

Kompass

für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft

Studentische Beiträge zur Diskussion hrsg. vom
Wilhelm Löhe Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (WLE)



Titel:

Die Würde des Menschen ist unantastbar?

Menschenwürde im Spannungsfeld zwischen pflegerischer Vorstellung und Realität im
Klinikalltag

Anna Schmidt

Diskussionspapier 02-20

Juni 2020

Impressum:

Reihe »Kompass für Ethik, Gesundheit und Wirtschaft. Studentische Beiträge zur Diskussion «
herausgegeben vom Wilhelm Löhe Institut für Ethik der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (WLE)
Merkurstr. 41; 90763 Fürth
Prof. Dr. Dr. Elmar Nass,
Telefon: +49 911 766069-24, elmar.nass@wlh-fuerth.de

Internet: <https://www.wlh-fuerth.de/ethikinstitut/das-institut/>

ISSN: 2568-8146

Redaktionsteam:

Dr. Christian Heidl, IDC Fürth
Prof. Dr. Dr. Elmar Nass, WLH Fürth
Prof. Dr. Jan Schildmann, Martin Luther Universität Halle
Prof. Dr. Michael Schneider, WLH Fürth
Katharina Sonntag, München

Alle Rechte vorbehalten.

© 2020 by Anna Schmidt. All rights reserved. Any reproduction, publication and reprint in the form of a different publication, whether printed or produced electronically, in whole or in part, is permitted only with the explicit written authorization of the authors.

Fürth, Juni 2020

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Gewalt im pflegerischen Klinikalltag und Präventionsmöglichkeiten	6
2.1	Entstehung von Gewalt	6
2.2	Gewaltprävention.....	10
3	Fazit und Ausblick.....	13
4	Literatur	15

1 Einleitung

Eine 104 jährige Patientin wurde wegen akuter Atemnot auf einer internistischen Station im Krankenhaus aufgenommen, auf der es 36 Betten gibt. Für die Versorgung sind drei Pflegefachpersonen zuständig, es gibt eine Servicekraft, sowie 2 Personen, die ein Praktikum absolvieren. Außerdem ist eine Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr auf der Station im Frühdienst.

Der Hilfebedarf der aufgenommenen Personen ist überwiegend hoch, vor allem bei der Grundpflege besteht Unterstützungs- und Übernahmebedarf Seitens der Pflegefachpersonen. Eine Pflegefachperson versorgt einen Bereich mit 12 Personen.

Die Patientin, die am Vortag eingeliefert wurde, weist einen kachektischen Ernährungszustand auf und hat einen, dem hohen Alter entsprechenden, guten Allgemeinzustand. Zu Hause übernimmt ihr Sohn die tägliche Versorgung, die vor allem die Grundpflege und Unterstützung bei der Ausscheidung sowie die Übernahme der haushaltsnahen Tätigkeiten bedeutet. Die Patientin kann ihre Bedürfnisse noch entsprechend äußern.

Zu Beginn des Frühdienstes klingelt die Patientin, noch während die Übergabe des Nachtdienstes an die zuständige Pflegefachperson, da sie gerne auf die Toilette begleitet werden möchte. Die zuständige Pflegefachperson ist von diesem Patientenbedürfnis bereits gestresst, was sich in der Aussage „die muss jetzt warten“ während der Übergabe zeigt. Sie schaltet noch vom Pflegestützpunkt aus, den Patientenruf auf Stumm, um die Übergabe uneingeschränkt fortsetzen zu können. Nach ca. 15 Minuten, als die Übergabe beendet ist, richtet die Pflegefachperson noch Waschutensilien, bevor sie, gemeinsam mit der Auszubildenden, das Patientenzimmer betritt.

Die Pflegefachperson informiert die Patientin, dass erst die Körperpflege übernommen wird, bevor sie zur Toilette begleitet werden könne. Währenddessen lässt sie bereits Wasser in die Waschschüssel am Waschbecken laufen und bittet die Auszubildende, die die Situation beobachtet hat, das Bett auf eine rückschonende Arbeitshöhe zu fahren. Auch die angebrachten Bettgitter sollen entfernt werden.

Obwohl die Patientin währenddessen mehrfach äußert, dass sie auf die Toilette müsse, beginnt die Pflegefachperson damit, das Gesicht zu waschen. Die Patientin dreht den Kopf mehrfach zur Seite und äußert, dass ihr das Vorgehen unangenehm ist. Sie möchte gerne zuerst auf die Toilette gehen und versucht mehrfach, aus dem Bett aufzustehen. Die Pflegefachperson erstickt die Erklärungsversuche der Patientin unter einem Handtuch, mit dem sie der Patientin das Gesicht trocknet. Die Mundpflege erfolgt ohne vorherige Ankündigung mit einem Watteträger, der der Patientin in den Mund gesteckt wird. Diese wehrt sich daraufhin und versucht der Prozedur zu entgehen, indem sie sich zunehmend wegdreht. Die mit lauten Worten versuchte Beruhigung der Patientin durch die Pflegefachkraft („Wenn Sie sich nicht wehren, ist das nur halb so schlimm“) scheitert. Die Patientin wehrt sich

bei der weiteren Mundpflege noch stärker. Die Pflegefachperson hält der Patientin schließlich, um zu verdeutlichen, dass die Maßnahme notwendig war, einen Watteträger vors Gesicht, der den „Mist“ zeigt, der sich im Mund der Patientin befunden hat.

Auch bei der weiteren Körperpflege wehrt sich die Patientin zunehmend und versucht, die Situation zu entkommen. Die Pflegefachperson versucht, die Patientin im Bett zu halten, in dem sie die Patientin festhält, um weitermachen zu können. Die Patientin bittet mehrmals darum, die Prozedur zu beenden. Ihr Sohn käme nachher und würde ihr helfen, sich zu waschen. Die Proteste der Patientin quittiert die Pflegefachperson mit dem Zuhalten des Mundes der Patientin. Bei der weiteren Versorgung der Beine beginnt die Patientin, die Pflegefachperson zu treten, dass Sie die Situation zunehmend nicht mehr einschätzen kann. Die Pflegefachperson schubst die Patientin zurück ins Bett. Auch bei der Pflege des Intimbereichs versucht die Patientin zu erklären, dass Sie zur Toilette müsse und daher aufstehen möchte. Die Pflegefachperson ist weiterhin verständnislos und möchte die Körperpflege erst beenden, bevor sie zur Toilette begleitet werden kann.

Nachdem die Patientin angezogen und zur Toilette begleitet wurde, wird diese deutlich ruhiger und entspannter. Die Pflegefachperson erklärt nochmals, dass der „geführte Kampf unnötig war“ und, „dass es ihr keinen Spaß macht, sie fast zu vergewaltigen“. Bei der Verteilung des Frühstücks ist die Pflegefachperson betont freundlich gegenüber der Patientin.

Im Gespräch mit der Auszubildenden wird das Verhalten durch die fehlende Zeit gerechtfertigt, die es bei der Versorgung der Patienten gibt. Die Übernahme der Körperpflege durch den Sohn sei nicht möglich gewesen, da eine Hautbeobachtung notwendig gewesen ist. Die Patientin tat ihr zwischenzeitlich jedoch auch leid.

Die hier gemachten Beobachtungen werfen die Frage auf, in wie weit Gewalt im Gesundheitswesen bzw. in Pflegeberufen vertreten ist, welche Arten von Gewalt es gibt, wie dieser vorgebeugt werden kann und welche Möglichkeiten zur Reduktion von Gewalt es gibt. Auch in den Medien gibt es immer wieder Berichte, die Missstände in Krankenhäusern und Pflegeheimen aufgreifen. Es ist unklar, ob es sich bei dieser subjektiven Beobachtung und den Medienberichten um traurige Einzelfälle handelt, oder um alltägliche Situationen, mit denen sowohl Pflegefachpersonen aber auch Pflegebedürftige Personen umgehen müssen.

Der Artikel soll für das Thema sensibilisieren und den Blick von Pflegenden schärfen, es sollen Möglichkeiten zur Prävention und Reduktion von Gewalt aufgezeigt werden, um die Spirale von Gewalt und Aggression zu durchbrechen.

2 Gewalt im pflegerischen Klinikalltag und Präventionsmöglichkeiten

Laut WHO wird unter Gewalt "the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation." (WHO, 2020) verstanden. Gewalt ist also die absichtliche Androhung oder Nutzung von physischer Kraft, die gegen eine bestimmte Person oder Gruppe gerichtet ist, und mit einer Verletzung, Gegengewalt oder dem Tod endet. Anhand dieser Definition kann festgestellt werden, dass jedes Handeln einer Pflegekraft gegen den Willen des Patienten Anwendung von Gewalt ist.

Im beschriebenen Fallbeispiel konnten einige Handlungen beobachtet werden, die sich gegen den ausdrücklichen Patientenwillen richteten. Aufgrund dieser Beobachtungen stellt sich die Frage, wie Gewalt entsteht und welche Faktoren Gewalt von Pflegekräften gegen Patienten im Klinikalltag begünstigen. Nachfolgend wird nun geklärt, welche Mechanismen zur Entstehung von Gewalt beitragen und wie man diese Automatismen durchbrechen und Gewalt gegenüber Patienten vermeiden kann oder bereits entstandene Gewalt reduzieren kann.

