

**Bildungszentrum des Universitätsklinikums
Hamburg-Eppendorf**

**Gewalt und Aggression in der Pflege –
wenn der Umgangston mit Patienten nicht mehr stimmt!**

Kornelia Garbers-Schumacher

Kommunikation in Pflegesituationen

1. 10. 2007 Modul 4

Gliederung

1. Einleitung	1
2. Was versteht man unter Aggression und Gewalt?	1
3. Ursachen für Aggression und Gewalt	2
3.1 Aggression bei Patienten	3
4. Formen von Gewalt in Pflegebeziehungen	3
5. Präventionsmöglichkeiten zur Vermeidung von Aggression und Gewalt	5
6. Zusammenfassung	6
Literaturverzeichnis	7

1. Einleitung

Bei hoher Arbeitsbelastung des Pflegepersonals auf den Intensivstationen, ist manchmal ein sehr unpersönliches und routinemäßig ausgeführtes Handeln am Patienten zu beobachten, Gestik und Mimik des Pflegepersonals zeigen Ablehnung und lassen eine Annäherung durch den Patienten nicht zu. Der Patient muss sich mit sehr knappen Informationen zu fügen lassen. Der Ton wird schärfer und die Behandlung ein ums andere Mal schroffer. Dieses führt zu einem Spannungsverhältnis zwischen Pflegepersonal und Patient. Allein der Ton, in dem etwas gesagt wurde, hat mich manchmal sprachlos gemacht; oft konnte ich an der Reaktion der Patienten erahnen, wie verletzt sie waren. Mit meiner Arbeit über Gewalt und Aggression in der Pflege möchte ich aufzeigen, wo eigentlich Gewalt und Aggression anfangen und vor allem, was sind die Ursachen dafür sind und ob es Wege gibt, dem professionell zu begegnen.

2. Was versteht man unter Aggression und Gewalt?

In der Literatur findet man verschiedene Definitionen für Aggression und Gewalt. In meiner Arbeit gehe ich von folgender Definition aus: „Aggressives Verhalten liegt nur dann vor, wenn die Absicht der Schädigung bei einem Täter vorhanden ist. Wenn also eine Person absichtlich etwas macht oder unterlässt, um eine psychische oder physische Beeinträchtigung einer anderen Person herbeizuführen, verhält sie sich aggressiv. Aggression wird aufgrund der Intention eines Täters definiert.“ [6 S. 12, 7 S. 16-18, 8 S. 15] Aggressionen entstehen durch Emotionen (z.B. Wut, Ärger, Frustration, Hunger, Hitze oder Lärm usw.), welche zu aggressiven Handlungen führen können.

Im Unterschied zur Aggression definiert Rutheman den Begriff der Gewalt aus der Sicht der geschädigten Person folgendermaßen:

“Es wird immer dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum „Opfer“ wird, d.h. vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihren Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird. Dieses Vereiteln einer Lebensmöglichkeit kann durch eine Person verursacht sein (personale Gewalt) oder von institutionellen oder gesellschaftlichen Strukturen ausgehen (strukturelle Gewalt). Bei der personalen Gewalt erscheint darüber hinaus die

Unterscheidung zwischen aktiver Gewaltanwendung im Sinne der Misshandlung, und passiver Gewaltanwendung im Sinne der Vernachlässigung. [8 S. 14, 6 S. 13] „Gewalt wird meist als Handlung interpretiert, aber auch die Unterlassung von erforderlichen Handlungen ist Gewalt“. [5 S. 21] Gewalthandlungen können auch notwendig sein, gerade auf Intensivstationen wo z.B. die Selbstverantwortlichkeit des Patienten oft nicht mehr gegeben ist und das Ziel die gesundheitliche Wiederherstellung des Patienten ist.

3. Ursachen für Aggression und Gewalt

Durch das Abhängigkeitsverhältnis des Patienten vom Pflegepersonal entsteht ein Machtverhältnis zu Gunsten des Pflegepersonals. In jeder Interaktion, in der eine Abhängigkeit besteht, kann es zu Machtmissbrauch kommen. Pflegekräfte mit einem hohen Helferideal sind dabei besonders gefährdet; verstärkt wird dieses noch, wenn die Machtstrukturen durch einen autoritären Führungsstil gekennzeichnet sind. [vgl. 7 S. 47)

Die körperlichen Privatsphären der Patienten sind nicht geschützt und sehr empfindlich für Kränkungen. Eine Pflegebeziehung wird nur zufällig aufgebaut, es besteht daher kein gewachsenes emotionales Verhältnis.

