psychisch Kranken bedroht werden, vor diesen zu schützen. Diese Ordnungs- und Schutzfunktion erfüllt die Psychiatrie und »beschützende Heime« mitunter auch gegen den Willen der betroffenen Patienten, die z. B. von der Polizei, mitunter auch in Handschellen, auf eine zumeist geschlossene, psychiatrische Station gebracht werden. Auch in so genannten »beschützten Wohnbereichen« der Heime werden Menschen eingesperrt, ob sie dies wollen oder nicht.

Auch wenn der dahinter stehende Gedanke ein positiver ist und letztlich dem Schutz von Menschen dient, so ist es dennoch eine Form von Gewalt, einen Menschen gegen seinen (natürlichen) Willen festzuhalten, ihn einzusperren und zu behandeln.

Die meisten Patienten erleben dies nicht ohne Grund als gewalttätigen Übergriff oder zumindest als Aggression gegen sich. Umso wichtiger ist es für alle Pflegenden, sich der Gewalt bewusst zu werden, die von der Institution gegenüber Individuen (Patienten, Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter) angewendet wird.

Psychiatrie und Gewalt sind aber auch insofern miteinander verwoben, weil es beispielsweise im Rahmen einer Wahrnehmungsveränderung bei einer psychischen Erkrankung zu gewalttätigen Reaktionen eines Patienten auf eine Überforderungssituation kommen kann. Diese Gewalt ist Ausdruck des individuellen Erkrankungsbildes und erfordert einen professionellen Umgang. Alle Patienten – auch die aggressiven und gewalttätigen – haben ein Recht auf eine professionelle Behandlung, auch wenn sie aggressiv oder gar gewalttätig sind!

Bevor auf den deeskalierenden Umgang mit aggressiven Patienten eingegangen wird, soll das folgende Kapitel zunächst der Selbstreflexion dienen. Häufig neigen wir im Alltag dazu, Fehler im anderen zu sehen und unsere eigenen Anteile am Entstehen schwieriger Situationen nicht wahrzunehmen.

Im nächsten Kapitel wird daher beschrieben, was der Einzelne zur Prävention von Gewalt und Aggression in der Pflege beitragen kann – z. B. durch sein jeweiliges Erscheinungsbild, sein Auftreten und durch den Umgang mit eigenen Gefühlen der Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut.