

> Gewalt auf Station: Experte erläutert Hintergründe und gibt praktische Tipps

„Pfleger erleben die Aggression des Patienten als eigenes Versagen“

Dr. Johannes Nau leitet das Evangelische Bildungszentrum für Gesundheitsberufe (EBZ) in Stuttgart. Darüber hinaus forscht und veröffentlicht der Pflegewissenschaftler und -lehrer seit Jahren zu Gewalt und Aggression in der Pflege. Warum Aggression im Pflegeberuf immer noch ein Tabu ist, welche Präventionsstrategien sinnvoll sind, und was jeder einzelne Kollege tun kann, um sich gegen ein „Überschwappen der Gefühle“ zu wappnen, berichtet Nau im Interview mit der *Pflegezeitschrift*.

Herr Dr. Nau, Sie haben selbst als Krankenpfleger gearbeitet. Haben Sie da schon Gewalt in der Pflege erfahren?

Johannes Nau: Meine ersten Erfahrungen mit Gewalt in der Pflege hatte ich schon als Schüler. Ich habe das damals sehr stark auf mich bezogen. Ich war weit davon entfernt, mich wissenschaftlich mit dem Thema zu beschäftigen. Mir ist es dann, im Laufe meiner Entwicklung, sehr wichtig geworden, Beziehungen zu den Patienten zu gestalten. Erst viel später kam dann die Frage auf, was mache ich in besonders anspruchsvollen Situationen. Es hat sich dann so ergeben, dass ich zu diesem Thema promovieren konnte. Manchmal bietet das Leben ja so Glücksfälle. Bei mir gibt es einen roten Faden: vom Pflegeschüler bis jetzt.

Gewalt in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist immer noch ein Tabuthema. Wer trägt am meisten dazu bei, dass dieses Tabu bestehen bleibt?

Johannes Nau: Das klingt jetzt so, als ob es Absichten gäbe, das Tabuthema zu bewahren. Aber viele Pflegekräfte sind einfach so geprägt worden: Wenn Patienten aggressiv reagieren, dann geben Pfleger sich selbst die Schuld. Sie erleben die Aggression des Patienten als eigenes Versagen. Darüber spricht man nicht gerne. Menschen denen Leid angetan wurde, fühlen sich beschämt. Und wer sich schämt, der geht nicht an die Öffentlichkeit. Eine Pflegerin hat mir mal gesagt: „Wie der Patient mit mir umgegangen ist, das hätte ich noch einordnen können. Das wirklich Schlimme war, wie

meine Stationsleitung reagiert hat.“ Viele Leitungskräfte handeln falsch: selbst Schuld. Das sind Schuldzuschreibungen, die nicht dazu ermutigen, Gewalterfahrungen offen zu legen.

Wir brauchen einen anderen Teamgeist. Wenn einer von uns „Weißkittelträgern“ zur falschen Zeit im falschen Zimmer war, dann sind alle davon betroffen, denn es hätte jeden treffen können. Man muss gemeinsam überlegen, wie man reagiert, damit eine gewalttätige Episode möglichst nicht noch einmal auftritt. Man muss dann gucken: Was tut diesem Kollegen, der gerade eine sehr stressige Situation erlebt hat, gut? Diese Alle-wissen-es-aber-keiner-spricht-darüber-Kultur muss man auflösen. Das belastet auch Patienten. Die wissen ja auch: Ich hab mich falsch verhalten. Viele Leitungen tun sich sehr schwer, mit Gewalterfahrungen von Mitarbeitern richtig umzugehen. Man kann den Kollegen aber nichts vorwerfen: Die haben es einfach nicht gelernt.

Was droht Pflegenden und Leitungskräften, die offen mit ihren beruflichen Gewalterfahrungen umgehen?

Johannes Nau: Es gibt zwei Richtungen: Im ungünstigen Fall werden sie ausgelacht, und dann gibt es noch die „Just-World-Hypothese“. Da passiert Folgendes: Der Mensch, dem was Schlimmes passiert ist, der bekommt eine Rüge und der Täter wird geschützt. Das ist total paradox. Im ersten Schritt wird versucht, den Täter zu finden. Der wird dann bestraft. Findet man den Täter nicht, ist die Balance durcheinander. Und jetzt entsteht so eine

Suchbewegung, wie man diese kaum aushaltbare Ungerechtigkeit reduzieren könnte. Schließlich bekommt das Opfer einer Straftat Vorwürfe sich falsch verhalten zu haben und gewissermaßen selbst Schuld zu sein. Und genau das findet man auch in Krankenhäusern: Die Person, die Ziel von Gewalt geworden ist, wird dafür verantwortlich gemacht. Wenn man hinguckt, merkt man, dass das nicht fair ist. Man bräuchte Unterstützung durch Kollegen: „Peer-Support“ funktioniert auf der gleichen hierarchischen Ebene. Kollegen sollten in der Lage sein, denjenigen zu unterstützen, dem Gewalt widerfahren ist. Viel Mut braucht es dazu eigentlich nicht.