Der Patient muss darauf vertrauen, dass Medikamente und Pflegeverrichtungen professionell und gewissenhaft angewendet werden werden.

Auch Angst kann aggressive Verhaltensweisen auslösen, deren Funktion darin besteht, die Ursachen und Auslöser der Angst zu bekämpfen. Angst kann das Pflegepersonal demotivieren und zu unsicherem und ängstlichem Auftreten führen, so dass der Patient der „Überlegende“ ist und damit zum Auslöser für Aggression wird oder diese begünstigt. [vgl. 6 S.106]. “Angst ist ein qualvoller, zermürender Gemütszustand mit dem körperliche Stressreaktionen einhergehen. Es ist ein Spannungszustand, der aufgrund befürchtetem oder drohenden Unheil entsteht.“

[9 S. 4] und weiter heißt es dort, dass die Angst vor bestimmten Situationen in der Intensivpflege allgegenwärtig ist. [vgl. 9, S. 4f]

Die historisch gewachsene Erwartungshaltung von Ärzten, anderen Berufsgruppen, Angehörigen, Patienten und auch der Pflegekraft selbst, erschweren es der Pflegekraft eine konsequente Linie bei der Arbeit am Patienten einzuhalten. Dies kann sich verunsichernd und problematisch auf einige Pflegekräfte auswirken. Erlebte

Rollenkonflikte werden als zunehmend bedrohlich empfunden, aus erlebter Handlungskompetenzbeschränkung folgt wiederum Angst und Ohnmacht – die Folgen können Dauerstress und das Burnout-Syndrom sein.

Auch die Persönlichkeit des Pflegepersonals entscheidet über das Auftreten von Rollenkonflikten. So kann eine Erziehung zu Härte, zum Verzicht, zur Aufopferung und zum willenslosen Einsatz, keine Angst, Empfindsamkeit oder Verletzbarkeit zulassen. „Die Härte gegen sich selbst – in extremen Formen als Masochismus benannt – kann sich in abgewandelter Form – als Sadismus – nach außen richten.“ [6 S. 115]

Das Burnout-Syndrom, in das sich einst hoch engagiertes Pflegepersonal, aufgrund von erfahrenem Stress und Stressreaktionen in der Arbeit, zurückzieht, führt zu einer veränderten Einstellung zur Arbeit und zum Auftreten von Erschöpfungs- und Anspannungsgefühlen.

3.1 Aggression bei Patienten

Auf der Intensivstation kann Angst auch die Gefühlszustände der Patienten verändern und aus Verunsicherung und Isolationsgefühl heraus kann Aggressivität entstehen. Rollenkonflikte, die beim Wechsel von der Selbstständigkeit in die Patientenrolle entstehen, stellen mitunter ein großes Problem für den Patienten dar. Dazu kommt das Akzeptieren seiner Krankheit mit mehr oder weniger gutem Verlauf und eventuell eine veränderte Zukunftsperspektive, bis hin zum Tod. [vgl. 6 S. 134-147]. Einige Intensivpatienten sind aufgrund ihrer Erkrankung vorübergehend nicht in der Lage sich zu äußern oder mitzuteilen, das Befinden wird durch viele einzelne Faktoren negativ beeinflusst. Nicht zu unterschätzen ist auch die Reizüberflutung (Lärm, Licht, Alarmtöne etc.), natürlichen begünstigen auch somatische und psychische Faktoren, sowie Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten die Aggressivität von Patienten.

4. Formen von Gewalt in Pflegebeziehungen

„Aggressionen zeigen sich, wenn andere Formen des Handelns, wie z.B. Vermeidung der Situation, nicht möglich sind, was im Intensivpflegealltag häufig der Fall ist, da man die gesamte Arbeitszeit über in sehr nahem Kontakt zu den Patienten steht.“ [9 S. 3]

Im Stationsalltag zeigt sich Aggression in verschiedenen Ausdrucksformen. Sie ist nicht immer klar erkennbar und wird auch nicht immer als solche wahrgenommen. Es gibt eine physische und eine verbale Form, die in aktive und passive sowie direkte und indirekte Gewalt und Aggression eingeteilt wird [6 S. 89].

Gewalt ist auch eine Frage der Interpretation einer Handlung von Seiten des Opfers. Nach der oben genannten Definition von Gewalt und Aggression kann sogar die Verweigerung einer Kommunikation oder einer Zustimmung schon Ausdruck von Gewalt sein. Hartdegen hat in einer vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) übernommenen Auflistung denkbare Gewaltsituationen in der Altenpflege zusammengefasst. [vgl. Hartdegen, S. 91-96] Aus dieser Auflistung, die sich an den Lebensaktivitäten (AEDL) orientiert, lassen sich viele Beispiele auf die Intensivpflege übertragen. Die Aktivitäten sind nur dann Ausdruck von Aggressivität, wenn sie mit der Intention durchgeführt werden, die Patienten zu schädigen. In den dargestellten AEDL wird deutlich, dass in allen Bereichen der Pflege möglich ist, Gewalt auszuüben.

Im Jahresbericht des Beschwerdemanagements des UKE von 2006, gibt es keine Beschwerden über körperliche Gewalt, jedoch 34 Beschwerden über Unfreundlichkeit des Personals und 29 Beschwerden über Kommunikationsdefizite. [vgl. 11 S. 5] Überhaupt scheint Kommunikation eine große Schwachstelle in der Pflegebeziehung zu sein. Das Kommunizieren setzt sich zusammen aus der Sprache, Gestik und Mimik. Verhaltensweisen wie Bevormundung, lautes Reden, Verwenden von Schimpfworten, Nichtbeachten, Unaufmerksamkeit, Desinteresse, Unterhaltung mit Dritten über den Kopf der Patienten hinweg, Unterlassungen, Konfliktvermeidung, Entzug von Zuwendung, Unterschätzung, Vermeidung von Blickkontakt, abfällige Bemerkungen, Kritik vor anderen Menschen, Sprechverbot, unaufgefordertes Duzen, respektlose Anrede) können Gewalt realisieren. [vgl. 6 S. 92] Paul-Werner Schreiner erwähnt, dass sich auch die Nähe mancher Sprachwendungen zu Militär, Polizei und Spionage (z.B. Bettplatz auf und abrüsten, engmaschige Überwachung u.s.w.) negativ auswirken. [vgl. 10 S. 54]. Erwähnt werden muss auch die direkte **körperliche Gewalt**, durch innere und äußere Einwirkung. Gemeint ist hier die körperliche Schädigung durch äußere und innere Verletzungen, hervorgerufen durch Grobheiten bei der Körperpflege, durch Medikamentenmissbrauch oder durch das Verweigern von Nahrung. [vgl. 1 S 39]

Als **indirekte strukturelle Gewalt** bezeichnet man Gegebenheiten und Strukturen die Gewalt begünstigen, gemeint sind hier hohe Arbeitsbelastungen, wenig Fachpersonal, keine ausreichenden Arbeitsmittel, räumliche Ausstattung usw.

5. Präventionsmöglichkeiten zur Vermeidung von Aggression und Gewalt

„Aggression und Gewalt im Krankenhaus kann bereits durch die Kenntnis und Reduzierung der Entstehungsmechanismen wirksam bekämpft oder eingeschränkt werden.“ [6 S. 184]

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Gesprächsführung, denn eine misslungene Kommunikation kann Aggression zur Folge haben. [vgl. 6 S. 192]

Durch Fortbildungen zur kommunikativen und fachlichen Kompetenz kann die Belastbarkeit und die Frustrationsgrenze der Pflegekräfte erhöht werden. [vgl. 6 S. 233]

Systematische Stressausgleichsstrategien und Stressbewältigungsmöglichkeiten können berufliche Anspannung ausgleichen (z.B. Meditation, Yoga, etc.). [6 S. 233]

Regelmäßige Supervision trägt dazu bei, das Pflegenden ihr Denken und Handeln reflektieren können und eigene Handlungskompetenz erlangen.

Ein Team Pflegenden kann festlegen, welche Werte im Umgang mit Patienten wichtig sind und welche Regeln eingehalten werden müssen.

Zum Thema „Gewaltprävention durch Professionalität“ schreibt Martin Hamborg [vgl. 4 S. 37], dass die persönliche Grundhaltung die Grundlage für Professionalität ist. Ein weiteres Mittel ist der professionelle Filter, der es möglich macht, das Handeln unter fachlichen Gesichtspunkten zu steuern und zu hinterfragen (die Selbstreflexion). Das Hineinversetzen in den kranken Menschen – der Krankheitsfilter – bietet einen Perspektivwechsel, dieses macht es leichter professionell zu handeln.