Häufigkeit von Gewalt

Das Deutsche Institut für Pflegeforschung untersuchte in einer Studie, wie häufig professionell Pflegenden in den letzten drei Monaten Gewalterlebnisse persönlich erfahren haben. 30,7% der befragten Personen gaben an, dass sie sehr häufig oder häufig Maßnahmen beobachten, die gegen den Wunsch des Patienten/ Bewohner durchgeführt werden. 46,6% der befragten Personen in der Ausbildung beobachten ebenfalls häufig oder sehr häufig Pflegemaßnahmen gegen den Willen von Patienten/Bewohnern. Dem gegenüber stehen nur 11,5% der befragten Personen bzw. 11,6% der befragten Personen in Ausbildung, die angeben, dass im Arbeitsalltag häufig oder sehr häufig Gewalt von Pflegenden an Patienten bzw. Bewohnern ausgeübt wird (Weidner, Tucman & Jacobs 2017).

2.1 Entstehung von Gewalt

Zur Entstehung von Gewalt sind zwei Faktoren notwendig: zum einen ein Ungleichgewicht in Beziehungen von mindestens zwei Menschen, wobei eine Person die Führung über eine andere (Bussen, 2010 S. 13) Person erhält und zum anderen aggressives Verhalten, welches von mindestens einer Person ausgeht.

Das Ungleichgewicht in der Beziehung von Pflegekraft und Patient ergibt sich dadurch, dass die Patienten auf Hilfe von Pflegekräften angewiesen sind. So benötigen sie beispielsweise Unterstützung bei der Körperpflege oder bei alltäglichen Aufgaben wie dem Richten von

Speisen. Aber auch bei der Information über den weiteren Verlauf der Behandlung sind sie abhängig von Pflegekräften, da diese als Schnittstelle zwischen Patienten und Ärzten fungieren und somit erste Ansprechperson sind. Durch diese Macht, die die Pflegekräfte besitzen, besteht die Chance, „den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen“ (Weber, 2005 S. 38). Diese Macht kann allerdings auch unsachgemäß eingesetzt werden, wenn Pflegekräfte Patienten bevormunden oder Patientenwünsche nicht beachten. Auch unangemessene Berührungen oder eine ungerechtfertigte Fixierung zählen zu den Möglichkeiten, wie Macht von Pflegekräften missbraucht werden kann (Friesacher, 2011).

Dieses unsachgemäße einsetzen der Macht kann auch in Form von Gewalt gegen Patienten und Pflegebedürftige beobachtet werden, die den Pflegekräften anvertraut werden.

Im oben genannten Praxisbeispiel gibt es mehrere Punkte, wo die Pflegekraft Gewalt gegenüber der Patientin anwendet. Zum einen zählen schon die hochgeklappten Bettgitter als Gewalt, die eingesetzt werden, um die Patientin im Bett zu halten, und sich so die Arbeit zu erleichtern, zum andern zählt aber auch die konsequente Durchführung der Körperpflege gegen den Patientenwillen zur Anwendung von Gewalt, ebenso wie das Festhalten der Patientin. Aber auch das Nichtrespektieren des Bedürfnisses, auf die Toilette zu müssen, ist eine Form von Gewalt gegen die Patientin.

Welche Formen der Gewalt es gibt und welche Einflüsse es darauf gibt, soll später genauer erläutert werden.

Neben dem Ungleichgewicht von Macht spielt auch die Aggression als eine Vorstufe von Gewalt eine Rolle. Als Aggression bezeichnet man ein „körperliches oder verbales Handeln, mit der Absicht, zu verletzen oder zu zerstören“ (Schamortski, 2011, S. 175). Dieses Verhalten dient dazu, sich vor der anderen Person wieder Respekt zu verschaffen und Beachtung zu finden. Aggressionen entstehen durch Frustration, also dadurch, dass die Pflegekraft eine „Barriere“ (Ruthemann, 1993, S. 36) überwinden muss, um ihren eigenen Willen durchzusetzen. Dies sieht man im Praxisbeispiel daran, dass die Patientin der Pflegekraft die Arbeit erschwert, indem sie ihren eigenen Willen äußert. Dies wird von der Pflegekraft als eine Barriere empfunden, wodurch sie das Durchsetzen ihres Willen, also das Durchführen der Körperpflege, in Gefahr sieht.

Im Klinikalltag findet man einige Faktoren, die die Entstehung von Aggressionen der Pflegekräfte fördern und somit auch ein Nährboden für Gewalt gegen Patienten sind. Dabei kann man die Einflussfaktoren in Gruppen einteilen. Zum einen die patientenbezogenen und zum anderen die strukturellen Aggressionsförderer. Ebenso können das Team und die familiäre Situation der Pflegekräfte Aggressionen fördern.

Zu den patientenbezogenen Aggressionsförderern gehört unter anderem der Missbrauch von Medikamenten oder Rauschmitteln durch Patienten und bestimmte Erkrankungen, die die Aggressivität von Patienten fördern, wie Demenzerkrankungen. Außerdem kann sich die Unsicherheit von Patienten und deren Angehörigen und die Ausnahmesituation in der sich diese befinden, auch zu aggressivem Verhalten seitens der Pflegekräfte entwickeln, wenn

diese sich nicht empathisch in ihre Patienten und deren Angehörigen hineinversetzen können. Ein patientenbezogener Aggressionsförderer des einleitenden Beispiels ist dabei die Unsicherheit der Patientin, die mit der Situation, in der sie sich befindet, überfordert ist.

Zu den strukturellen Faktoren, die ein aggressives Verhalten fördern können, zählen zum einen eine starre Vorgabe der jeweiligen Institutionen, wodurch Pflegende sich in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen, zum anderen aber auch wachsende Stresssituationen, welche sich in verschiedenen Bereichen äußern. Viele Pflegekräfte sind mit ihrer Bezahlung und der allgemeinen Arbeitssituation unzufrieden oder selbst gesundheitlich angeschlagen. Dies zeigt in Pflegeberufen eine erhöhte Burnout-Gefahr (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling, & Müller, 2005). Diese Belastungen und die fehlende Wertschätzung der Gesellschaft für den Pflegeberuf führen ebenso zu einer Förderung von aggressivem Verhalten. Zu den strukturellen Faktoren, die Einfluss auf das Verhalten der Pflegekraft nehmen, sind beispielsweise die Vorgaben, bis wann die Patienten versorgt sein müssen, ebenso wie eine große Anzahl an ihnen anvertrauten Patienten.

Die unregelmäßigen Arbeitszeiten der Pflegekräfte, die von den Institutionen vorgegeben werden führen außerdem zu einer Doppelbelastung, denn die Pflegekraft muss ihr berufliches und privates Leben sehr koordinieren, um allen Erwartungen, die die Familie und der Arbeitgeber an sie stellen, gerecht zu werden. Durch diese unterschiedlichen Erwartungen kommt es zu einem Interrollenkonflikt, also einem Konflikt mit den verschiedenen Rollen, die die Pflegekraft innehat, welcher oft nur durch Kündigungen oder Veränderungen im Privatleben zu lösen sind. Durch den Intrarollenkonflikt, der sich bei der Pflegekraft entwickelt, da sie die Erwartungen, die im beruflichen Umfeld an sie gestellt werden, nicht alle erfüllen kann, kommt es oft zu einer Abgeschlagenheit und einem „Kräfteverschleiß“ (Ruthemann, 1993, S. 60).

Außerdem hat auch das Team, mit dem man zusammenarbeitet, einen Einfluss auf die Qualität der Arbeit. So können personelle Probleme, also Unstimmigkeiten zwischen einzelnen Teammitgliedern, ebenso wie eine große Anzahl an ihnen anvertrauten Patienten zu Konflikten führen, wie fachliche Probleme oder feste Hierarchien (Ruthemann, 1993, S. 57).

Auch das Verhalten von Patienten gegenüber den Pflegekräften hat Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte. Undankbarkeit oder keine deutliche Verbesserung des Zustandes und damit ein Erfolg der Pflegemaßnahmen führt bei den Pflegekräften ebenso zu Unzufriedenheit wie strukturelle Faktoren.

Diese beiden gemeinsamen Faktoren, Macht und Aggression, führen den gängigen Gewalttheorien zu Folge zur Gewalt. Diese Gewaltformen lassen sich in drei Gruppen einteilen, nämlich der Misshandlung von Patienten, der Vernachlässigung von Patienten und der strukturellen Gewalt, denen Patienten ausgesetzt sind (Friesacher, 2011).

Unter Misshandlung versteht man zum einen die physische Gewalt, die eine Pflegekraft auf einen Patienten ausüben kann, beispielsweise, indem sie dem Patienten gegenüber handgreiflich wird oder ihn fixiert, ohne dass es eine Indikation dafür gibt, aber auch

psychische Gewalt, in Form von verbalen Äußerungen, Drohungen oder, indem die Pflegekraft die Klingel außerhalb der Reichweite des Patienten platziert. Neben physischer und psychischer Gewalt zählen auch freiheitsentziehende Maßnahmen und das Erschleichen von finanziellen Mitteln der pflegebedürftigen Person zu Misshandlungen.

Die Vernachlässigung als Form von Gewalt kann man in zwei Bereiche unterteilen, zum einen die aktive Vernachlässigung und zum anderen passive Vernachlässigung. Unter aktiver Vernachlässigung versteht man das „bewusste Unterlassen von Hilfe wie Körperpflege“ (Friesacher, 2011) oder eine Verweigerung bei der Nahrungsaufnahme. Passive Verwahrlosung hingegen bedeutet das Unterlassen von Hilfe, weil man die Probleme und Ressourcen des Patienten nicht kennt und diese aufgrund dessen nicht richtig ausgleicht und fördert. Diese passive Verwahrlosung kann schwerwiegende Folgen für den Patienten haben, wie Dekubitus oder Mangelernährung.

Strukturelle Gewalt bedeutet, dass man dem Patienten feste Regeln vorgibt, an die sich dieser halten muss, wie das Essen zu einer bestimmten Uhrzeit, keine festen Bezugspersonen oder keine Möglichkeiten, den Patienten in seiner Situation angemessen zu begleiten.

Laut Kidd und Stark gibt es bei allen Gewaltanwendungen ein gleichbleibendes Muster (Kidd & Stark, 1995), welches auch die Entstehung einer Gewalthandlung erklärt, denn nicht jedes aggressive Verhalten führt zu einer Ausübung von Gewalt.

Dieses Muster haben Oud und Walter noch um eine weitere Phase erweitert (Oud & Walter, 2009). Sie sagen, dass es zu Beginn eine normale Phase gibt, in der sowohl Patient als auch Pflegekraft nach ihrem normalen Verhalten handeln und früheres Handeln ebenso abläuft. Danach folgt eine Auslöserphase, bei der die Pflegekraft Handeln zeigt, das von ihrem normalen Verhalten abweicht, dies geschieht meist unbewusst. Der Patient fühlt sich dabei unwohl, aber er verhält sich ruhig, da er unsicher ist. Diese Phase geht in eine Phase der ersten Übergangsphase über, in der die Pflegekraft immer mehr von ihrem alltäglichen Verhalten abweicht und durch ihr Handeln zwar die Sicherheit des Patienten noch nicht gefährdet, diesen aber sehr verängstigt und durch ihr Verhalten provoziert. Der Patient äußert in dieser Phase Angst und Wut. Diese geäußerten Emotionen können von der Pflegekraft missinterpretiert werden und führen zur Krisenphase. Bei dieser eskaliert die Situation zunehmend und die Pflegekraft zeigt dem Patienten gegenüber drohendes oder gewalttätiges Verhalten, um ihren Willen durchzusetzen und ihre Macht zu demonstrieren. Dabei steht nicht mehr die Sicherheit und das Wohlergehen des Patienten an erster Stelle, sondern die Behauptung der Pflegekraft gegenüber des Patienten. Nach dieser destruktiven Phase folgt eine Phase der Wiederherstellung, bei der die Pflegekraft durch ihr normales Verhalten versucht, das Vertrauen des Patienten zurück zu gewinnen. Da die Emotionen immer noch verfügbar sind, muss in dieser Phase immer damit gerechnet werden, dass die Pflegekraft wieder in die destruktive Phase zurückkehrt. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Pflegekraft die Situation noch einmal nachempfindet, zum anderen jedoch darauf, dass das Verhalten vom Patienten einen neuen Auslöser für Aggressionen bieten kann. In der zweiten Übergangsphase beruhigt sich die Pflegekraft wieder soweit, dass ein weiteres,

professionelleres Versorgen des Patienten wieder ermöglicht ist, ebenso wie die Sicherheit des Patienten nun wieder gewährleistet ist.

Daraufhin folgt eine Auflösungsphase, bei der die Pflegekraft Reue zeigt. Als nächstes beginnt wieder die normale Phase, also das gewohnte Verhalten und angeeignete Verhaltensmuster bestimmen das Handeln der Pflegekraft.

Auch diese Phasen kann man bei der oben beschriebenen Pflegesituation gut beobachten. Anfangs ist die Pflegekraft noch freundlich (normale Phase). Durch das Wegdrehen des Kopfes der Patientin wird bei der Pflegekraft eine Aggression ausgelöst (Auslöserphase) und die Pflegekraft weicht immer mehr von ihrem normalen Verhalten ab, indem sie beispielsweise beginnt, die Patientin anzuschreien. Dadurch, dass die Patientin später ihre Ängste äußert, kommt es bei der Pflegekraft zur Krisensituation und sie beginnt, der Patientin mittels festhalten und Mund zu halten, ihre Überlegenheit zu demonstrieren. Dadurch kann die Pflegekraft ihren Willen durchsetzen (destruktive Phase). Danach erfolgt der Versuch, ihr Fehlverhalten durch Freundlichkeit, das Vertrauen der Patientin zurückzugewinnen und am Ende findet sie sogar Entschuldigungen für ihr Verhalten.

2.2 Gewaltprävention

Es gibt mehrere Möglichkeiten, wie man Gewalt vorbeugen oder sie reduzieren kann. So kann man beispielsweise Prophylaxen zur Vermeidung von Aggressionen einsetzen oder bereits entstandene Gewalt durch das Durchbrechen und Erkennen ebendieser reduzieren. Wichtigstes Mittel zur Reduktion von Gewalt und Aggression ist das Wissen darüber, wie Aggression entsteht, denn nur dann kann man die Strukturen, die es bei der Entstehung von Aggression gibt, durchbrechen.

Eine Möglichkeit, dieses Wissen zu vermitteln ist beispielsweise die Einbindung der Themen in die Ausbildung oder in Studiengänge, bei denen Pflegepersonen die nötigen Kompetenzen im Umgang mit Patienten vermittelt werden. Für die Pflegekräfte, die die Ausbildung bereits abgeschlossen haben, können Fortbildungen angeboten werden, in denen diesen das Wissen über die Entstehung von Gewalt und Aggressionen vermittelt wird. Dabei könnte man außerdem auf die Problematik im Klinikalltag hinweisen und Möglichkeiten aufzählen, wie Pflegekräfte Stress gezielt abbauen können und so ausgeglichener werden. Außerdem besteht für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Seminare anzubieten, in denen die Pflegekräfte gezielt Stress und Spannungen abbauen und sich in einem professionellen Umfeld über Probleme, die im Klinikalltag entstehen, austauschen können. Im Rahmen dieser Seminare ist es möglich Lösungsstrategien im Umgang mit Stress erarbeiten.

Außerdem brauchen die Pflegekräfte die Möglichkeit, mit Anderen zu kommunizieren, um zum einen strukturelle Faktoren, die Aggressionen fördern, zu durchbrechen oder zu verändern. Zum anderen, um die Abläufe im Alltag, durch die sie in ihrem Handeln eingeschränkt werden, zu verändern und somit ihren Handlungsspielraum zu erweitern (Ruthemann, 1993, S. 97).

Prophylaxe zur Vermeidung von Aggression

Wie in anderen Gebieten der Medizin auch, gibt es bei der Entstehung von Gewalt Prophylaxen, mit denen man Aggression vorbeugen kann.

Diese Prophylaxen kann man laut Ruthemann (1991) in verschiedene Gruppen unterteilen.

1. Realitätsorientierung (Ruthemann, 1993 S. 97): Die Pflegekraft muss dafür die Symptome ihrer Erschöpfung wahrnehmen, um anschließend eine Überforderung einzusehen und bei ihren Vorgesetzten um Entlastung und Unterstützung zu bitten. Problematisch ist dabei, dass viele die Symptome bei einer Erschöpfung nicht als solche wahrnehmen, sondern auf andere Ursachen wie einen Vitaminmangel oder Krankheit zurückführen und die Symptome oft sehr spät oder gar nicht bemerken. Außerdem erfordert der Schritt, nach Hilfe zu suchen sehr viel Überwindung.

2. Distanzierung (Ruthemann, 1993, S.98): Dabei muss die Pflegekraft sich von den an sie gestellten Erwartungen distanzieren und deutlich machen, dass sie diese nicht erfüllen kann. Ebenso benötigt sie sowohl eine räumliche Trennung von der Arbeit, als auch eine klare Abgrenzung zu ihrem Privatleben. Durch diese Trennung von Arbeit und Privatem wird ein Ausgleich in der Freizeit ermöglicht, wodurch die Zufriedenheit der Pflegekraft wieder steigt. Bei anhaltenden Beschwerden der Pflegekraft sieht die Distanzierung vom Arbeitsalltag vor, dass die Pflegekraft für einen geplanten Zeitraum pausiert, um danach wieder erholt und motiviert in das Berufsleben einzusteigen. Dies ist jedoch nur erfolgreich, wenn er Ausstieg nicht als eine Flucht betrachtet wird, sondern nur vorübergehend ist.

3. Ausgleich und Gegengewicht (Ruthemann, 1993, S. 99): Die Pflegekraft sollte demnach in anderen Lebensbereichen neue Kraft finden und einen seelischen Ausgleich suchen.

4. Unterstützung (Ruthemann, 1993, S. 99): Pflegekräfte sollten sich untereinander austauschen, gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeiten und dadurch merken, dass sie dieser Situation nicht hilflos ausgeliefert sind. Außerdem kann dieser Erfahrungsaustausch auch dazu dienen, dass einzelne Teammitglieder vorübergehend entlastet werden, um Überbelastungen zu vermeiden.

5. Zeitmanagement (Ruthemann, 1993 S. 100): Dazu sollten Pflegekräfte ein Gespür dafür bekommen, welche Maßnahmen sinnvoll sind und einen gewünschten Erfolg haben.

6. Selbstpflege (Ruthemann, 1993, S. 101): Dies bedeutet, dass die Pflegenden außerhalb des Berufsalltages genug Ausgleich bekommen und sich selbst pflegen sollen, also individuellen Wünschen und Bedürfnissen nachzugehen, um selbst zufrieden und ausgeglichen zu sein.

Aus Unwissenheit darüber, wie Pflegenden mit ihrem Stress umgehen sollten, stürzen sich viele in sogenannte Scheinlösungen (Ruthemann, 1993 S. 95), welche keine dauerhafte Lösung bieten sondern nur kurze Zeit hilft.

Eine Maßnahme zur Prophylaxe wäre daher auch, Pflegende über effektive Lösungsmöglichkeiten der Überforderung aufzuklären und ihnen Raum zu bieten, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen.

Reduktion von bereits entstandener Gewalt

Oftmals gelingt es nicht vollständig, durch Prävention Gewalt oder Aggressionen zu vermeiden oder zu verhindern. Daher gibt es Möglichkeiten, mit denen man versuchen kann, die Entstehung von Gewalt zu unterbinden.

Zuerst sollte man sich bewusstmachen, dass Ärger durchaus erlaubt ist, solange das eigene Verhalten nicht durch diese Aggression verändert wird. Es kann jedoch auch vorkommen, dass man sich selbst nicht darüber bewusst ist, dass man Patienten aufgrund von Aggressionen vernachlässigt, dann spricht man von einer „aggressiven Pflege“ (Ruthemann, 1993).

Um eine aggressive Pflege zu vermeiden, gibt es mehrere Lösungsstrategien, die man anwenden kann. Man sollte mit der Person, die die Aggression in einem auslöst darüber reden und mit ihr über sein persönliches Empfinden sprechen. Wenn man zu sehr erregt ist, um darüber zu sprechen, kann man die Situation verlassen und beispielsweise in einen anderen Raum gehen. Dort kann man mittels Schimpfen seiner Wut freien Lauf lassen, ohne, dass man jemanden verletzt. Danach sollte man noch einmal das Gespräch mit demjenigen suchen, der die Wut in einem ausgelöst hat, um bei einem Gespräch Lösungsmöglichkeiten zu finden (Ruthemann, 1993). Dabei sollten allerdings keine Du-Botschaften gesendet werden, da diese oft Vorwürfe und Unterstellungen beinhalten, sondern Ich-Botschaften, die dem Gesprächspartner die Möglichkeit lassen, sich zu erklären und seine Sichtweise darzustellen.

Ein Fehler, der oft gemacht wird, ist, dass danach mit Kollegen über diese Situation geredet wird und betont wird, welche aggressionsfördernden Verhaltensmuster dieser Patient hat. Dadurch festigt sich das Bild des Patienten im Kopf der Pflegekraft und es ist sehr schwierig, dieses noch einmal zu verändern.

Stattdessen sollten auf der Station Abmachungen getroffen werden, wie man mit Situationen umgeht, in denen bemerkt, dass man selbst wütend ist. Eine Möglichkeit hierzu ist, dass eine andere Pflegekraft die Versorgung dieses Patientenzimmers übernimmt, wodurch die aggressive Pflegekraft dieser Situation entzogen wird.

Sollte es doch einmal zur „aggressiven Pflege“ gekommen sein, ist es wichtig, dass die Pflegekraft sich bei dem Patienten für ihr Fehlverhalten entschuldigt und ihm erklärt, wie sie sich gefühlt hat und warum es zu diesem Verhalten gekommen ist.

Pflegekräfte sollen außerdem Kollegen ansprechen, wenn sie „aggressive Pflege“ beobachten um sich mit diesem Thema auseinandersetzen. Oftmals bemerken die Pflegekräfte es gar nicht, dass sie den Patienten nicht professionell pflegen, da sie so frustriert sind und den Blick für ihre Arbeit und deren Qualität verlieren (Ruthemann, 1993).

Eine qualitativ hochwertige und vor allem eine gewalt- und aggressionsfreie Pflege ist nur möglich, wenn die Pflegekräfte in ständigem Dialog miteinander stehen und konstruktive Kritik

äußern und diese natürlich auch annehmen. Nur durch den gemeinsamen Dialog können vorhandene Strukturen durchbrochen und verbessert werden.

3 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass heutzutage durchaus bekannt ist, wie die Gewalt im Klinikalltag entsteht und welche Faktoren die Entstehung von Gewalt in Pflegebeziehungen beeinflussen. Ruthemann liefert dabei eine Theorie, die das Mächteungleichgewicht in der Pflege als Basis von Gewalt sieht. Kidd und Stark beschreiben in ihrer Theorie, in welcher Spirale sich die Gewalt gegenüber Patienten äußert.

Basierend auf diesem Wissen können Einrichtungen Risiken erkennen und durch gezielte Maßnahmen unterbinden. Dazu zählen vor allem Mitarbeiterschulungen und die Sensibilisierung für das Thema Gewalt in der Pflege. Durch die Studie von Simon, Tackenberg, Hasselhorn, Kümmerling & Müller aus dem Jahr 2005 sieht man außerdem, welche Faktoren die Pflegekräfte sehr einschränken und Nährboden für Gewalt sein können. Auch hier sollten Kliniken gezielt Maßnahmen anbieten, um Ihre Mitarbeiter zu entlasten und Hilfestellungen zu bieten, wie sie mit den hohen Belastungen besser umgehen können. Dazu zählen, wie bereits beschrieben, die Möglichkeit zum Austausch außerhalb der regulären Arbeitszeit auf Station. Bei diesem Gespräch können sich die Mitarbeiter im ruhigen Rahmen austauschen und Hilfestellung von geschulten Pflegefachpersonen bekommen, wie sie mit Problemen oder Stress besser umgehen können. Außerdem können Kliniken Seminare zum Thema Entspannung anbieten, um zu verhindern, dass Mitarbeiter sich überfordert fühlen. Des Weiteren fördern solche Maßnahmen die Zufriedenheit im Team und damit auch die der einzelnen Mitarbeiter. Da Unzufriedenheit einen wesentlichen Einfluss auf die Gewaltbereitschaft hat, ist dies eine wichtige Maßnahme im Kampf gegen Gewalt.