Schutz vor Gewalt ist ein wichtiger Teil der Arbeitssicherheit, das ist vielen nicht klar. Vielen ist nicht bewusst, dass auch eine psychische Verletzung ein Fall für die Berufsgenossenschaft ist. Ein Mitarbeiter der Berufsgenossenschaft hat mir mal gesagt: „Wir wundern uns selbst. So viele physische Verletzungen, aber psychisch scheint alles bestens zu sein.“ Inzwischen gibt es ein Telefon der Berufsgenossenschaft, damit man bei Bedarf schnell und unkompliziert Sitzungen bei einem Psychotherapeuten erhält. Es bewegt sich was. Allerdings kommt an der Basis und bei Entscheidungsträgern noch nicht viel an.

Mein Anliegen ist, das Thema in die Grundausbildung zu bringen. Hier muss sich noch einiges bewegen. Das findet, abgesehen von wenigen Ausnahmen, noch nicht statt. Wichtig ist aber auch, Personen, die bereits zum Umgang mit Gewalt qualifiziert sind, nachzuschulen.

Gewalttätige Patienten haben schnell einen schlechten Ruf. Was blüht Patienten, die als gewalttätig bekannt sind?

Johannes Nau: Diesen Patienten wird nicht mehr die Pflege zuteil, die ihnen als Mensch zusteht. In dieses Zimmer geht niemand mehr gerne rein. Obwohl man häufig keine konkreten Informationen darüber hat, was wirklich passiert ist und was aus Patientenperspektive die

Not war. Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen, die von Patienten oder Angehörigen ausgehen, sind reaktive Ereignisse. Menschen haben was gesehen und gedeutet und fühlen sich dadurch bedroht oder eingeengt. Die Patientensicht wird häufig gar nicht nachvollzogen. Es wird zu schnell gesagt: „Aggressiver Patient“. Das kann alles heißen, aber auch gar nichts. Oftmals erfolgen dann einfach Zuschreibungen – auch als Attributionen bezeichnet – die die fehlenden Informationen künstlich auffüllen. Das passiert schnell und einfach. Menschen neigen dazu, ihre Erfahrungen auf neue Situationen zu übertragen. Aber je weniger ich weiß, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es stimmt.

Ein aggressiver Patient wird gemieden?

Johannes Nau: Ja, leider: Hier wäre ein diagnostischer Blick wünschenswert: Aggression sollte auch als Symptom verstanden werden. Dann wäre ein professioneller Umgang mit Aggressionen viel einfacher. Einen zu hohen Blutdruck nehmen Pflegende ja auch nicht persönlich. Ich muss aggressives Verhalten als wichtiges Zeichen interpretieren: Was ist diesem Menschen widerfahren, dass er sich nicht anders zu helfen wusste? Das wäre der richtige Zugang zu solchen Situationen. Pflegende sollten ein Interesse für Symptome haben – auch wenn das Symptom „Aggression“ heißt.

Geben Sie uns mal ein konkretes Beispiel?

Johannes Nau: Ein Patient ist nüchtern zu einer Gastroskopie bestellt worden, um 08.30 Uhr. Um 12.30 Uhr hat er die Schwester angebrüllt, ob sie total inkompetent sei und was das für ein Sauladen sei. Dem Patienten war nicht gesagt worden, dass es einen Notfall gab. Und bei ihm hat sich niemand entschuldigt. Außerdem hatte er Todesangst, was da mit dem Untersuchungsergebnis auf ihn zukommt. Dieses Gefühlschaos hat ihn völlig überfordert. Ich glaube es gibt keinen, der garantieren kann, dass ihm selber so was nicht passiert. Damit das nicht wieder geschieht, gibt es ein weites, kreatives Spektrum. Was hindert uns zu sagen: „Herr X, es tut mir leid. Wir haben einen Notfall. Ihre Untersuchung verschiebt sich mindestens um eine Stunde nach hinten. Gibt es irgendetwas Gutes, was ich für sie

tun kann?“ Es hätte einen Cent-Betrag gekostet, um dem Patienten zu vermitteln: Die hängen sich rein. Die kümmern sich. Womöglich erzählt er dann zu Hause: Dort wirst du gut versorgt. Viele Pflegende blocken das im Vorfeld aber ab. Stattdessen wird wechselseitig negativ sowohl über den Patienten als auch über das Personal gesprochen. Alle leiden. Und es gibt sogar Personal, das schließlich



Johannes Nau stellt sich den Fragen der Pflegezeitschrift.

glaubt, dass es zum Job gehöre, ab und zu aggressiv angegangen zu werden. Davon hat keiner etwas!

Häufig erhält man den Eindruck, dass Gewalt und Aggression fast ausschließlich in psychiatrischen Einrichtungen vorkommen. Wie sind denn ihre Erfahrungen in anderen pflegerischen Bereichen?

Johannes Nau: Es ist ein altes Vorurteil, dass Gewalt ein Problem der Psychiatrie sei. Es gibt eine Studie, die Gewaltereignisse im Wiener Krankenanstaltenverbund untersucht hat: Aggressive Ereignisse kommen, mit unterschiedlichen Ausprägungen, in allen Fachabteilungen vor. Es gibt allerdings Zuspitzungen in der Notaufnahme. Dieses Ergebnis verwundert nicht: Die Menschen sind dort in einer extremen Ausnahmesituation.

Auf der Chirurgie ist es vor allem das Durchgangssyndrom, auf Inneren Abteilungen sind es dann eher Demenzergebnisse, bei denen es zu Gewalt und Aggression kommt. Und überall die vielen Missverständnisse und Enttäuschungen. Eine gute Übung, um sensibler für das Patientenerleben zu werden, ist es, den Perspektivenwechsel zu probieren. Genau das trainieren wir in unseren Seminaren.

Wo fängt Gewalt eigentlich an?

Johannes Nau: Es gibt eine interessante Definition von der amerikanischen psychologischen Vereinigung. Sie unter-

scheidet nicht grundsätzlich zwischen Aggression und Gewalt. Die Definition lautet sinngemäß: Ein Verhalten einer Person mit der Absicht, einem anderen Menschen Schaden zuzufügen, im Glauben, dass diese Person den Schaden vermeiden will. Ob etwas Gewalt oder noch Aggression ist, wird in dieser Definition nicht an äußeren Faktoren festgemacht, sondern der Mensch, dem Leid angetan

wird, entscheidet, ob er noch Aggression oder schon Gewalt erlebt. Das kann sehr unterschiedlich sein, beispielsweise wenn einem Menschen ins Gesicht gespuckt wird: Mancher wischt es weg und denkt nur: „Das hätte nicht sein müssen.“ Andere Menschen erleben das Anspucken als massiven Eingriff, der ihnen den Boden unter den Füßen wegzieht. Als den schlimmsten Angriff, der in ihrer Kultur möglich ist. Häufig sagen Pflegende: Die eine Ohrfeige, hab dich nicht

so. Wenn das aber für die Person, die es erlebt, eine massive Grenzüberschreitung war – weil sie beispielsweise noch nie in ihrem Leben geschlagen worden ist – dann erschüttert sie das zutiefst.

Die „stillen Arten der Aggression“ werden oft unterschätzt. Wenn ein Patient zur Pflegenden leise sagt: „Passen sie auf, ich weiß, wo sie wohnen!“ Da sind keine Schimpfworte drin und nichts Lautes. Es wirkt sich aber nachhaltig auf das Wohlbefinden des Kollegen aus. Da darf der Kollege nicht denken, nur er persönlich habe ein Problem. Das muss im Team veröfentlichungsfähig sein.

Ein weiterer Faktor, der oft vernachlässigt wird, sind Aussagen wie: „Vater, so wie du beim Essen kleckerst, man muss sich ja für dich schämen.“ Angehörige sagen so etwas nicht, weil sie böse sind, sondern weil es sie komplett überfordert. Wahrscheinlich hat sie niemand bei dem Entwicklungsschritt, den Vater nicht mehr als den großen Allwissenden zu sehen, begleitet. Und jetzt ist er der hilfsbedürftige Mensch. Auch hier sind Gesundheits- und Krankenpflegende gefordert, die Gesundheit der Klienten im Blick zu haben. Damit sich die Angehörigen Hilfe holen können, wenn sie sie brauchen. Pflegesituationen in Familien und Institutionen im Blick zu haben, ist wichtig. Es muss Öffentlichkeit hergestellt werden, damit Hilfe für aggressive Situationen ankommen kann. << *lex*