Mit dem Deeskalationstraining soll in erster Linie die Kompetenz erworben werden, die Entstehung von Gewalt verhindern.

Individuelle und patientenorientierte Pflege sind Grundbegriffe eines Pflegeverständnisses, das auf die Ganzheit des Patienten sowie auf die Ganzheit der Pflegekraft hinzielt und Unachtsamkeit, Unbedachtheit und Gewalt ausschließt. [vgl. 2 (M. Arndt) S. 65]

Frau Arndt geht auch auf den Umgang mit Gewalt ein und nennt fünf konkrete Punkte zum Umgang mit Gewalt, die aus der Kinderschutzarbeit kommen:

Erkennen-, Verstehen-, Thematisieren-, Reagieren- und Verarbeiten.

Frau Arndt weist darauf hin, dass wer Zeuge von Gewaltakten geworden ist, dieses auch ansprechen und mit dem Team klären muss. [vgl. 2 S. 66]

Die Problematik der Gewalt in der Pflege sollte immer auch ein Themenschwerpunkt in der Aus- Fort- und Weiterbildung sein. Auch die Gewaltfreie Kommunikation kann in diesem Rahmen erlernt werden.

6. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Aggression und Gewalt in der Intensivpflege in vielen Facetten auftreten kann. Die Gründe hierfür können bei den Pflegekräften selbst liegen, in den bestehenden Arbeitsbedingungen aber auch bei den Patienten. Schon Kommunikationsstörungen sind eine Form von Gewalt und können sehr verletzend sein. Gewalthandlungen können aber auch notwendig sein, wenn die Selbstverantwortlichkeit des Patienten nicht mehr gegeben und das Ziel die gesundheitliche Wiederherstellung des Patienten ist. Kein Bereich der Pflege ist von Gewalt ausgenommen. Angst, Rollenkonflikte und das Burnout-Syndrom können Auslöser für Aggressionen und Gewalt sein. Zur Prävention von Gewalt gibt es einige Möglichkeiten – Stressausgleichstrategien bauen Spannungen ab, Kommunikationstraining hilft bei der Gesprächsführung. Deeskalation kann erlernt werden. Wichtig ist es auch, sich mit den Werten im Umgang mit Patienten auseinanderzusetzen. Vor allem aber muss Gewalt benannt werden und immer ein Thema in Aus- Fort- und Weiterbildung sein. Erkennen und Verstehen sind nicht genug, auch das Reagieren und Thematisieren von Gewalt muss selbstverständlich sein.

Literaturverzeichnis

- [1] Arndt M.: Gewalt in der Pflege? Mit mir nicht! In: Die Schwester/ der Pfleger 39, Jahrg. 12/00, Seite 1039-1043.
- [2] Arndt M. : Gewalt in der Pflege? Mit mir nicht! In: Die Schwester/ der Pfleger 40, Jahrg. 1/01, Seite 63-66.
- [3] Bojak, B.: Gewaltprävention, Urban & Fischer Verlag, 1. Auflage 2001.
- [4] Hamborg, M.: Prävention und Intervention - Vermeidung von Gewalt in der Pflege, In: Arbeitshilfe für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig- Holstein, Juni 2000, Seite 37 (Kap.4.1).
- [5] Hansen S.: Fragen zur Gewalt. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig- Holstein, Juni 2000, Seite 21.
- [6] Hartdegen K.: Aggression in der Pflege, Gustav Fischer, 1996.
- [7] Kienzle T./Paul-Ettliger B.: Aggression in der Pflege, Kohlhammer, 1. Auflage, 2001.
- [8] Ruthemann U.: Aggression und Gewalt im Altenheim, Recom-Verlag, Basel 1993.
- [9] Schmidt B.: In: Meyer, Friesacher, Lange - Handbuch für Intensivpflege - 18 Erg.Lfg. 06/05, III-2.2 Berufliche Belastung des Intensivpflegepersonals S. 1-19.
- [10] Schreiner W.: Gewalt in der Pflege, PflGe, 6. Jg (2001), ISSN 1430-9653, Nr.2, Seite 51-61.
- [11] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Jahresbericht „Zentrales Beschwerdemanagement“ 2006, Seite 5.