Auch die Gewaltprophylaxen nach Ruthemann können Krankenhäuser als Grundlage für vorsorgende Maßnahmen nutzen. Diese können Pflegekräften in Vorträgen und Seminaren vermittelt werden, um Möglichkeiten aufzuzeigen, wie auch in einer Akutsituation eine Eskalation vermieden werden kann.

Ebenso kann der Staat auf diesem Gebiet Hilfe leisten, indem er Pflegebedürftige und deren Angehörige über mögliche Formen der Gewalt aufklärt. Diese Maßnahme kann unterstützend wirken, um Formen von Gewalt schon frühzeitig zu erkennen und zu sanktionieren. Damit ist es möglich, den Betroffenen schnellstmöglich Schutz und Hilfe zu gewährleisten. Hierbei können Krankenhäuser auch mit dem zuständigen Ministerium zusammenarbeiten, um beispielweise ihre Räumlichkeiten für solche Vorträge zur Verfügung zu stellen und gemeinsam Möglichkeiten zu finden, wie Pflegekräfte entlastet werden können. Einige Bundesländer, unter anderem Hessen, bieten bereits vergleichbare Vorträge an. Durch eine Zusammenarbeit mit einzelnen Einrichtungen direkt kann jedoch ein größeres Publikum angesprochen werden.

Ziel sollte es sein, diese Aufklärung großflächig zu betreiben, um so das Thema zu enttabuisieren.

Wie aufgezeigt wurde, ist es sehr wichtig, dass in diesem Bereich mehr Aufklärung betrieben wird und dass Mitarbeiter geschult werden, wie sie mit der zunehmenden Arbeitsbelastung umgehen sollen. Dazu ist es notwendig, dass sie die Mechanismen von Gewalt kennen, um ihr Verhalten in Stresssituationen reflektieren zu können und sich Lösungsstrategien überlegen, wie sie sich besser verhalten.

Nur, wenn über das Thema gesprochen wird und sowohl Patienten und deren Angehörige, als auch Pflegekräfte dafür sensibilisiert werden, kann die Gewaltquote dauerhaft verringert und somit die Qualität in der Pflege nachhaltig gesteigert werden.

4 Literatur

Bussen, A. (2010). Auseinandersetzung mit Gewaltphänomenen in der stationären Akutpsychiatrie. PADUA- Pflege anders Denken und Ausbilden, S. 57.

Friesacher, H. (2011). Ethik - Herausforderungen und Entscheidungen. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, & L. Ullrich, Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme Verlag.

Kidd, B., & Stark, C. (1995). Management of Aggressions in Health Care. London: Gaskell.

Rotondo, R. (2007). www.teamberatung-hamburg.de. Abgerufen am 10. Juni 2012 von <http://www.teamberatung-hamburg.de/rotondo/vortraege/Rotondo%20Patiententoetung%20Vortrag%20Muenster%20007.pdf> [19.01.2020].

Ruthemann, U. (1993). Aggression und Gewalt im Altenheim: Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis. Basel: Recom.

Schamortski, H. (2019). Aggression und Gewalt. In N. Menche, Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, 7. Auflage. München: Elsevier Verlag.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A. A., & Müller, B. (2005). Next-Studie. Unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=67c55b82536b145ec6a7faf17db66dff&target=0> [10.03.2020].

Weber. (2005). Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Frankfurt/Main: Zweitausendeins.

Weidner, F; Tucman, D.; Jacobs, P. (2017): Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe. Herausgeber: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de/materialien> [08.03.2020]

WHO. (2020). www.WHO.int: Definition and typology of violence. Unter: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> [10.03.2020].

Kurzvorstellung der Autorin



Anna Schmidt, 1991 in St. Wendel geboren ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und hat einen Masterabschluss in Pflegemanagement/Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt ANP. Bereits während des Bachelors beschäftigt sie sich mit dem Thema Gewalt in der Pflege, worüber auch die Bachelorarbeit verfasst wurde. Dabei ging es vor allem um Gewalt, die von Pflegenden aus an pflegebedürftigen Personen ausgeübt wird.

Beruflich ist Anna Schmidt als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität in Tübingen angestellt. Außerdem ist sie Mitglied der AG Jungen Pflege Südwest und in der Lenkungsgruppe Junge Pflege des DBfK.